



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Ana Carolina Nascimento Silva

Mulheres vivendo com HIV e o estranho no corpo feminino

UBERLÂNDIA

2019



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Ana Carolina Nascimento Silva

Mulheres vivendo com HIV e o estranho no corpo feminino

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anamaria Silva Neves

**UBERLÂNDIA
2019**

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S586 2019	<p>Silva, Ana Carolina Nascimento, 1987- Mulheres vivendo com HIV e o estranho no corpo feminino [recurso eletrônico] / Ana Carolina Nascimento Silva. - 2019.</p> <p>Orientadora: Anamaria Silva Neves. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Psicologia. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2349 Inclui bibliografia.</p> <p>1. Psicologia. I. Neves, Anamaria Silva, 1969-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Psicologia. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 159.9</p>
--------------	---

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 54 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: +55 (34) 3225 8512 - www.pgpsi.ip.ufu.br - pgpsi@ipsi.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico, número 331/2019/PGPSI				
Data:	trinta de agosto de dois mil e dezenove	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	[16h:20m]
Matrícula do Discente:	11712PSI001				
Nome do Discente:	Ana Carolina Nascimento Silva				
Título do Trabalho:	Mulheres vivendo com HIV e o estranho no corpo feminino				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Psicanálise e Cultura				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	A Psicanálise e as configurações familiares contemporâneas				

Reuniu-se na sala 54, bloco 2C, Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Ana Paula de Ávila Gomide (IP/UFU); Ailton de Souza Aragão (UFTM), Anamaria Silva Neves orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dr.^a Anamaria Silva Neves, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

[A]provado(a).

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de [Mestre].

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Anamaria Silva Neves, Professor(a) do Magistério Superior**, em 03/09/2019, às 05:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula de Ávila Gomide, Professor(a) do Magistério Superior**, em 11/09/2019, às 15:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ailton de Souza Aragao, Usuário Externo**, em 12/09/2019, às 11:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1514437** e o código CRC **7C8A0778**.

Ao Augusto, meu raio de sol.

Agradecimentos

Agradeço ao meu filho, Augusto, por fazer nascer, junto com ele, a mulher forte e guerreira que sou hoje.

À minha orientadora, Prof.^a Anamaria, pelo cuidado e paciência, especialmente no período da gravidez e no pós-parto. Obrigada pela acolhida, pela generosidade e pela transmissão da Psicanálise.

Ao Luiz, obrigada pelo notebook, pela revisão, pelos finais de semana com o bebê para que eu pudesse escrever, pelas conversas intermináveis sobre esta pesquisa, pela parceria e amor.

Ao meu pai, Divaldo, agradeço pelas manhãs e longas tardes na pracinha com o Augusto, por deixar de trabalhar para que eu pudesse terminar este trabalho. Obrigada por se importar tanto, pai, sem a sua ajuda eu não teria terminado.

À minha mãe, Iná, por me deixar desde criancinha tão perto de Freud e Lacan, obrigada!

À minha querida Gi, um presente que o mestrado me deu. Obrigada pelos cafés, pelas transcrições, revisões, sugestões de leitura e de escrita... Obrigada pela amizade sincera, pura e verdadeira!

Aos meus colegas de mestrado, Karen, Rita, Roberta, Ju, Luma, Bruno, Leo, Jaque, Camila, Day, agradeço pelas trocas, conversas, contribuições.

À 81^a Turma do Curso de Psicologia, agradeço pela receptividade e oportunidade de experimentar novas formas de troca no estágio de docência.

A todas as mulheres que toparam me contar um pouco das suas histórias... Obrigada.

Ao CNPQ, pela bolsa e por fazer valer o direito que toda mulher deve ter à licença maternidade, muito obrigada.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar as representações de corpo e de morte entre mulheres vivendo com HIV. Neste trabalho, tratou-se do corpo feminino e do estranho que o habita, além do estranho que a Aids evoca, ao desafiar a cultura e o saber científico. Metodologicamente, trabalhou-se através da via interdisciplinar, costurando-se elementos da Antropologia Interpretativa com a Psicanálise, relacionando o dito no discurso social com a dimensão inconsciente do sujeito. Foram entrevistadas três mulheres: Tininha, Dora e Brícia, que frequentavam uma instituição de assistência a pessoas vivendo com HIV. Explorou-se o entendimento do corpo e das sensações corporais, o lugar da família e da violência, a forma como a Aids desponta nos discursos analisados e a maneira como a Aids movimenta o laço social. Por fim, deparou-se na escuta com formas de ressignificação e reinvenção após o diagnóstico da doença.

Palavras-chave: feminino; psicanálise; corpo; sexualidade; estranho; unheimlich

ABSTRACT

The present study aimed to investigate the representations of body and death among women living with HIV. The paper considers the female body and the "uncanny" that inhabits it, as well as the "uncanny" that AIDS evokes when challenging culture and scientific knowledge. Methodologically, it was operated an interdisciplinary approach sewing elements of Interpretive Anthropology with Psychoanalysis, relating what was said, as a social discourse, with the unconscious dimension of the subject. Three women who attended a care institution for people living with HIV were interviewed: Tininha, Dora and Brícia. The dialogues was used to the understanding of body and body sensations, as well considers instances of family, violence and the way HIV emerges in the discourses and deeply influencing social bonds. Finally, the study reveals, throught the interviews, ways of resignification and reinvention after the positive diagnosis of the disease.

Key-words: feminine; psychoanalysis; body; sexuality; uncanny; unheimlich

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. CAPÍTULO 1. ANTROPOLOGIA E PSICANÁLISE: O CORPO, CONSTRUÇÃO SOCIAL	17
1.1. O Corpo, Representação Social.....	17
1.2. Corpo e Psicanálise: O Eu, Entidade Corporal.....	24
1.3. Os discursos sobre a dor na compreensão da subjetividade.....	38
2. CAPÍTULO 2. O FEMININO E O CORPO DA MULHER, UM ESTRANHO ENTRE NÓS	47
2.1. A Construção Social da Aids, uma expressão do mal na atualidade.....	47
2.2. Um Estranho Corpo Feminino.....	56
3. CAPÍTULO 3. ANTROPOLOGIA E PSICANÁLISE, COSTURANDO-SE O MÉTODO	71
3.1. Antropologia e Psicanálise: um invento metodológico.....	71
3.2. Uma descrição densa: o percurso etnográfico.....	77
4. CAPÍTULO 4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	84
4.1. "E o trem desceu, né?": a inesperada e assustadora menarca.....	84
4.2. Lares obscuros: a corriqueira vida violenta.....	89
4.3. AIDS, um "trem estranho": a estranha doença que não pode ser nomeada.....	100
4.4. "Alguém que tenha o que eu tenho": a doença como mediadora do laço social.....	108
5. CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS	121
ANEXOS	131

Há muito tempo que as mulheres são esquecidas, as sem-voz da História. O silêncio que as envolve é impressionante. Pesa primeiramente sobre o corpo, assimilado à função anônima e impessoal da reprodução. O corpo feminino, no entanto, é onipresente: no discurso dos poetas, dos médicos ou dos políticos; em imagens de toda natureza – quadros, esculturas, cartazes – que povoam nossas cidades. Mas esse corpo exposto, encenado, continua opaco. Objeto do olhar e do desejo, fala-se dele. Mas ele se cala. As mulheres não falam, não devem falar dele. O pudor que encobre seus membros ou lhes cerra os lábios é a própria marca da feminilidade.
(PERROT, 2003, p.11)

Introdução

Ficamos nos defrontando, dessemelhantes, corpo separado de corpo; somente a hostilidade nos unia. Eu estava seca e inerte na cadeira para que a menina se fizesse por dentro de outro ser, firme para que ela lutasse dentro de mim. (Lispector, 2009, p.77)

Para falar da pesquisa sobre mulheres vivendo com HIV e o estranho no corpo feminino é preciso que antes eu me apresente e conte *de onde falo*, ou seja, do lugar da antropóloga então iniciante na psicanálise. Posicionando-me na interseção entre essas disciplinas, localizo-me no ponto, talvez latente, em que duas disciplinas de origens teóricas distintas convergem. A antropologia, que tem início nas ciências ligadas à cultura, e a psicanálise, que traz à tona a relevância do inconsciente, ambas privilegiando a linguagem.

Estabelecendo-me entre esses dois núcleos teóricos, tentei compor uma tensão criativa entre a abordagem antropológica e a psicanalítica para respaldar um entendimento sobre o estranho no corpo feminino. Empenhei-me em elaborar um debate que abarcasse as contribuições de ambas as disciplinas. Desse modo, esclareço que foi na ambiguidade que o trabalho nasceu (e se desenvolveu). Ao longo do trabalho, em alguns momentos fui antropóloga, em outros, fui psicanalista. Houve também momentos em que fui apenas mulher, conversando com outras mulheres, tentando compreender o estranho que nos habita.

Este trabalho parte, portanto, de um duplo. O duplo entre algo que tanto me instiga quanto me causa estranhamento. O estranhamento da antropóloga no mestrado em Psicanálise e Cultura. Um estranhamento tão significativo que começo este trabalho pensando não na Psicanálise, mas na Antropologia Social de Geertz (1978). De acordo com ele, aqueles que

fazem antropologia só podem compreendê-la como forma de conhecimento através do entendimento do que é a etnografia, mais precisamente, através da própria prática etnográfica. Sem ela, não há Antropologia.

O que define a etnografia, diz o autor, “(...) é o tipo de esforço intelectual que (...) representa: um risco elaborado por uma ‘descrição densa’” (Geertz, 1978, p.15). O cerne da questão é que toda etnografia é uma descrição densa. Minha etnografia começa antes que eu possa pensar o meu próprio objeto de estudo. Encontro em Geertz a resposta que procurava desde o primeiro semestre no mestrado em psicanálise: não se trata, aqui na Psicanálise, de objetos estáticos, mas de sujeitos, de sujeitos que se movem, que não são manipuláveis como moléculas em laboratórios, de sujeitos que optam por dar esta ou aquela resposta e, o mais importante, esses sujeitos *mexem* com aquele que o tenta interpretar. E a Psicanálise... bem, ela mexe comigo.

(...) a psicanálise não é unicamente um procedimento terapêutico; ela é, também (ou, para ser mais exato, ela é tornada, pouco a pouco) uma ciência, aquela do psiquismo, aquela dos processos inconscientes que se desenrolam não apenas no indivíduo isolado, mas também nos grupos, nas instituições, nas produções do espírito.
(Enriquez, 2005, p. 154)

Enriquez (2005) fala dos escritos de Freud que demonstravam, desde bem cedo em sua produção, um peculiar interesse na convergência entre Psicanálise e Ciências Sociais. O autor cita a obra “O interesse científico da Psicanálise” (1913), em que Freud já destaca dois importantes pontos: o primeiro, a originalidade da abordagem psicanalítica, em que os processos inconscientes são analisados com a finalidade de tratar-se as neuroses; o segundo, a contribuição que essa perspectiva disponibiliza às Ciências Sociais, já que o inconsciente desempenha papel primordial não somente em termos individuais, mas também na

completude das condutas humanas. A Psicanálise não é, assim, apenas uma ciência que trata da psique de indivíduos isolados, mas “(...) é concernida (pelo) e ela concerne diretamente ao social.” (Enriquez, 2005, p. 158). Seu objetivo é, portanto, também, compreender como se forjam os laços sociais.

O contraste entre a psicologia individual e a psicologia social ou de grupo, que à primeira vista pode parecer pleno de significação, perde grande parte de sua nitidez quando examinado mais de perto. É verdade que a psicologia individual relaciona-se com o homem tomado individualmente e explora os caminhos pelos quais ele busca encontrar satisfação para seus impulsos instintuais; contudo, apenas raramente e sob certas condições excepcionais, a psicologia individual se acha em posição de desprezar as relações desse indivíduo com os outros. Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social. As relações de um indivíduo com os pais, com os irmãos e irmãs, com o objeto de seu amor e com seu médico, na realidade, todas as relações até o presente constituíram o principal tema da pesquisa psicanalítica, podem reivindicar serem consideradas como fenômenos sociais.

(Freud, 1921/1976, p. 91)

O sujeito humano, diz Enriquez, é um sujeito social (p. 81). Não existe, por conseguinte, indivíduo fora do campo social. A Psicanálise não é, assim, apenas a ciência da psique individual, mas também

(...) aquela das interações entre os diversos indivíduos, dos processos de identificação, de projeção e da formação de fantasias ativadas nas inter-relações e que desorientam a realidade psíquica dos indivíduos (...) que se atam e desatam no campo social (...).

(Enriquez, 2005, p. 159)

Nesse aspecto, diz ainda o autor, as Ciências Sociais e a Psicanálise têm um objeto em comum, qual seja, a criação e a evolução do laço social. Um ponto importante a se ressaltar é a démarche analítica de que nos fala Enriquez (2005). Esta é, em essência, uma démarche (um esforço, uma tentativa, uma abordagem) em que não é possível separar o pesquisador do “homem de ação” (p. 156), ou seja, o cientista do terapeuta. Mesmo na obra de Freud é

impossível fazer essa separação. Disso resulta que, ao fazer pesquisa utilizando-se do método psicanalítico, o pesquisador está pessoalmente ligado ao seu projeto, é ele que o movimenta, que o angustia, que o transporta e que o acompanha: “o sucesso terapêutico é função da corrente afetiva e libidinal que liga o analista e seu paciente (transferência e contra-transferência)”, e o mesmo se dá no processo de pesquisa.

“A psicanálise não é uma questão de necessidade, mas sim, de desejo” (Maurano, 2003, p. 31). Tento investigar um pouco mais o meu desejo para tentar pensar a Psicanálise em minha pesquisa.

Viver sem viver a dor da falta, seja esta identificada ao que quer que seja, é simplesmente inumano. Não podemos nos livrar daquilo que constitui propriamente nossa humanidade, a nossa diferença em relação aos outros animais. O que pode ser alterado é a maneira como vivemos a experiência da vida, a posição que ocupamos ao nos defrontarmos com a falta daquilo que supostamente irá nos tornar completos.
(Maurano, 2003, p. 15)

As questões sobre o corpo feminino, que me acompanham desde a graduação, continuam a me mover. Penso neste trabalho sobre um estranho corpo feminino: os corpos de mulheres HIV positivas, seus impasses subjetivos, suas angústias e motivações. O corpo feminino que é um estranho e a Aids que é, por sua vez, também uma aflição estranha, que desafia a cultura e a ciência. Um corpo que tem lógica própria. Uma doença que tem lógica própria. O tema da Aids me instiga e me causa, também, inquietação. Em minha primeira visita na ONG em que desenvolvo meu trabalho de campo, sinto uma certa aflição em meu corpo. Sinto incômodo de estar entre as mulheres com HIV positivo.

“Quem sabe assim eu não consiga transformar a minha dor em novas formas de invenção?”, tem sido minha pergunta nesse percurso de Mestrado. A Psicanálise me parece

ser a única forma de transformar a minha dor em criação. Indo na direção contrária da Medicina, ciência que trabalha em termos de cura, passo a pensar que não podemos nos curar daquilo que Maurano (2003) chama da “ferida de sermos humanos”. Sempre enfrentaremos a falta, o vazio, a dor. A grande questão é como enfrentaremos esse vazio. Viver com a dor é justamente o que nos diferencia dos outros animais: “O que pode ser alterado é a maneira como vivemos a experiência da vida, a posição que ocupamos ao nos defrontarmos com a falta daquilo que supostamente irá nos tornar completos”(Maurano, 2003, p. 15). Se a psicanálise diz respeito a uma percepção de mundo pelo que está em movimento, pelo desassossego, pelo risco das mudanças e se este é o preço que se paga por estar vivo, tenho aqui a minha primeira resposta. A psicanálise virá, em minha pesquisa e em meu desejo, para me ajudar a lidar com a minha falta, com o meu vazio, com a minha dor. Para me mostrar como viver diante deste turbilhão que é estar vivo. Pesquisarei a morte para enfrentar a vida, seus conflitos, suas cisões, e todas as dores que ela implica. É por isso que estou aqui. É por isso que vim *parar* aqui. Eu não vim aqui para *parar*. O que eu procuro é movimento. E esse movimento é um movimento de vida.

A Aids é uma aflição que surge causando grande impacto na história da humanidade em decorrência de vários fatores, dentre os quais destacamos aqui as devastadoras consequências para os sujeitos que dela sofrem. Este sofrimento se dá no âmbito de seus corpos, sua subjetividade, sua vida social e da própria cultura. A partir de 1995, através das chamadas Terapias Anti-Retrovirais, o processo de vivência com o vírus HIV toma novos rumos. A adesão ao tratamento passa a ser incentivada e inclusive monitorada por equipes de saúde e grupos de pessoas vivendo com HIV. Importante ressaltar que a luta contra a Aids se

fez, desde o primeiro momento, não somente como concernente ao sujeito, mas como uma questão que convoca o outro. A luta contra a Aids se fez como um aspecto da cultura.

Seria a questão da infecção pelo vírus HIV tratada como um desvio de um ideal de sexualidade normativa? Para falar da problemática da Aids, abordaremos neste estudo os corpos marcados pela doença. O diagnóstico da doença é, em si mesmo, um fator causador de intenso sofrimento para as mulheres vivendo com HIV¹, uma vez que traz consigo complicações clínicas ao mesmo tempo em que ocorre a procura por tratamentos disponibilizados pelos órgãos públicos de saúde. O diagnóstico de Aids é acompanhado de uma importante e curiosa significação que a doença tem no próprio imaginário social.

Para Salles e Ceccarelli (2010), há uma série de discursos a respeito da regulamentação da sexualidade. Como regulá-la, como controlá-la, como curar manifestações que desviassem do padrão normativo. Andariam juntos a questão da sexualidade e do sentimento de culpa, especialmente nas mulheres. com todas as restrições e normas impostas à sua conduta sexual? Sexualidade e pecado, partindo desta proposição, caminhariam juntos, bem como a presença de angústia e de culpa nas mulheres que passam a portar o vírus HIV, relacionando sua vida sexual ao fato de terem contraído o vírus.

O objetivo geral deste trabalho foi investigar as representações de corpo e de morte entre mulheres vivendo com HIV; Especificamente, interessou perceber as práticas e representações de corpo e de sexualidade entre mulheres com HIV positivo; entender como a doença de longa duração rompe com a polaridade saúde/doença, já que se trata-se de uma

1 A terminologia “mulheres vivendo com HIV” segue a recomendação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). De acordo com o programa, a terminologia utilizada para designar uma pessoa vivendo com HIV tem importante significação nas crenças e comportamentos relacionados à epidemia. Assim, deve-se evitar termos como “HIV/AIDS”, “HIV e AIDS”, “vírus da AIDS”, “aidético”, “infectado com AIDS”, “teste da AIDS”, “vítima da AIDS”, “paciente de AIDS”, “risco de AIDS”. Fonte: <https://unids.org.br/terminologia/> (acesso em 30 de maio de 2019).

dicotomia: um estado de saúde/vida e é doença/morte ao mesmo tempo; apontar as tensões que se estabelecem na subjetividade das mulheres com HIV positivo a partir do diagnóstico da doença.

É importante trazer, já na introdução, o fato de que o objetivo principal deste trabalho pode não ter sido alcançado. Desde o começo da pesquisa, a hipótese de que a morte seria uma constante nos discursos das pessoas vivendo com HIV me parecia algo do campo da obviedade. Entretanto, como contarei no percurso da escrita, embora tenha me deparado com representações sobre morte, encontrei também muitos elementos de seu oposto, de vida, resignificação e invenções outras a partir do momento do diagnóstico.

Há que se dizer, também, que o termo “representações” pode não ser o mais adequado para retratar do que se tratou neste trabalho. Acredito que este trabalho aborda, na verdade, os afetos, as significações subjetivas a respeito do corpo, da morte, da doença, da família, da mulher.

Entrevistei três mulheres ao longo do trabalho, Tininha, Dora e Brícia. As mulheres entrevistadas são frequentadoras de uma instituição de assistência a pessoas vivendo com HIV. Todas as entrevistadas têm diagnóstico de AIDS², são negras e empregadas domésticas. Três perspectivas foram analisadas, primeiramente aquela que diz respeito às próprias práticas e concepções de corpo e de sexualidade carregadas e vivenciadas pela população feminina pesquisada; a segunda se referiu a investigar como são afetadas essas mulheres que sofrem desta aflição que não pode ser curada, mas apenas tratada, e a terceira, se o tema da morte apareceria em seus discursos. Minhas questões orientadoras foram, portanto: i) como este estado de saúde e doença concomitantes é significado e vivenciado pelas mulheres afetadas?;

² A terminologia “diagnóstico de AIDS” segue a recomendação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS).

ii) quais eram as tensões que se estabeleceram no processo de gestão dessa doença?; iii) qual o significado deste crônico na vida das mulheres envolvidas? Estes procedimentos pretenderam levantar dados acerca das representações sobre o corpo, marcas corporais, significações e possibilidades de significações sobre a doença.

Capítulo 1. ANTROPOLOGIA E PSICANÁLISE: O CORPO, CONSTRUÇÃO SOCIAL

1.1. O Corpo: Representação Social

Toda sociedade diferente da nossa é objeto; todo grupo da nossa sociedade que não seja aquela donde procedemos é objeto; todo uso desse grupo ao qual não admiramos é objeto. Mas uma série ilimitada de objetos que constitui objeto de etnografia, e que o sujeito deveria dolorosamente arrancar de si se a diversidade dos usos e costumes não pusesse diante de um recorte operado de antemão... procedem de si, e que a análise deles, ainda que a mais objetivamente conduzida, não poderia deixar de integrar na subjetividade. (Lévi-Strauss, 1967, p. 167-168)

Le Breton (2007, p.92) define a sociologia aplicada ao corpo como uma via transversal no campo das Ciências Sociais, que cruza constantemente com outros campos do saber (seja a História, a Etnologia, a Psicologia, a Medicina, a Biologia e claro, a própria Psicanálise). O corpo é visto, nessa perspectiva como "a interface entre o social e o individual, entre a natureza e a cultura, entre o fisiológico e o simbólico".

A chamada sociologia do corpo diz respeito ao pressuposto de que, nas palavras de Le Breton (2007, p. 7), "antes de qualquer coisa a existência é corporal". Assim, todas as ações da vida cotidiana envolvem alguma dimensão da corporeidade, ao ver, ouvir, sentir, tocar, saborear, ao, enfim, colocar significações no mundo que nos cerca. A sociologia do corpo constitui, dessa forma, "um capítulo da sociologia especialmente dedicado à compreensão da corporeidade humana como fenômeno social e cultural, motivo simbólico, objeto de representações e imaginários." (Le Breton, 2007, p.7).

A grande questão para os antropólogos e estudiosos dos fenômenos de saúde e de doença diz respeito ao reconhecimento do caráter simbólico dos eventos de saúde e doença, como afirma Duarte (1997). Esse autor argumenta sobre a "verdade do humano", de suas

experiências corporais, ou seja, do sentido mais comum que chamamos de saúde ou doença. É neste sentido, portanto, que faremos a análise do corpo como representação referente ao universo cultural específico do grupo cultural já mencionado. Os eventos corporais como a sexualidade, a saúde e a doença são, assim, eventos culturais, na medida em que referem-se a uma construção simbólica que se impõe aos sujeitos.

Verdade do humano - é claro - no tocante às experiências de sua vida corporal (no sentido mais comum no que chamamos de saúde e doença), mas sobretudo no tocante a essa cada vez mais presente sensação de imbricamento entre o corpo e o espírito (ou a mente ou o psiquismo), entre o físico e o moral, como o chama Le Breton, uma 'medicina da pessoa'. (Duarte, 1997, p. 69).

Rodrigues (1983) fala de três elaborações teóricas de Freud e seus seguidores que marcam profundamente a moderna produção em Ciências Sociais. A primeira, a demonstração de um sistema de significação de natureza inconsciente. A segunda, a demonstração da importância desse sistema, uma vez que é tornado inconsciente justamente pelo seu grau de relevância. E a terceira, o fato de haverem colocado esse sistema de significação inconsciente como objeto de investigação científica. A partir do momento em que toma como pressuposto a existência de um sistema de significação, e se toma esse sistema como objeto de estudo é que se difunde sobre todos os estudos modernos o conhecimento de que por trás de crenças, práticas, hábitos e costumes havia um sistema de pensamento. Ou seja, descobriu-se que:

estas práticas [eram] elementos significacionais capazes de encaminhar o espírito para domínios não frequentados habitualmente pela consciência e que estes eram os únicos por meios dos quais se tornava possível o entendimento do pensamento e do sentimento dos homens, e pôde descobrir, finalmente, que muito do sentido da vida social residia exatamente onde não existia nenhum sentido aparente. (Rodrigues, 1983, p. 2).

Para o autor, toda a moderna produção no campo das Ciências Sociais, bem como a concepção que os cientistas sociais têm hoje de suas próprias disciplinas são fruto de uma intrínseca dívida para com as descobertas freudianas. A partir das contribuições do movimento psicanalítico, os cientistas sociais de nosso tempo puderam descobrir e difundir o conhecimento de que as crenças, práticas sociais, hábitos e costumes significavam algo além de si mesmos, que eram muito mais do que meros produtos das estruturas políticas e econômicas. Através das contribuições do movimento da Psicanálise, os cientistas sociais puderam descobrir que as práticas sociais eram elementos significacionais, que levavam os sujeitos a lugares não habitados pela consciência.

Carvalho (2003) fala da relação entre Psicanálise e Ciências Sociais, que ficou muito bem estabelecida desde o trabalho ‘Totem e Tabu’. Freud (1913) tece a interessante comparação entre o que ele denomina de “psicologia dos povos primitivos” (na forma como eram vistos pela Antropologia Social) e a psicologia daqueles que chama de “povos neuróticos” (revelação feita pela Psicanálise): “O desejo está, inconscientemente embora, em cada membro individual da tribo, do mesmo modo que está nos neuróticos.” (Freud, 1913, p.52). Ao comparar o tabu, pertencente à psicologia dos povos primitivos com os medos e desejos dos neuróticos, Freud mostra a seus leitores como o estudo da Psicologia das Neuroses é de suma importância para o próprio conhecimento da civilização. O totem, diria Durkheim (1912), *corporifica* a própria comunidade. Freud entende, assim, que ouvindo experiências subjetivas, é possível captar o próprio fenômeno social, “(...) tomei como base de toda minha posição a existência de uma mente coletiva, em que ocorrem processos mentais exatamente como acontece na mente de um indivíduo” (Freud, 1913, p. 187).

Assumiremos aqui o pressuposto de haver sempre uma dimensão da corporalidade nos estudos de saúde e doença. De acordo com Rodrigues (1983), o corpo humano é socialmente concebido e a análise da representação social do corpo oferece uma importante via de acesso ao conhecimento da sociedade. Ainda de acordo com o mencionado autor, é a Cultura quem dita as normas em relação ao corpo, normas às quais os sujeitos tendem a se apropriar e a se conformar, até o ponto em que esses padrões de comportamento se lhe aparecerão como naturais. Os principais estruturantes da cultura (natureza e cultura; sagrado e profano; distante e próximo) se reproduzem no corpo humano de maneira a atribuir a ele um sentido particular.

A mais simples observação em torno de nós poderá demonstrar que o corpo humano como sistema biológico é afetado pela religião, pela ocupação, pelo grupo familiar, pela classe e outros intervenientes sociais e culturais. (Rodrigues, 1983, p. 45).

Reconhecemos, no próprio corpo e no corpo das pessoas ao nosso redor, símbolos sociais e, além disso, carregamos no corpo conotações e classificações diversas. Os estudos sociológicos sobre o corpo são, nesse sentido, os estudos das apropriações sociais do corpo.

Que o corpo porta em si a marca da vida social, expressa-o a preocupação de toda a sociedade em fazer imprimir nele, fisicamente, determinadas transformações que escolhe de um repertório cujos limites virtuais não se podem definir. Se considerarmos todas as modelações que sofre, constataremos que o corpo é pouco mais que uma massa de modelagem à qual a sociedade imprime formas segundo suas próprias definições: formas nas quais a sociedade projeta a fisionomia de seu próprio espírito. (Rodrigues, 1983, p. 62)

Ao eleger o corpo como algo mais que mera entidade biológica, Rodrigues (1983) aponta o corpo como suporte de signos. De acordo com o autor, o corpo é o mais natural e concreto patrimônio do homem. Daí é que o corpo se torna objeto de estudo das Ciências

Sociais, como uma categoria própria de estudo, concernente à vida social e relacionada a ela.

O autor aborda os tantos signos de status social, ritos de passagem, rituais de status, cicatrizes-signos que estão espalhados entre os corpos dos indivíduos das mais diversas culturas: veja-se a circuncisão, a perfuração do ouvido, a obesidade, a prescrição de peso e de formas, os cortes de cabelo, as formas de se pintar as unhas, as tatuagens, o cultivo de barba, as formas de se maquiar, e assim por diante, "Em cada sociedade poder-se-ia levantar o inventário dessas impressões-mensagens e descobrir-lhes o código: bom caminho para se demonstrar, na superfície dos corpos, as profundezas da vida social" (Rodrigues, 1983, p. 63).

Tratam-se das marcações sociais e culturais do corpo: nenhuma prática é executada sobre o corpo sem que se tenha, sob ela, um sentido. As práticas corporais definem, dessa forma, ainda de acordo com o autor, as ideias de estética corporal definidas por cada cultura, "A origem dessas práticas é social, não havendo outro fundamento: são signos de pertinência ao grupo e de concordância com seus princípios" (Rodrigues, 1983, p. 65).

Muito pertinentes ao estudo em Ciências Sociais são ainda, as intervenções feitas sobre o sexo nas mais diferentes culturas: a circuncisão, o desvirginamento ritual, a castração, dentre outras práticas. Para o autor, esse é um importante ponto a se destacar, já que é aquele em que a reprodução da espécie e as tradições sociais se encontram, de forma que o sexo se transforma na materialização dos sentimentos, signos e símbolos da comunidade.

Le Breton (2007) também destaca nas técnicas do corpo a própria sexualidade, na medida em que esta diz respeito aos códigos e símbolos culturais. Assim, mudam de uma cultura para outra as posições dos amantes, bem como a duração das trocas, a possibilidade de escolhas dos parceiros e assim por diante.

Le Breton (2007) fala do corpo como "vetor semântico" capaz de mostrar ao cientista social como a relação com o mundo é construída.

Os usos físicos do homem dependem de um conjunto de sistemas simbólicos. Do corpo nascem e se propagam as significações que fundamentam a existência individual e coletiva; ele é o eixo da relação com o mundo, o lugar e o tempo nos quais a existência toma forma através da fisionomia singular de um ator. (Le Breton, 2007, p. 7)

Pelo próprio corpo o homem apropria-se dos sistemas simbólicos que compartilha com os membros de sua sociedade e, ainda, traduz esses símbolos para os outros. Pela corporeidade o homem fará do mundo a extensão de sua experiência, produzindo sentidos continuamente. O corpo está, assim, inserido dentro de uma teia de significações de um determinado grupo e aí se dá o processo de socialização da experiência corporal, ou seja, de imersão no campo simbólico ou, mais precisamente, na simbologia própria de cada cultura. Pela corporeidade, de acordo com Le Breton (2007), o homem fará do mundo a extensão de sua experiência, produzindo sentidos continuamente. Insere-se, assim, o homem num espaço social e cultural, emitindo e recendo sentidos, "(...) disponíveis à ação e permeáveis à compreensão" (Le Breton, 2007, p. 7).

O corpo está, assim, inserido dentro de uma teia de significações de um determinado grupo. Esse será o processo de socialização da experiência corporal de que trata o autor, isto é, de imersão no campo simbólico ou, mais precisamente, na simbologia própria de cada cultura.

Marcel Mauss (2003) já nos dizia dessa relação entre o corpo e cada sociedade específica, entre o corpo e a cultura. De acordo com Kofes (1994), citando Mauss, no que se ensina ao corpo, no corpo se expressa: "Diz Mauss: os polinésios nadam diferentemente de

nós” (Kofes, 1994, p. 47). Em casa sociedade, em casa momento histórico, o corpo acumula experiências da vida social e do contexto em que está inserido. A sociedade ensina o corpo a se civilizar, a se adaptar aos seus costumes e nele marca as diferenças estabelecidas socialmente: “Os corpos expressariam o que a sociedade nos corpos escreve”(Kofes, 1994, p. 48). As técnicas corporais dizem respeito à significação nos modos de vida dos sujeitos em sua cultura. Falar sobre o corpo é falar, portanto, de significação.

1.2. Corpo e Psicanálise: O Eu, Entidade Corporal

A histeria não é uma doença, mas a doença em estado puro, aquela que não é nada em si, mas é passível de assumir a forma de todas as demais. É mais estado do que acidente: o que torna a mulher doente por essência.

(Swain apud Roudinesco & Plon, 1997, p. 338)

"As mulheres são doidas. Só podem ser doidas! Eu tenho espelho e me conheço um pouco. Como aquela mulher tão linda deixou de ir ao seu compromisso, prá ficar no bar do aeroporto, escutando um cara como eu? Eu, jogando o meu "lero", fazendo mil promessas que nunca vou cumprir. E, ela ali tão linda me olhando como se na face da terra só existisse eu."

(Relato de análise, Valdivia, 1997)

Para falar do corpo, trataremos da alteridade como princípio fundamental para a constituição do sujeito, uma vez que somente através da relação com o outro e da relação do sujeito com a sociedade é que tal constituição é passível de realização. A primeira alteridade que o sujeito confronta não é, entretanto, a comunidade, mas seu próprio corpo. Através do corpo, o sujeito pode se conhecer, e conhecer também o outro, a sociedade, a cultura.

Uma das inovações epistemológicas de Freud é, justamente, como afirma Birman (2014), "pensar em novas relações entre o organismo e o psiquismo pela mediação da problemática do corpo". O corpo é, portanto, permeado o tempo todo pela alteridade, uma vez que "se constitui em ruptura com a natureza, aberto simultaneamente sobre ela e sobre o Outro". Podemos afirmar, assim, de acordo com o autor, a existência de um corpo-sujeito.

Em 1914, em seu texto "Sobre o narcisismo: uma introdução, desenvolvendo a noção de ego narcísico", Freud defende a ideia do corpo como essencial para a formação da subjetividade humana. Conforme aponta Birman (2014):

(...) desde os primórdios da psicanálise, Freud se referiu a outra concepção do corpo. Em um de seus artigos inaugurais sobre a histeria, onde se tratava de estabelecer as diferenças entre as paralisias motoras orgânicas e histéricas, ele destacava efetivamente que o corpo das histéricas seria fundado nas representações populares, em ruptura, pois, com o corpo cientificista dos

anatomistas. Isso o leva a definir uma outra cartografia do corpo, qual seja a de um corpo libidinal, que seria ao mesmo tempo um corpo representado e imaginado. (Birman, 2014, p.64)

Assim podemos falar do corpo que não é apenas motivação simbólica, fenômeno social e cultural, mas especialmente como o primeiro outro confrontador do eu. Mediante o corpo o sujeito é capaz de sentir, desejar e viver. Através do corpo o sujeito conhece a possibilidade de se alimentar, reproduzir, comunicar, aprender, transmitir conhecimentos, enfim, viver socialmente.

É interessante observar a forma como as categorias sociais passam a se inscrever dentro do discurso psicanalítico, já que passam a marcar seu próprio desenvolvimento teórico. Não há como pensar em desejo, por exemplo, sem considerar o horizonte histórico, sociológico e cultural em que está inserido o sujeito.

Segundo Roudinesco e Plon (1997), alguns termos da Psicanálise, como histeria, inconsciente, sexualidade e sonho, encontram-se tão próximos à gênese da teoria psicanalítica que acabaram, ao longo do tempo, se tornando “termos freudianos” (Roudinesco & Plon, 1997, p. 337). Nesse sentido, Freud traz, junto com a Psicanálise, um pensamento totalmente inovador no que diz respeito à sexualidade humana, ao desejo e, também à feminilidade.

Trataremos da questão da histeria para tecer uma relação entre o corpo da histórica (e tudo aquilo que ele revela) e o corpo das mulheres vivendo com HIV, considerando as representações sobre a sexualidade feminina e o ideal de feminilidade que se constrói a partir da modernidade.

A histeria, que permanece como a doença primeira da Psicanálise, vai possibilitar a existência tanto de uma clínica freudiana, como um novo olhar sobre a sexualidade humana. Freud estende, assim, a noção de sexualidade a “uma disposição psíquica universal e

extirpando-a de seu fundamento biológico, anatômico e genital, fazendo dela a própria essência da atividade humana” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 704). Nos conteúdos desenvolvidos por Freud, a histeria confunde-se com os próprios questionamentos que ele faz sobre a mulher. O estudo da histeria ocasiona, assim, “(...) não apenas a existência de uma clínica freudiana, mas também o nascimento de um novo olhar sobre a feminilidade” (Roudinesco & Plon, 1997, p. 337).

Perrot (2003) indica a relação que há entre o mal-estar feminino e o nascimento da Psicanálise. A autora aborda as chamadas doenças do espírito que, por muito tempo, foram consideradas como uma característica comum das mulheres: nervosas, histéricas, loucas. No final do século XIX, aponta Perrot (2003), Charcot faz o exame das mulheres histéricas e as coloca em evidência, ao veicular as descobertas de Freud. Com este último, o silêncio das mulheres, principiado no recalque imposto pelas coerções familiares e sociais, faz-se objeto de estudo.

A Psicanálise, como destaca Perrot (2003), é um importantíssimo projeto no sentido de dissipar o silêncio sobre a sexualidade e o silêncio da mulher. É um saber que fala sobre as mulheres e que lhes permite falar de si mesmas, seus corpos, seu mal-estar.

Para Roudinesco e Plon (1997), é necessário explorar um longo caminho até que a histeria seja considerada uma categoria psicopatológica. Os autores percorrem os significados atribuídos à histeria desde a Antiguidade, em que era tida como doença orgânica, originada no útero. A histeria desponta como doença especificamente feminina, e com a particularidade de abater todo o corpo.

Em Platão, como mostram Roudinesco e Plon (1997, p. 338), a tese de Hipócrates é resgatada, e a mulher é tida como carregando em seu seio um “animal sem alma”. Por séculos,

ressaltam os autores, a mulher, em especial a mulher histérica, é concebida próxima da animalidade.

Na Idade Média, sob o influxo da filosofia agostiniana, as convulsões histéricas passam a ser encaradas como manifestação de um prazer sexual, relacionada, portanto, ao pecado. A partir de então as convulsões histéricas são associadas a manifestações demoníacas, em que as mulheres seriam possuídas por um demônio dissimulado e enganador. A histérica converte-se na feiticeira. Já no Renascimento, ainda de acordo com Roudinesco e Plon (1997), o corpo feminino passa a ser disputado por médicos e teólogos, e a Inquisição passa a realizar a caça às bruxas.

Conforme Roudinesco e Plon (1997), na modernidade, ao conectar hipnotismo e neurose, Charcot transforma a histeria de doença em neurose, ao abandonar a teoria da presunção uterina. Segundo os autores, Charcot, conceituando a histeria como doença funcional, de origem hereditária, afasta a hipótese da causa uterina, e passa a considerar que trata-se também de doença masculina. A concepção moderna de neurose histérica emerge simultaneamente à epidemia de sintomas histéricos no mundo ocidental.

É importante refletir sobre aquilo que o corpo da histérica comunicava sobre a mulher. Soler (2006) destaca o fato de que a Psicanálise não teria sido inventada por Freud se não fosse a contribuição das histéricas. Anna O. é a paciente que evidenciou, pela primeira vez, que o sintoma histérico respondia à fala, a chamada “talking cure”. Existiam, conforme Soler (2006), duas Annas: a adoentada, triste, angustiada e também a Outra Anna, sonâmbula, em situação de ausência, louca, delirante, auto-hipnótica. Soler (2006) sublinha que, embora uma Anna não conhecesse a outra, e cada uma tivesse o seu horário, quando a personalidade

sonâmbula falava, na profundidade de suas ausências hipnóticas, a outra Anna tratava-se e curava-se de seus sintomas.

Ferreira e Motta (2014) mostram um pouco da história da histeria e do caso Dora na invenção da Psicanálise. Segundo os autores, é o “sonho da Bela Açougueira” que conduz Freud à revelação da identificação histórica e do caráter do desejo na histeria, que diz respeito à produção de um desejo insatisfeito. Surge em seguida a paciente Dora, que manifestava todos os sintomas somáticos da “*petite hystérie*” (pequena histórica), como enxaqueca, afonia, desânimo, tédio da vida, tosse nervosa.

Os autores demonstram como o caso Dora evidencia para Freud o chamado “caráter homossexual do desejo insatisfeito” (Ferreira e Motta, 2014, p. 12). Esse traço da histeria é efeito da identificação com o homem, o caminho através do qual a histórica se interpela a respeito da feminilidade. Os autores apontam o traço da identificação histórica que desponta em Dora, durante sua visita à Pinacoteca dos Mestres Antigos e seu posterior encantamento pela Madona Sistina. O encantamento de Dora pela Madona é do mesmo gênero do deslumbre que ela tem pela Sra. K., sua amiga e amante de seu pai: a cena implicada pela aura que oculta os mistérios do feminino.

Para Lacan, como salientam Ferreira e Mota (2014), o deslumbramento de Dora pela Madona e pela Sra. K. demonstram as relações especulares que estabelecem, no estágio do espelho, a constituição do eu e sua relação com o outro. Nas relações especulares, regidas pelo imaginário, não há diferenciação entre o eu e o outro. Nesse sentido, apontam Ferreira e Mota (2014), Lacan afirma que o eu é o outro. Assim, o arrebatamento do eu, Dora, pela imagem do outro, Madona e Sra K., engendra uma identificação imaginária que se qualifica pela transformação do sujeito, nas palavras dos autores, “alienando-o em uma imagem do

outro que o despoja de si mesmo e inviabiliza o reconhecimento do próprio desejo” (Ferreira e Mota, 2014, p. 13).

Ferreira e Motta (2014, p. 22) demonstram como Freud localiza aquela que é chamada a “face homossexual da neurose histérica”, que se dá ao nível inconsciente: o ciúme de Dora pelo pai que mascara seu fascínio pela Sra K., e o ciúme de Dora pela Sra K. que tem a ver, na verdade, com sua identificação com o pai. Os autores recorrem novamente a Lacan para elucidar essa questão: a real importância da Sra. K. para Dora não é de indivíduo, mas sim, de um mistério. O que a Sra. K. instiga em Dora é o mistério de sua própria feminilidade.

Segundo Valdivia (1997), a singularidade do feminino, além de instituir o ponto de partida da psicanálise, também é o ponto de retorno à teoria freudiana. Motivado pelo desejo de compreender aquilo que seria peculiar do feminino, além da relação entre sexualidade e a etiologia da histeria, Freud identifica que, com o seu corpo, a histérica queria dizer algo sobre si mesma. Como mostra Valdivia (1997), a histérica fala sobre amor, ódio, desejo, culpa, e assim, a histeria deixa de ser considerada uma “doença” da mulher, transformando-se na possibilidade de ser uma relação humana. A mulher, para Valdivia (1997, p.27), é um vir-a-ser: “Há um lado misterioso, irracional e perigoso na feminilidade. Algo de verdadeiro e falso, luz e sombra, escuridão e rutilância”.

Roudinesco e Plon (1997) apontam duas obras de Freud que trouxeram importantes contribuições a respeito da histeria, quais sejam, “Estudos sobre a histeria” e “A Interpretação dos sonhos”. Na primeira, em que se propõe os conceitos que embasam um novo entendimento do inconsciente: o recalçamento, a ab-reação, a defesa, a resistência e a conversão. É o conceito de conversão, como mostram Roudinesco e Plon (1997) que permite

a compreensão de que a energia libidinal se converte em somatização, dotada de significação simbólica.

Em “A Interpretação dos sonhos”, a questão psíquica inconsciente passa a ser identificada por Freud como sendo o motor determinante da histeria. A partir desta obra, conforme Roudinesco e Plon (1997), Freud afirmará que as histéricas padecem de fantasias e não de reminiscências. O trauma deixa, desde então, de ser a única explicação a respeito da sexualidade. Ademais, Freud demonstra que, além da realidade material, há uma realidade psíquica, tão importante para o sujeito como a primeira. Por fim, a respeito da conversão, Freud mostra que esta é uma forma de realização do desejo, um desejo que está, sempre, insatisfeito.

Nesse sentido, trazemos a dimensão desejanse do corpo na histeria para que se possa refletir sobre o corpo das mulheres vivendo com HIV, considerando as representações acerca da sexualidade feminina e do ideal de feminilidade que são construídos desde o início da modernidade. A partir do momento em que o discurso freudiano distingue a dimensão erótica da sexualidade, e o desejo sexual oculto na histeria, estamos diante daquilo que Ceccarelli (2017) chamou de “revolução da teoria freudiana”, uma vez que Freud não principia daqueles fatores que seria a norma da sexualidade, mas sim de seus desvios.

A originalidade epistêmica do campo psicanalítico, para Birman (2014), estaria no momento em que Freud funda a Psicanálise como um saber que não é redutível à Biologia e tampouco à Psicologia. Falando da pulsão, o inventor da Psicanálise afirmará que o eu é, acima de tudo, uma entidade corporal. Assim sendo, é no corpo somático que a dor e o mal-estar são encontrados, precisamente quando a sociedade passa à modernidade, momento que vai impor novas exigências e condições para a subjetividade. A subjetividade terá que ser

incessantemente transformada e remodelada de acordo com as mudanças nos padrões sociais, e o sujeito estará o tempo todo diante de novas inseguranças, novas angústias, novos desejos.

(...) boa parte da culpa por nossa miséria vem do que é chamado de nossa civilização; seríamos bem mais felizes se a abandonássemos e retrocedêssemos a condições primitivas. A asserção me parece espantosa porque é fato estabelecido – como quer que se defina o conceito de civilização – que tudo aquilo com que nos protegemos da ameaça das fontes do sofrer é parte da civilização. (Freud, 1930/1989b, p. 40)

No texto “Mal-estar na civilização” (1930/1989b), Freud aborda o estatuto do sujeito no mundo moderno. É imprescindível inscrever esta obra historicamente dentro do próprio contexto da modernidade, bem como, de acordo com Birman (2014), “encontrar nesta a matéria-prima para a construção do discurso psicanalítico”. A Psicanálise é, portanto, a leitura da subjetividade e dos dilemas do sujeito dentro da modernidade. Freud argumenta que as possibilidades de felicidade do sujeito são reduzidas pela sua própria constituição. O sofrimento vem, diz o autor, nos ameaçando de três fontes: a primeira é o nosso próprio corpo, condenado à ruína, à decadência e à dissolução, que não pode nem mesmo isentar-se da dor e do medo; a segunda, o mundo externo, com suas forças poderosas e que fogem ao nosso controle e conhecimento, capazes de destruir-nos; e a terceira, de nossa própria relação com o outro. Este é o sofrimento que, aponta o autor, experimentamos mais dolorosamente.

Cabe neste ponto relacionar a questão do mal-estar na civilização com os impasses que se colocou nos caminhos e desejos da mulher. Nunes (2011) analisa a pergunta freudiana, “O que quer a mulher?”, que se transformou em uma questão clássica da psicanálise, além de um direcionamento em relação às suas discussões teóricas a respeito da mulher e da feminilidade. Nunes (2011) passa a pergunta freudiana para o plural, “O que querem as mulheres?”, para dar conta das transformações que se processaram nos últimos cem anos, no

tocante ao lugar social da mulher na cultura ocidental moderna. Ao passar a pergunta freudiana para o plural, Nunes (2011) indica que a mulher cessou de ser entendida através de um modelo único, o da maternidade e da vida doméstica, ideal estabelecido desde o início da modernidade, período em que Freud escrevia e em cujos valores estava, conseqüentemente e inevitavelmente, submerso.

Embora Nunes (2011) passe a questão freudiana para o plural, apontando as significativas mudanças históricas que se processaram no que se refere aos papéis sociais da mulher, a autora aponta que, apesar de tais mudanças, as dúvidas, espantos e inquietações acerca do desejo feminino permanecem.

Nunes (2011) salienta que a indagação de Freud sobre o desejo feminino dirigiu-se a Maria Bonaparte, sua analisanda e discípula. Para Nunes (2011), a interrogação de Freud mostra uma espécie de enigma, que o próprio criador da psicanálise se dizia incapaz de desvendar: “A grande pergunta que não foi nunca respondida e que eu não fui capaz ainda de responder, apesar de meus trinta anos de pesquisa sobre a alma feminina é: O que quer uma mulher?” (Freud *apud* Nunes, 2011, p. 102).

Nunes (2011) relembra que Freud dedicou-se à mulher e sua sexualidade desde o início de sua trajetória como psicanalista, ponderando sobre a feminilidade através de perspectivas diversas. Para a autora, a dúvida freudiana sobre o querer feminino traz à tona um limite que atingia as teorias daquele período, atingindo até mesmo a própria teoria freudiana na explicação das questões femininas.

Segundo Nunes (2011), a inquirição de Freud acerca do desejo feminino é indicativa dos impasses da própria condição feminina na modernidade, uma vez que a expectativa social sobre a mulher girava, até então, em torno daquele que seria um desejo único, localizado na

maternidade e na vida doméstica. Conforme a autora, as teses freudianas são tributárias de um ponto de vista sobre o feminino que se formulava no começo da modernidade nas sociedades ocidentais. Nunes (2011) ressalta que Freud, apesar disso, indagou-se sobre tal concepção do feminino, uma vez que sua experiência clínica apontava os impasses decorrentes dos conflitos entre a expectativa social sobre a mulher e os desejos e anseios daquelas que eram ouvidas por Freud.

Para abordar a questão do mal-estar na mulher, Nunes (2011) faz uma retrospectiva da visão da mulher ao longo da história. Assim, a autora retoma a composição da ordem familiar burguesa, em que a mulher se torna a figura central do lar, relacionada ao casamento e à função materna. De acordo com Nunes (2011), no decorrer dos séculos XVIII e XIX, no âmbito da construção da noção de família burguesa, a mulher passa a ser objeto do interesse médico, que procura, por sua vez, naturalizar, através da racionalidade científica, a dominação da mulher pelo marido, restringindo a vida feminina à esfera privada.

Havia, entretanto, um empecilho a tal projeto político, uma vez que, ao mesmo tempo em que a mulher deveria ser circunscrita à vida privada, cresciam os valores liberalizantes da ordem burguesa, pautados na ideia de cidadania e direitos civis.

De acordo com Nunes (2011), a mulher é, a partir do século XVIII, transformada em mãe, guardiã da família e da infância. Para que isso fosse possível, foi necessária uma intensa reestruturação da imagem que se tinha da mulher até então. Esta reestruturação será legitimada pela ciência médica, que passará a dizer o que é necessário para que uma mulher seja socialmente legitimada.

Nunes (2011) ressalta que as mulheres com que Freud se esbarrou em sua experiência clínica eram justamente aquelas que mostravam ter problemas para se adequar ao ideal

feminino oitocentista, e que, perante as imposições decretadas sobre seus corpos, suas sexualidades e subjetividades, encontravam nos sintomas histéricos uma maneira de representar seu descontentamento. Nunes (2011) salienta que Freud depara-se com o desejo da histérica, que vem para desestabilizar os pressupostos científicos e sociais de até então, de uma “natureza feminina”, passiva e maternal.

Em um contexto em que o feminino era menosprezado em relação ao masculino, o desejo da mulher necessitava ser recalcado, submisso ao desejo masculino, como sublinha Nunes (2011). Enclausuradas no espaço doméstico, as histéricas que chegam até Freud estavam diante da impossibilidade de experimentar seus desejos, anseios e fantasias (quer eles fossem ou não de ordem sexual).

A histeria feminina foi, portanto, uma ativa e sonora maneira por meio da qual as mulheres reagiram às imposições daquele período. Para Nunes (2011), quando Freud se indaga a respeito do querer feminino, ele destaca a competência desejante das mulheres (o que havia sido negado até então). Ao colocar o desejo feminino em destaque, a possibilidade de invenção de novas maneiras de subjetivação da mulher, para algo além do ideal materno, é, portanto, trazida à luz. Nunes (2011) aponta, nesse sentido, que Freud descortina, ao final do seu percurso teórico, novas perspectivas para a feminilidade.

De acordo com Birman (2016), é necessário destacar quais foram as matrizes teóricas e antropológicas sobre as quais o discurso freudiano se fundou, quais sejam, as matrizes da modernidade. O autor nota que, embora Freud tenha escrito sob a influência de tais matrizes, os conceitos levantados pelo criador da psicanálise foram submetidos a uma reinterpretação psicanalítica, em que se reconfigurou aquelas matrizes teóricas com originalidade, dando a elas novas perspectivas.

Birman (2016) destaca que é fundamental que se aborde a questão da maternidade, uma vez que a construção do ser da mulher na fisionomia da mãe, ou seja, da mulher intuito exclusivamente reprodutivo, era o que estava em evidência no momento em que Freud escrevia sobre a histeria. A maternidade era, naquele momento, imposta como imperativo para o ser da mulher. Segundo o autor, as marcas morais da feminilidade eram definidas pelas suas especificidades biológicas e, assim, à mulher passa a caber as funções de acolhimento e cuidado do outro. Engendra-se, a partir de então, no imaginário social, a “cartografia moral da diferença sexual” (Birman, 2016, p. 56), em que separa-se o ser do homem do ser da mulher através de dois polos, natureza e civilização, como efeitos das diferenças biológicas entre homens e mulheres. Separa-se portanto, o mesmo autor, reprodução de produção e a família torna-se o espaço feminino por excelência.

Birman (2016) ressalta que é justamente em tal debate que se inserem as primeiras formulações teóricas de Freud a respeito dos valores e relevância da mulher no âmbito da civilização. Abordando a questão do erotismo, Birman (2016, p. 57) mostra como a mulher aparece em certos escritos de Freud como ponto “catalisador da ordem e operador da desordem”, polarizada entre a maternidade (agente civilizatório) e o erotismo (agente da desordem e anticivilizatório).

Birman (2016) sublinha o fato de que, nas representações modernas, o erotismo aparece como elemento controverso e embaraçoso, quando tange à mulher. A noção de sexualidade feminina delineada a partir da modernidade está relacionada, portanto, com os ditames da maternidade. A sexualidade feminina caberia unicamente à reprodução, e tudo aquilo que pudesse afetar a finalidade reprodutora apareceria como uma ameaça.

É nesse sentido que o prazer e o desejo despontam como fins da sexualidade que seriam desviantes da norma reprodutiva. De acordo com Birman (2016), haveria uma polaridade no ser da mulher, entre desejo sexual e maternidade, que foi formulada no século XIX e alastrada através da tradição cristã. O cristianismo separa prazer da reprodução, passando o primeiro para a ordem do pecado e, assim, institui-se a diabolização do desejo feminino. Silencia-se a dimensão do gozo no corpo feminino.

Birman (2016) discute a questão da mulher desejante que, com a moral cristã e os discursos supostamente científicos sobre a sexualidade, torna-se a oportunidade para o Mal e o desvio das normas sociais, já que afastariam a mulher dos caminhos virtuosos da maternidade. Assim, destaca Birman (2016), a mulher desejante seria aquela que desviasse das direções da maternidade, configurando-se em perigo, em mulher perigosa.

Apesar de todos os pesares, a histeria ainda marcava as mulheres, sendo uma das personagens nefastas em que se delineava um dos horizontes possíveis para estas. Horizonte terrível, bem entendido, já que indicava para as mulheres um destino bastante tenebroso. Além disso, supunha-se ainda que existiria uma espécie de identidade de natureza entre ser mulher e poder se tornar enfim histérica em algum momento de sua existência. Enunciar a existência do nervosismo das mulheres implicava dizer, ao mesmo tempo, que aquele era de natureza histérica. Definia-se desta maneira, então, a quintessência do feminino, sua marca irreduzível e insofismável. (Birman, 2016, p. 84)

Segundo Birman (2016), quando Freud concebia a psicanálise, a histeria era, ainda, caracterizada como uma doença do feminino: a histeria marcava as mulheres. Ao se falar do nervosismo entre as mulheres, implicava-se a histeria como característica essencial, irreduzível e insofismável do feminino.

Este percurso teórico foi realizado para que se fizesse a correlação entre o corpo na histeria e o corpo na Aids: assim como a histeria trazia questões fundamentais para o discurso moderno sobre a doença, ao levantar temas do próprio discurso médico, uma vez que não se

encaixava nos padrões de racionalidade, a Aids tem efeito semelhante na contemporaneidade, colocando em xeque a ciência médica, destacando questões sociais e de gênero. Além disso, é importante pensar na histeria como doença que caracterizaria o feminino, e na Aids como afecção que, embora surja como masculina, se feminiliza ao longo do tempo. O corpo feminino e os discursos sobre a feminilidade, tanto na histeria quanto na Aids, apresentam pinturas enigmáticas e marcas singulares.

1.3. Os discursos sobre a dor na compreensão da subjetividade

Uma consideração mais rigorosa evidencia que essas trocas de sensação não são somente a base da condição comum nas relações sociais, mas que cada sentido fornece, de acordo com sua característica própria, informações específicas para a construção da existência coletiva e que para cada diferença sutil de suas impressões correspondem particularidades, relações sociais. (Simmel apud Le Breton, 2007, p.55)

As concepções de doença e de saúde possuem características próprias, e variam na mesma medida em que varia o contexto cultural, os grupos e as sociedades. A doença supera, assim, os limites biológicos do corpo. De acordo com Oliveira (1998), esse fato ainda não parece estar muito claro, particularmente para os prestadores de serviços médicos. O autor fala das recentes descobertas que demonstram que as concepções que os doentes carregam de suas doenças diferem das concepções dos médicos sobre a mesma, “isso porque o entendimento do que seja doença permeia toda a relação que se estabelece no encontro do indivíduo com os sistemas de saúde, oficiais ou informais” (Oliveira, 1998, p.81). Consequentemente, a forma como o sujeito percebe aquela que será descrita por ele como sua doença influenciará na forma como esta será relatada ao seu curador, da mesma maneira “(..) como entende que o exame físico deva ser realizado, o estabelecimento do diagnóstico e o tratamento para aquilo que está sentindo”(Oliveira, 1998, p. 81). As representações de doença estão, assim, intrinsecamente ligadas aos usos e representações sociais que os sujeitos fazem de seu corpo.

Ainda de acordo com Oliveira (1998), a dor é o sintoma mais frequente na prática médica.

Esta dor surge como elemento desestabilizado de estado de equilíbrio no indivíduo. A dor de cabeça é, por sua vez, uma das mais ameaçadoras à saúde, pois atinge o ponto do corpo justamente encarregado de manter o controle sobre as funções da pessoa. É evidente que a dor, como manifestação da doença, não pode ser analisada fora de seu contexto. Ela é, ainda segundo Helman, condicionada socialmente, ou seja, é fruto das relações sociais. Em uma

palavra, a dor constitui aprendizado. E este se concretiza das mais variadas formas, sendo expressão essencialmente cultural, em que até mesmo os serviços médicos oficiais exercem importante influência. (Oliveira, 1998, p.84)

Apesar de a dor se constituir enquanto substrato físico e patológico, ela não deixa de ser, segundo Oliveira (1998), uma expressão fundamentalmente subjetiva, “(...) que desafia sua quantificação, não havendo escalas aceitas universalmente”(Oliveira, 1998, p. 85).

Le Breton (2007) também discute a dor do ponto de vista da percepção singularizada de cada sujeito inserido dentro de cada sociedade. A atitude diante da dor, bem como a parte pessoal do sujeito na percepção da mesma está relacionada ao tecido social e cultural em que ele está inserido. Na mesma medida, sua visão de mundo, suas crenças religiosas, a maneira, enfim, como o sujeito se porta diante da comunidade qual pertence influenciará nas diversas concepções de dor. Para o autor, “é o homem quem faz a dor conforme o que ele é” (Le Breton, 2007, p. 53).

Haveria, dessa forma, normas implícitas determinantes da relação do sujeito com os estímulos dolorosos. Os sujeitos atribuem, nesse sentido, valores e significados diferentes à dor conforme sua história de vida e seu pertencimento social.

Essa relação não responde a nenhuma essência pura, ela traduz uma relação infinitamente mais complexa entre as modificações do equilíbrio interno do corpo e os ressentidos por um ator que “aprendeu” a reconhecer essa sensação e a relacioná-la a um sistema de sentido e valor. (Le Breton, 2007, p.53)

A grande questão é saber qual é o momento em que, do ponto de vista de cada sujeito, uma dor passa a ser considerada uma doença. Para Caroso & Rodrigues (1998), a ideia de identidade social e a ideia de pessoa se constituem desde o momento da experiência da saúde e da doença até o momento das diversas representações de sofrimento. Retomando a definição maussiana de pessoa, os autores chegam a uma relação entre a noção de pessoa e a forma de

se pensar as identidades sociais. Para os autores, para pensar em identidades temos de pensar em trajetórias de vida, em visões de mundo e isso remete diretamente à noção de pessoa proposta por Mauss (2003, p.226), ou seja, de que “a ‘pessoa’ é algo além de um fato de organização, mais do que o nome ou o direito reconhecido a um personagem e mais do que uma máscara ritual”. Assim sendo, a noção de pessoa corresponde a um plano de realização da identidade, “(...) na media em que os atores utilizam várias formas de discurso para construí-la quando falam de si ou mesmo ao serem observador (...)” (Caroso & Rodrigues, 1998, p. 138).

Fazendo sua pesquisa em torno da questão do sofrimento, os autores vão buscar em terreiros de cultos afro-brasileiros uma correlação entre as categorias doença, sofrimento e cura. No discurso dos sujeitos entrevistados, essas três ideias aparecem imbricadas em suas histórias de vida.

A noção de sofrimento faz alusão diretamente a uma trajetória; por um lado, a representação da doença remete, em alguns casos, às razões para o sofrimento; por outro, a representação ou o discurso sobre a cura envia a uma experiência sincrônica, uma vez que se apresenta como antítese ao sofrimento e à doença.(Caroso & Rodrigues, 1998, p.138)

Para falar da noção de sofrimento os autores vão proceder a uma metodologia que consiste numa divisão entre dois planos, quais sejam, o plano concreto e o plano abstrato. No plano concreto a categoria sofrimento aparece significando as mais diversas formas de doença física, e aqui entram as diferentes espécies de dores: dor de cabeça, dor de barriga, feridas e ferimentos (sejam eles superficiais ou profundos), diabetes, parasitas (como piolhos e micoses) e outros. No plano abstrato, o sofrimento é entendido através das características que ultrapassam os limites físicos do corpo, e aqui entramos nos chamados elementos

significativos abstratos “(...) para que a pessoa ‘sofredora’ constitua sua identidade social, desde a qual manipula papéis sociais e se relaciona com os outros” (Caroso & Rodrigues, 1998, p.139). Nesse discurso sobre o sofrimento entram as ideias de força e fraqueza, vulnerabilidade e determinação, medo e coragem.

Os autores defendem a ideia do sofrimento como experiência da fragmentação ou experiência de caráter negativo, representada pela doença, e ponto de partida para aquilo que é chamado de ‘desfragmentação’, ou seja, para a experiência positiva, a construção ou reconstrução da identidade social. Assim, enquanto o sofrimento provocado pela doença pode representar a experiência que desintegra a unidade da pessoa, ele pode também servir como fomento na construção da identidade social do sujeito.

Há, portanto, de um lado, um discurso negativo, que centraliza o sofrimento ao sujeito que sofre, e de outro, a ideia de cura, que representa os aspectos do sofrimento que podem ser compartilhados, ou seja, que fazem parte da experiência social. As narrativas dos sofrimentos sociais, emocionais e físicos vão se dividir, dessa maneira, entre o plano intrapessoal do sofrimento e o plano da experiência vivenciada socialmente (e a ideia da gravidade da doença vai mediar esses dois planos).

Novamente Duarte (1986, p.145) referindo-se ao nervoso, aborda a questão da ‘força/fraqueza’ enquanto ‘referencial básico para a definição de qualidade diferencial da pessoa’. Deslocando esta observação para a relação doença-sofrimento-gravidade, o referencial ‘força/fraqueza’ se expressaria da seguinte maneira: a pessoa é/está fraca, a doença é forte, faz sofrer, mas através da cura, a pessoa passa a ser/estar forte, a doença torna-se fraca. (Caroso & Rodrigues, 1998, p. 143)

Assim sendo, dizem os autores, há uma identidade de sofrimento, um estado de sofrimento que se constrói a partir de sua própria negação, ou seja, primeiramente através da cura e a posteriori pela tentativa de superação, esquecimento, omissão ou abstração da

experiência do sofrimento. Esse segundo passo fará com que se fundem as bases sociais de seu reconhecimento, ou seja, fará com que o sofrimento seja socialmente legitimado, uma vez que este diz respeito aos domínios tanto físico quanto material, não-material, além das origens físicas, mágico-religiosas e sociais do sofrimento.

O discurso das concepções e representações de causas de doenças envolve a ligação que se estabelece entre a pessoa e a moléstia, esta última como experiência física e subjetiva, envolvida em complexa rede de sentimentos que orientam os indivíduos em suas buscas pelos significados. Quando se referem às causas de suas doenças, as pessoas estão necessariamente interpretando denominadas condições que ajudam a explicar porque tal doença aconteceu em dado momento. (Caroso & Rodrigues , 1998, p.141)

É justamente essa resposta, dizem os autores, que não nos é fornecida pela ciência médica. A busca pelo significado da doença envolve, dessa maneira, invariavelmente, diferentes aspectos da vida íntima de cada sujeito. Precisamente nesse sentido o discurso sobre a doença surge como elemento de compreensão dos sujeitos.

Para Fleig (2004), através da dor os sujeitos descobrem seus corpos. É a dor que indica, quase que como uma denúncia, que os sujeitos não são corpos angelicais, que não são donos de corpos perfeitos, incorruptíveis e silenciosos. Ao contrário, o corpo humano se desarticula, dói e entra, inevitavelmente, em decadência. O autor apresenta a hipótese da dor como acesso privilegiado do sujeito a si mesmo e também ao outro.

(...) de um lado, queremos eliminar a dor a qualquer preço e, de outro, o ser humano necessita sentir dor. (...) o que ambas as dores [física e psíquica] têm em comum é que se trata do mesmo sujeito que as sente. E por isso se pode afirmar que a dor, em última instância, é sempre uma dor psíquica. (Fleig, 2004, p.132)

Ainda que não tenha escrito nenhum tratado sobre a dor propriamente, Freud chamou a atenção, pondera Fleig (2004), para o fato de a dor se estender do corpo ao campo psíquico.

A dor psíquica aparece, assim, a partir de uma ruptura do laço íntimo com o ser amado e com a imagem que o sujeito tem de si mesmo. A dor, de acordo com Fleig (2004), localiza-se no laço social. Ela é uma denúncia da lesão do laço com o outro.

Fleig (2004) aborda o que ele chama de corpo histórico, um corpo sensível às representações inconscientes, um corpo no qual se inscrevem os pensamentos insuportáveis, discordantes, abomináveis. O autor aponta o estudo do “caso Dora”, levado a cabo por Freud, em que as representações recalçadas falam no corpo da paciente.

O corpo é, antes de tudo, metáfora, que comporta um certo número de empregos, bastante diversificados. Ou, quando falamos de corpo, trata-se da soma dos empregos desta metáfora, um corpo plural, na diversidade de nossos modos de relação com ele. Os usos metafóricos do corpo foram explicitados e articulados de modo preciso por Lacan, dando continuidade aos achados de Freud: o corpo imaginário, o corpo simbólico e o real do corpo. (Fleig, 2004, p. 135)

Falando sobre a metáfora do corpo, o autor descreve o primeiro uso desta, que aparece no corpo imaginário, como resultado primordial do encontro com o que faz furo na consistência subjetiva do sujeito, ou seja, no momento em que o sujeito se enreda, se embaraça ou se atrapalha diante de uma falha, é possível fazer apelo à metáfora do corpo. Defronte a surpresa do desejo é que o rosto se avermelha, que o coração dispara, pondera Fleig (2004).

Seria bem mais fácil enfrentar a existência se a falha estivesse em algum órgão e não na própria existência. Se a falha se encontrasse no corpo, poderíamos acalentar o sonho de uma existência perfeita na medida em que pudéssemos nos livrar do corpo, silenciá-lo. Nesta perspectiva, é comum o sentimento de que temos um corpo ao qual ek-sistimos, ou seja, a realização ideal se encontraria ao nos desembaraçarmos do corpo, que precisamente nos daria o peso da existência. (Fleig, 2004, p. 136)

Como consequência disso temos que um dos modos mais comuns de relação do sujeito com o corpo é desejar intensamente o seu silêncio. O silêncio do corpo, aponta Fleig (2004), e

o ideal de imperturbabilidade, encontrou resistência, precisamente, no corpo feminino, este corpo indomesticável. Há, assim, uma tentativa de silenciar a dor e o mal-estar, de silenciar qualquer manifestação perturbadora do corpo.

O corpo imaginário diz respeito, assim, ao estágio do espelho, em que a criança assimila no olhar do outro a imagem que identificará como sendo a sua própria. Esta alienação ao outro primordial é, de acordo com Fleig (2004), estruturante do funcionamento corporal, e também responsável por salvaguardar o sujeito da angústia de despedaçamento, “enfim, como afirma Lacan, ‘o Outro é o corpo (...), o primeiro lugar onde coloca inscrições’” (Fleig, 2004, p. 137).

A seguir temos o corpo simbólico, que, conforme Fleig (2004), diz respeito ao corpo de significantes, ou seja, a identidade, nome, lugar na genealogia, sexo, raça, etc. O corpo simbólico diz respeito a uma herança que antecede o próprio nascimento do sujeito. É no corpo simbólico que estão inscritos os significantes que transmitem o desejo, consciente ou inconsciente, dos Outros parentais (e que instalam a alienação simbólica do sujeito). O corpo é, assim, de acordo com o autor, um “livro de carne” (Fleig, 2004, p.138), em que está inscrito o desejo do Outro: “Por seu próprio corpo, o sujeito emite uma palavra que é como tal, palavra de verdade, uma palavra que ele não sabe que a emite como significante. Que diz sempre mais do que quer dizer, sempre mais do que ele sabe que diz” (Lacan *apud* Fleig, 2004, p.138).

Seguindo em sua discussão, Fleig (2004) trata ainda do real do corpo, borda do corpo impossível. O real do corpo é revelado na angústia e se faz presente na impossibilidade da experiência da própria morte.

Para Birman (2017), o mal-estar contemporâneo se configura como dor (e não como sofrimento), uma vez que a subjetividade contemporânea não consegue transformar a dor em sofrimento: “(...) se o sofrimento era a marca específica pela qual a subjetividade metabolizava o mal-estar na modernidade, a dor passou a ser o traço inconfundível pelo qual aquela se confronta com o mal-estar na pós-modernidade” (Birman, 2017, p. 191).

A dor, aponta Birman (2017), é uma vivência em que o sujeito se fecha em si mesmo. Não há lugar para o outro na experiência da dor. A dor é, portanto, diz o autor, uma experiência solipsista, em que os sujeitos se circunscrevem em si mesmos. Não há, na experiência da dor, espaço para a alteridade. O que resulta disso é que o processo de comunicação e interlocução do eu com o outro é rompido e fica cortado. A interlocução se transforma em murmúrio quando algo dói, a passividade domina o sujeito. A subjetividade na contemporaneidade, imersa na dor e no ressentimento, é, assim, fundamentalmente narcísica.

O sofrimento, diferentemente da dor, é uma experiência alteritária, conforme aponta Birman (2017). O outro é essencial para a subjetividade sofrente, há sempre um chamamento do eu pelo outro, e daí temos sua dimensão de alteridade, com a interlocução na experiência do sofrimento.

Depreende-se disso que, se o corpo, a ação e o sentimento são os registros do mal-estar hoje, isso é o correlato da condição solipsista da subjetividade, coartada da interlocução com o mundo. Este se restringe cada vez mais ao registro pragmático, perdendo a dimensão simbólica. Daí por que a linguagem como poiesis se empobrece, perdendo sua potência metafórica. O desejo fica então à deriva, nas cadeiras metonímicas do discurso, não sendo relançado pelas rupturas promovidas pela simbolização metaforizante. (Birman, 2017, p.192)

Assim, diz o autor, uma vez que a subjetividade contemporânea não é capaz de transformar a dor em sofrimento, isso se deve à incapacidade de interlocução dos sujeitos que daquela sofrem. A interlocução, aponta Birman (2017), pressupõe a existência do outro, para

que seja possível fazer um apelo e também para se produzir sentido. O vazio da subjetividade contemporânea é, portanto, convergente com um mundo que também perdeu o sentido. Resulta disso a medicalização da dor e, conseqüentemente, da própria vida, com corolários imprevisíveis na sociedade contemporânea, uma vez que se autoriza uma biologia sem limites.

Capítulo 2. AIDS E O CORPO FEMININO

2.1. A Construção Social da Aids, uma expressão do mal na atualidade

O surgimento da Aids entre nós, além de articular o medo da morte e o medo do contágio – a diade doença e morte –, também associou o sexo a esses dois primeiros elementos, potencializando ainda mais a capacidade da doença para a expressão do mal na atualidade. (Jeolás, 2007, p. 56)

Moulin (2006) aponta que, se o século XIX foi o tempo de reconhecer o direito à doença, o século XX foi, por sua vez, o tempo que inaugurou um novo direito aos homens e mulheres, qual seja, o direito à saúde, que se baseou na plena realização da pessoa com, fundamentalmente, o direito à assistência médica. A história do corpo no século XX é, assim, de acordo com a autora, a história de uma medicalização sem precedentes. A medicina ocidental converte-se, dessa forma, no método primeiro em caso de doenças, mas não só isso: a medicina torna-se também um guia, proclamando regras de comportamento, regulando e condenando os prazeres, retendo a vida cotidiana dentro de suas recomendações.

A história do corpo no século XX é a de uma expropriação e de uma reapropriação que talvez chegue um dia a fazer de cada um o médico de si mesmo, tomando a iniciativa e as decisões com pleno conhecimento de causa. Sonho encorajado pela ideia de uma transparência do corpo, um corpo totalmente exposto, explorado em suas profundezas e, afinal, diretamente acessível ao próprio sujeito. (Moulin, 2006, p.15)

Segundo Moulin (2006), o século XX vem, assim, com uma série de vitórias sobre as doenças, transformando drasticamente a experiência desta. A experiência da doença e também da morte passam a ser mantidas à distância. Os médicos prescrevem, cada vez mais, tratamentos virtuosos para diminuir cada vez mais a experiência do sofrimento e mandar o quanto antes o enfermo “de volta para o front” (Moulin, 2006, p. 17), isto é, para a escola,

para a fábrica, para o escritório. A experiência da doença é, nesse sentido, protelada para o final da vida, diluindo-se no tempo e no espaço.

Conforme aponta Moulin (2006), o paradigma do século XX é, portanto, o paradigma da saúde, que passa a ser a verdade, e também a utopia dos corpos. O corpo torna-se o lugar por excelência em que os sujeitos devem empenhar-se em parecer que estão bem.

É nesse contexto que emerge a Aids, ameaçando a certeza de vitória da medicina sobre as doenças infecciosas. Para Moulin (2006), a Aids ocupa um lugar à parte na história do corpo do século XX, contestando o século que pretendia acabar com as doenças infecciosas. Além disso, como salienta a autora, a Aids lança uma sombra sobre a liberdade sexual, abala os usos e costumes e, ainda, põe em xeque os limites da ciência.

Desde a lepra e a sífilis, destaca Moulin (2006), doenças que ficaram conhecidas pela desfiguração dos corpos, nenhuma moléstia havia atingido o corpo de forma tão pública quanto a Aids. A Aids é, em primeiro lugar, “uma doença da pele” (Moulin, 2006, p. 33).

Por toda parte a Aids provoca o terror da epidemia somado à angústia de um mal que é transmitido por contato sexual. O receio do contágio leva os profissionais da saúde a recusar-se a atender os enfermos; muitas famílias abandonam seus filhos. A seringa cheia de sangue contaminado torna-se uma arma para efetuar chantagens, ou para cometer suicídio. (Moulin, 2006, p.34)

Com a Aids, os doentes se tornam sujeitos a procedimentos de sobrevivência e, com os tratamentos anti-retrovirais, os corpos, que não podem ficar curados, passam a conviver com a doença crônica, sujeitados a condições limítrofes de existência.

De acordo com Carvalhaes & Teixeira (2007), a Aids é uma doença que, por seu desenvolvimento ao longo da história, tem obrigado pesquisadores, pacientes e saber médico a desnaturalizar questões sócio-culturais. A Aids mexe com os signos, normas e códigos que

delineiam a estrutura e a organização da sociedade contemporânea e toca em pontos relativos aos gêneros, aos corpos e à cultura (Carvalhaes e Teixeira, 2007, p.3).

A construção histórica e social da Aids e as vulnerabilidades relacionadas às infecções e reinfecções de mulheres ao HIV são atravessadas por muitos fatores, que formam um campo complexo de linhas de forças econômicas, culturais, sociais e de poder, que atravessam os processos de subjetivação na atualidade. (Carvalhaes & Teixeira, 2007, p.5)

Fleixa (2013) discorre sobre as questões do feminino que surgem atreladas à Aids ao longo de sua pesquisa. Para a autora, há contornos diferenciados de subjugação dos corpos femininos, restrições, condenações e punições “que o exercício da sexualidade feminina pelas questões morais, culturais e históricas se apresenta” (Fleixa, 2013, p. 11). Sobre a questão das mulheres inseridas na sociedade ocidental moderna, predominantemente cristã e patriarcal, com discursos desiguais sobre os gêneros, há uma cobrança social pelo comportamento sexual da mulher.

(...) a ‘moral’ da mulher está relacionada ao número de parceiros e à sua vida sexual: ‘a mulher direita’, a mãe de família, casada, ou por outro lado, ‘a puta’. A descoberta do HIV no corpo pode reeditar, por sua conotação social vinculada a uma sexualidade proibida, ‘suja’ (...). (Fleixa, 2013, p.47)

Guimarães (2001) mostra como ocorreu o processo de percepção da mulher como um sujeito vulnerável à contaminação pelo vírus HIV, e como esse fato coloca em xeque uma série de tabus a respeito da sexualidade feminina e ao papel da mulher na vida em sociedade. A Aids surge, de acordo com a autora, como um problema que dizia respeito aos homens, não aos homens heterossexuais, vale ressaltar, mas aos homens homossexuais e usuários de drogas injetáveis. Quando a doença chega ao Brasil (o primeiro caso data de 1983), nem mesmo os médicos brasileiros sabiam como lidar com ela: os doentes ficavam isolados, os próprios médicos se cobriam de luvas e máscaras, com medo de também serem infectados.

Conhecia-se muito pouco sobre a doença e ela surge junto com o medo da infecção – a Aids já surge com uma dimensão tanto moral (já que dizia respeito aos costumes sexuais dos sujeitos), como com uma dimensão cultural. O modelo de tratamento da Aids no Brasil vem importado dos Estados Unidos, país que apresenta, por sua vez, uma lógica de pensamento muito distinta daquela que é vigente entre os sujeitos de classes populares no Brasil: no país americano os ideais liberais e individualistas, baseados na noção de cidadão portador de direitos civis, são muito distintos da lógica que rege o sujeito brasileiro de classes populares atingido pelo vírus HIV. A autora mostra em seu percurso teórico como as categorias usadas pela política internacional da Aids não eram passíveis de ser entendidas pelos sujeitos atingidos pelo vírus HIV no Brasil: a tentativa de globalização da doença (como se os sujeitos atingidos fossem os mesmos em todos os países e apresentassem os mesmos sintomas e as mesmas doenças oportunistas), junto com o domínio científico da medicina sobre a Aids acaba provocando uma exclusão das falas dissonantes nos dados oficiais. O que resultou disso foi a imensa dificuldade em saber exatamente quem eram sujeitos atingidos pela Aids no Brasil e como esses sujeitos foram contaminados.

Guimarães (2001) fala sobre a forma como a doença é notificada no Brasil, através dos prontuários médicos, em que o médico decide como classificar o sujeito e sua sexualidade, mesmo que o sujeito não se identifique com sua classificação (se é bissexual ou homossexual, por exemplo). Assim, diz a autora, “médicos e pacientes poderão seguir lógicas classificatórias distintas, senão divergentes, no curso da anamnese e no preenchimento do protocolo clínico, sendo a classificação dominante e aceita para fins estatísticos expressa pelo agente profissional, por vezes estabelecido à revelia do paciente” (Guimarães, 2001, p. 18).

Esse discurso globalizante, baseado na racionalidade moderna e nos princípios propostos pelas sociedades “mais avançadas”, demonstra o imenso abismo que há tanto entre países pobres e ricos na prevenção e tratamento da doença, assim como o abismo que rege a lógica de pensamento dos médicos e dos sujeitos de classes populares. Resulta disso o problema da subnotificação dos casos por causa do estigma desencadeado pela doença.

O deslocamento da incidência da epidemia nos últimos 15 anos para as camadas socialmente desprivilegiadas, em particular para as mulheres e crianças neonatas, em vez de denunciar um viés anti-democrático ou misógino do vírus na sociedade brasileira, evidencia o caráter estruturalmente diferenciado, desigual e discriminatório das populações atingidas pelo HIV/Aids, bem como a marcante assimetria social e sexual das relações inter e intragêneros. A Aids, apesar de considerada como um fenômeno novo e um “flagelo do final do século XX”, também torna mais agudas velhas questões consideradas naturais e que constituem parte intrínseca de nossa realidade social e cultural, impondo uma profunda revisão no que se entende por este “novo”. (Guimarães, 2001, p. 21)

A classificação médica gerou, assim, os chamados “grupos de risco”, que, por sua vez, pouco refletiam da lógica dos códigos da sexualidade brasileira, mas que, conforme a autora, se enquadravam no modelo importado e cientificamente reconhecido de sexualidade: homossexuais, bissexuais e heterossexuais. Guimarães (2001) mostra alguns relatos médicos para demonstrar essa contradição. Muitos dos homens contaminados não se consideram bissexuais embora mantenham relações sexuais com travestis, por exemplo. Nos “grupos de risco” estariam os homossexuais, os bissexuais, os usuários de drogas injetáveis e as prostitutas.

Finalmente, neste afã de definir a identidade sexual do/da doente, a sexualidade também passou a poder ser diagnosticada, o que não deixa de ser original. (...) Ao lado disso, foi perceber o quanto é problemática a classificação da identidade sexual dos doentes “duvidosos”, homens e mulheres, pelo profissional de saúde. Além da dificuldade de médicos e pacientes em lidar com a terminologia científica da sexualidade, em torno dela ronda o espectro da discriminação e do estigma associados a comportamentos sexualmente desviantes, tanto masculinos quanto femininos (...). O diagnóstico valia como uma acusação. (Guimarães, 2001, p.26)

Para entender a problemática do número de casos, Guimarães (2001) propõe que levemos em consideração a subnotificação, que contribui para distorcer a imagem das estatísticas oficiais da Aids no Brasil.

Como a situação “oculta” é tão ou mais preocupante que os casos “conhecidos”, as estatísticas oficiais de casos notificados de Aids devem ser continuamente relativizados e reavaliados. O alcance da epidemia é de fato muito maior e poderá apresentar um quadro epidemiológico que não corresponde exatamente às classificações e aos respectivos dados estatísticos registrados nas tabelas. (Guimarães, 2001, p. 17)

Para a autora, o problema da subnotificação resulta das tradicionais lacunas do sistema de notificação epidemiológico brasileiro e dos tabus e preconceitos que envolvem a Aids. É somente através da transmissão perinatal (durante a gravidez, no momento do parto ou através do aleitamento materno) que a figura da mulher (heterossexual, mãe de família, dona de casa) passa a ser vista. A mulher é vista justamente por sua ausência nos dados estatísticos oficiais brasileiros, “ora situada como ‘vítima’ anônima de um parceiro contaminado, ora como ‘culpada’ por si mesma”(Guimarães, 2001, p. 29). Segundo a autora, na maioria dos diagnósticos relativos às mulheres, a infecção aparece como diretamente vinculada ao parceiro comunicante: “A maioria dos diagnósticos relativos às mulheres se mantém diretamente vinculada ao parceiro ‘comunicante’(…), e poucos são os dados sociodemográficos a respeito das próprias mulheres. Ou seja, elas permanecem sem história e sociologicamente anônimas” (Guimarães, 2001, p.29)

No caso da Aids, a própria força da doença acaba dando voz às mulheres brasileiras, a partir do aumento do número de casos de doença. Torna-se evidente que a epidemia atingia de

forma importante a população feminina, consequência da relação sexual com parceiros contaminados.

Surgiu uma verdade incômoda. A Aids havia transposto as barreiras e armadilhas milenares que acobertavam as mulheres tidas como normais, sexual e socialmente passivas, para revelar que o gênero feminino não era apenas reprodutor e guardião do lar e da família. Possuía também uma sexualidade desejante, perigosamente ativa (...). Com a epidemia, a imagem da “mulher ideal” e do “lar sagrado” foi subitamente violada.
(Guimarães, 2001, p. 30)

A prática do sexo anal entre casais começa a aparecer nos dados oficiais, revelando o “caráter sigiloso da via anal do prazer sexual não reprodutivo” (Guimarães, 2001, p. 30), principal causa da infecção entre as mulheres. A figura da “mulher de família”, que teria como característica fundante a reprodução, cai por terra.

Por sua vez, com essa afirmação, ignora-se que “as técnicas e a moral sexuais estão em íntima ligação” (Mauss, 1974, p. 30), e que este vínculo também está presente na suposta neutralidade da ciência médica e da situação clínica. Como esclarece Bruce Voeller (1988, p. 3), a escolha dos termos e das frases sobre o sexo anal pelo profissional de saúde contradiz sua imparcialidade científica. A literatura médica e algumas das entrevistas com profissionais de saúde demonstram, com frequência, o uso de certas palavras carregadas de valor negativo para descrever esses casos clínicos, tais como: “as mulheres acabam *admitindo* que praticam o coito anal”. O termo *admitir* traduz o clima confessional da anamnese instaurada pelo médico e deixa entrever o quanto é difícil para a paciente consentir em fazer a declaração, diante de uma desaprovação velada posto que ambos sabem de antemão que a norma sexual correta é outra. A prática do sexo anal, negada ou desconhecida nesses termos pela maioria das mulheres pesquisadas, indica o quanto esta é uma questão tabu, sobre a qual não se fala.
(Guimarães, 2001, p. 30)

O que a Aids entre as mulheres revela, como demonstra a autora, são os tabus que envolvem a figura da mulher e do corpo feminino. Aquilo que Guimarães (2001) denomina de questões tabus chamaremos neste trabalho de “o estranho no corpo feminino”. A autora mostra a dicotomia que, ao longo da história humana, esteve presente sobre a figura feminina: de um lado a mulher do lar, vítima sexual de seu parceiro e de seus prazeres perversos e, de outro, a mulher sexualmente promíscua, responsável por sua própria infecção e vetor de

transmissão do vírus HIV. Todos esses interditos a respeito do corpo feminino e sua sexualidade apenas retornam com o advento da Aids entre as mulheres – está presente no senso comum e também no pensamento médico.

Embora a dicotomia seja empiricamente questionável, não podemos descartá-la como irrelevante, na medida em que estrutura vidas, atitudes, valores e se inscreve no imaginário coletivo da Aids. Sem negar ao bissexual masculino e ao usuário de drogas injetáveis seu papel importante na transmissão do HIV/Aids para a mulher no Brasil, posto que se trata de uma realidade nosológica e não de um constructo imaginário, é importante considerar outros fatores associados à infecção feminina. (Guimarães, 2001, p.31)

Guimarães (2001) fala ainda a respeito dos estereótipos que aparecem associados à figura do “aidético”: a partir do paradigma dos grupos de risco, em que a figura do “aidético” estaria entre os homens homo e bissexuais e os usuários de drogas injetáveis.

Desde o início, a construção social e política da Aids tem se pautado em condutas e discursos biomédicos com forte viés “masculino”(…), definidores dos testes de medicamentos que excluem a mulher, bem como dos conceitos e das interpretações da doença baseados na sintomatologia do doente homem. Como já mencionado, em 1985, somente as mulheres “prostitutas” e “promíscuas” foram enquadradas na categoria de “alto risco” de Aids (...). Essa diferenciação (discriminação) de determinadas mulheres, tidas como “periféricas” ao ideal do modelo conjugal - “solteiras”, “viúvas”, “separadas” e “desquitadas” -, tem contribuído para o atraso em se reconhecer a maior suscetibilidade físico-anatômica de todas as mulheres em relação aos homens, sobretudo no que se refere às doenças sexualmente transmissíveis, entre as quais se insere a infecção pelo HIV. Essa suscetibilidade agrava-se com o estigma associado às DSTs e com a priorização dos problemas obstétricos, em detrimento dos ginecológicos, em mulheres das camadas sociais mais desprivilegiadas, que, por se envergonharem dessa patologia, não buscam tratamento (...). (Guimarães, 2001, p. 32)

A Aids entre as mulheres não aconteceria entre as mulheres “do lar” e “de família”, mas entre as prostitutas, essas sim, mulheres que aparecem nos grupos de risco. Como é a percepção das mulheres a respeito do risco de contrair o vírus tem muito a ver com a forma como as campanhas de prevenção da Aids foram feitas ao longo da história da doença, e da forma como ela foi retratada entre os meios de telecomunicação. Em sua pesquisa a autora

demonstra como a Aids é percebida pelas mulheres como uma doença que não poderia atingi-las. A própria maneira como foram construídas as campanhas de prevenção da doença (como nos cartazes com figuras estereotipadas com mulheres com muita maquiagem, em alusão à figura da prostituta, por exemplo), acabou fazendo com que as mulheres não fossem percebidas e não se percebessem em risco diante da Aids. Como consequência disso, o diagnóstico entre as mulheres ocorre de forma tardia, e a prevenção e tratamento não são, segundo a autora, adequados às especificidades biológicas e sociais femininas.

2.2. Um Estranho Corpo Feminino

Mesmo no conhecido, é de fato o estranho que a nós se manifesta na língua, quando uma ligação de palavras renega-se a tornar-se clara, é o estranho que se manifesta na produção do pensamento, mesmo quando ele é muito análogo ao nosso, quando o encadeamento entre as partes isoladas de uma série ou a extensão destes renega-se a se fixar e nós, inseguros, vacilamos. (Schleiermacher apud Marini & Coelho Junior, 2010)

Mas começou a se cansar de viver só entre mulheres. Mulheres, mulheres, mulheres. Escolheu uma amiga como confidente. Disse-lhe que não aguentava mais. A amiga aconselhou-a: ‘- Mortifique o corpo’.
(Lispector, 1998, p. 71)

Freud (1919/1976c) aborda o tema do estranho como algo que se relaciona com o campo do assustador, que instiga o sentimento de medo, por vezes de horror. O sentido do estranho não fica, em todos os contextos, exato, claro, precisamente definido. O que é certo sobre o estranho é que trata-se de um entendimento que tende a coincidir com algo que nos desperta medo.

Para tratar do estranho, Freud (1919/1976c) faz uma pesquisa sobre o adjetivo *heimlich*. Em alemão, *heimlich* designa aquilo que é “pertencente à casa, não estranho, familiar, doméstico, íntimo, amistoso (...)” (Freud, 1919/1976c, p. 279), e *unheimlich*, o oposto, aquilo que é estranho e assustador. Entretanto, como destaca Freud (1919/1976), nem tudo o que é novo e não familiar nos desperta medo. Alguns fatos novos são assustadores, mas nem todos os são. Freud se pergunta, assim, o que há no novo e no não familiar que o torna estranho.

Ao longo da pesquisa, Freud (1919/1976c) se depara com uma interessante contradição: *heimlich* pode aparecer com um significado outro. A palavra, quando acrescida do negativo *un*, *unheimlich* (e que, a priori, deveria designar aquilo que é misterioso, sobrenatural, que provoca medo), pode, em muitos momentos, designar precisamente a mesma coisa que

heimlich. Assim, diz o autor, “o que é *heimlich* vem a ser *unheimlich*” (Freud, 1919/1976c, p. 281).

Freud (1919/1976c) mostra esse sentido ambíguo que a palavra *heimlich* carrega, uma vez que remete a dois grupos de ideias que são bastante distintas, por vezes até contraditórias. Ao mesmo tempo em que *heimlich* qualifica aquilo que é íntimo, agradável e familiar, a palavra também conduz algo de *unheimlich*, algo que se mantém oculto. Citando Schelling, Freud (1919/1976c) depara-se com uma nova elucidação a respeito do *unheimlich*: “(...) é tudo o que deveria ter permanecido secreto e oculto mas veio à luz” (Freud, 1976c, p. 282). Assim, *heimlich* é uma palavra cujos significados geram uma série de ambivalências, até o momento em que corresponde ao seu oposto: “*Unheimlich* é, de um modo ou de outro, uma subespécie de *heimlich*” (Freud, 1919/1976c, p. 283).

Martini e Coelho Junior (2010), ao tratar do tema do estranho na obra freudiana, apresentam os diversos significados que foram utilizados na tradução do termo *unheimlich*: estrangeiro, hora ou lugar estranho, inquietante, desconfortável, sombrio, obscuro, assombrado, repulsivo, sinistro, suspeito, lúgubre, demoníaco. O texto freudiano, como ressaltam os autores, baseia-se numa ambiguidade linguística, que gera, por sua vez, um efeito deveras inusitado: *heimlich*, palavra alemã que quer dizer familiar, tem o sentido também de alguma coisa secreta e oculta. Esse outro sentido que a palavra *heimlich* carrega, faz com que ela fique muito próxima de seu antônimo, *unheimlich*. Os autores fazem uma relação do termo estranhar para os falantes da língua portuguesa: a palavra estranhar, que é cotidianamente empregada para designar a situação em que o cão não reconhece seu dono ou alguém conhecido. O estranho irrompe, nesse sentido, numa circunstância que deveria ser familiar. Já no espanhol, ainda segundo Martini e Coelho Junior (2010), *extrañar* quer dizer sentir

saudades. Também no espanhol, o estranho remete a algo do familiar, mas que não está mais presente. O estranho, *unheimlich*, é, em algum grau, um tipo de familiar, *heimlich*.

Martini e Coelho Junior (2010) abordam a relação que há entre o estranho e o recalque, e que se baseia no fato de que nem tudo o que é assustador evoca o sentimento do estranho. Somente nas circunstâncias em que há uma subversão da lei do recalque é que o sentimento do estranho vem à tona, fazendo com que aquilo que teria de permanecer secreto e oculto manifeste-se. Nesse sentido, há um aspecto do infantil que, ligado ao retorno do recalcado é um princípio sempre presente na experiência do estranho.

A ambivalência do vocábulo *heimlich*, como evidenciam Martini e Coelho Junior (2010), reverbera aquilo que é o próprio fenômeno do estranho: o desvelamento dessa ambiguidade é o que nos causa o sentimento de medo, quando não conseguimos distinguir aquilo que é estranho do que é familiar. Assim, o retorno do recalcado, como sugerem os autores, é um conceito chave no entendimento do estranho não somente pelo conteúdo que foi recalcado (ou seja, elementos que o sujeito não reconhece, a princípio, como familiares), mas também pelo suspensivo movimento de retorno, estranho por si só.

Para Iannini e Tavares (2019), o estudo realizado por Freud altera não apenas a língua alemã, mas exporta também para todas as línguas em que a psicanálise é transmitida um novo e incômodo significante. Segundo os autores, *Das Unheimlich* é tanto uma palavra quanto um conceito, como a designação de um texto e também o nome de uma sensação aterrorizante. Além disso, nenhum vocábulo freudiano exprime tantas variações e soluções diferentes.

De acordo com Iannini e Tavares (2019), a complexa pesquisa lexicológica sobre o *Unheimlich* levada a cabo por Freud, almeja justamente cingir o real que aquela “palavra-conceito” recorta. Ao dizermos, em português, a palavra “familiar”, somos levados, assim

como ocorre no alemão com a palavra *heimlich*, a sugestionar também o seu exato oposto. Quando se diz, por exemplo, como mostram os autores, “seu rosto me é familiar”, “isso me soa familiar”, ou ainda “este lugar me é tão familiar”, há uma vigência, ainda que silenciosa e não manifesta, de seu sentido contrário. Ao falarmos do rosto que é familiar, conforme os autores, é como se fosse dito algo divergente: “seu rosto me é familiar, mas não me lembro de onde”, ou “isso me soa familiar, embora me pareça meio estranho”, ou ainda “esse lugar me é tão familiar, mas não sei bem por quê, acho que nunca estive aqui” (Iannini e Tavares, 2019, p. 10). O sentimento que o *unheimlich* evoca, dessa maneira, vem carregado de ressonâncias e reverberações ambíguas e antitéticas: ao mesmo tempo em que identificamos como íntimo e conhecido, constatamos como desconhecido, estranho, inquietante, esquecido e oculto, “de e em nós mesmos” (Iannini e Tavares, 2019, p. 10). O *unheimlich* é, portanto, uma reduplicação da negação que se sobrepõe ao *heimlich*, que ressalta seu atributo angustiante e assustador.

O corpo feminino parece assumir, ao longo da história humana, essa mesma ambivalência que o termo *heimlich* carrega em sua significação. O corpo feminino parece carregar em si mesmo, algo de *unheimlich*: uma série de mistérios, algo de oculto, angustiante e assustador.

Freud (1919/1976c) apresenta uma corroboração de sua teoria sobre o estranho, em relatos de homens neuróticos na sua vivência psicanalítica. Freud (1976) relata que, regularmente, escutava de homens neuróticos o sentimento de haver algo estranho no órgão sexual feminino. Freud (1976c) trata da vagina como lugar *unheimlich*, mas que é, entretanto, o acesso para o *heim* (lar) de todos os seres humanos. A vagina é a morada em que cada um de nós existiu, a princípio, na origem da vida.

Freud (1919/1976c, p. 305) cita ainda uma brincadeira em que se dizia que “o amor é a saudade de casa” para acrescentar que, quando se sonha com um local e se pensa que aquele local tem algo de familiar, poder-se-ia analisar que tal lugar é, na verdade, o corpo ou a vagina de sua mãe, estranhamente familiar. E, mais uma vez, o *unheimlich*, estranho, é aquilo que foi, outrora, *heimlich*, familiar. Freud (1919/1976c) estrutura, assim, a sensação de estranheza e de inquietante que são característicos do *unheimlich*, “um sintomático avesso do familiar esquecido” (Iannini e Rocha, 2018, p. 183)

Segundo Bacchini, Alves, Ceccarelli e Moreira (2012, p. 272), a Aids aparece para os sujeitos como um “inimigo estrangeiro” que apodera-se de seus corpos e gera decorrências que são da ordem do inquietante. Assim, a Aids surge, conforme os autores, retomando alguns complexos infantis de castração, a partir do momento em que os sujeitos precisam lidar com novos imperativos que a doença impõe, como perda de peso, precariedade do sistema imunológico, inviabilidades concernentes à relação sexual e, também a própria chance de morte. Ademais, o HIV/Aids vem acompanhado também de representações no imaginário cultural em relação ao sexo, uma vez que esta é uma das principais vias de contágio da doença.

Para Bacchini et. al. (2012), embora tenham havido muitas melhorias no tratamento da doença, de forma que se possa pensar nela até como uma doença crônica, haveria ainda uma “colagem imaginária” (Bacchini et. al., 2012, p. 276) entre Aids e morte. A Aids surgiria, assim, como inquietante. Os autores retomam a ideia do “estranho” em Freud (1919/1976c), ou inquietante (tradução que os autores preferem utilizar), para tentar descobrir o que há no HIV/Aids que remete os sujeitos ao conhecido, àquilo que foi, há muito tempo, recalcado.

No estudo acerca dos matizes de significado da palavra *Heimlich*, o que interessa é encontrar um significado idêntico ao seu oposto, ou seja, embora ela expresse ideias diferentes, estas não se mostram contraditórias à medida que a compreensão do inquietante implica em uma prévia familiaridade. (...) *Unheimlich* é tudo aquilo que deveria permanecer secreto, mas veio à luz. (Bacchini et al., 2012, p. 277)

Dessa forma, como retomam os autores, o que faz com que o sentimento de estranheza desponte nos sujeitos não é o medo, mas sim algo do infantil que retorna. O complicador fundamental do HIV/Aids seria, nesse sentido, a função que a sexualidade exerce na sociedade ocidental.

Nesse sentido, o inquietante ocorre quando complexos inconscientes há muito recalcados são evocados por um acontecimento, real ou imaginário. Mas o importante é que o *Unheimlich* (o não familiar) já foi *Heimlich* (familiar); isso é que recalcado. O homem de areia, então, revive crenças infantis de castração que já estavam lá, porém, recalcadas. (Bacchini et al., 2012, p. 281)

O diagnóstico do HIV/Aids surge, dessa maneira, conforme os autores, tocando em uma das maiores feridas narcísicas da humanidade, da imortalidade. Além disso, a doença mexe também com o lugar que a sexualidade ocupa na cultura ocidental, carregada com o estigma da culpa e do pecado. O *Unheimlich*, apontam os autores, é o sexual em si mesmo, “este estranho inquietante que nos habita” e, quando contaminados pelo HIV, os sujeitos são “pegos” por este *Unheimlich*, e isso os remete ao sentimento de estranheza. O diagnóstico do HIV/Aids toca, portanto, no estranho que nos habita, remetendo aos complexos infantis de castração, quando das restrições do corpo, e também nas construções identitárias dos sujeitos, que precisam ser reeditadas.

Citelli, Souza & Portella (1998) falam das questões relacionadas à reprodução humana que têm se configurado ao longo da história como questões propriamente do feminino ou se convertido em questões médicas e demográficas voltadas para a população feminina. Embora as questões relativas à reprodução digam respeito à sociedade como um todo, as autoras

defendem a tese de que o fato do processo reprodutivo ocorrer no corpo da mulher (menstruação, concepção, gravidez, gestação, parto, amamentação) teria sido a base para práticas e concepções sociais de que as mulheres seriam as depositárias da reprodução – e isso não teria se dado somente nas culturas modernas, mas em grande parte das culturas conhecidas.

Tanto o útero, este “dentro-do-corpo” abarcado pelas autoras, quanto a vagina, sua porta, seriam lugares do campo do misterioso, a respeito dos quais não seria possível ter um pleno conhecimento. O interior do corpo da mulher, no imaginário social, seria um lugar em que quase tudo poderia perder-se.

Neste ponto da discussão, é importante tecer algumas considerações a respeito da categoria gênero. De acordo com Paim (1998), o emprego da categoria “gênero” evidencia o cuidado do pesquisador em desnaturalizar três importantes itens: as identidades sexuais, a divisão sexual do trabalho e as relações assimétricas entre homens e mulheres. Ao utilizar o termo “gênero” pretende-se, portanto, romper com as interpretações essencialistas a respeito dos arranjos de subordinação das mulheres em diferentes tipos de sociedades.

Como ainda ressalta Paim (1998), o gênero diz respeito a uma construção social do sexo. Não há como tratar do sexo como fenômeno “natural”, uma vez que toda elaboração tanto sobre “sexo” quanto sobre “natureza” são construções culturais e históricas. Não se está diante de uma negação dos fatores biológicos, mas sim notabilizando-se que estes, em isolado, não nos esclarece em relação ao mundo social, experimentado e interpretado no âmbito da cultura.

Por fim, segundo Paim (1998), o gênero não deve ser entendido como concepção unívoca, ordenada da mesma forma em todas as épocas e lugares, mas sim como resultado da interação de forças sociais.

Lauretis (1994) defende que o gênero é a representação de uma relação social, relação de pertencimento ao grupo, à classe, à categoria. O gênero é construído na relação entre as entidades e todas as outras entidades precedentes (como a classe social). Trata-se, portanto, de uma relação de pertencimento, em que gênero não se refere ao indivíduo, mas a uma relação social. Em suma, o gênero representa o indivíduo através de uma classe.

A autora propõe que se pense o gênero através na concepção foucaultiana de sexualidade como “tecnologia sexual”. Para a autora, tal qual a sexualidade, o gênero não diz respeito a uma especificidade dos corpos, nem a algo que existisse a priori nos seres humanos, mas sim, ao complexo de decorrências produzidos nos corpos, comportamentos e relações sociais, através de uma profunda tecnologia política. Lauretis (1994) vai além de Foucault ao ponderar sobre o gênero como produto e processo de tecnologias sociais, e entende o gênero como uma representação, e esta representação é, por sua vez, a sua construção.

A autora recorre também a Althusser para conceituar a tecnologia de gênero e, segundo a autora, a originalidade das teses althusserianas encontram-se na concepção de que a ideologia não atua somente em níveis econômicos, mas também, e principalmente, através do engajamento das subjetividades. A construção de gênero, de acordo com Lauretis (1994), realiza-se continuamente na mídia, nas escolas, nos tribunais, na família, em tudo aquilo, enfim, que Althusser designou de “aparelhos ideológicos do Estado”, mas se dá também na academia, nos grupos intelectuais, nas práticas artísticas vanguardistas, nas teorias radicais e, no âmbito, inclusive, do próprio movimento feminista.

Para Lauretis (1994), uma vez que o gênero se refere a um conjunto de relações sociais que são mantidas ao longo da existência social, o gênero é precisamente um domínio primário de ideologia (e isso independe do fato de alguns sujeitos se perceberem fundamentalmente definidos e oprimidos pelo gênero – ou não). Logo, para a autora, a representação social de gênero toca na construção subjetiva, ao mesmo tempo que em esta toca na construção social; a construção de gênero se dá a partir até mesmo de sua desconstrução. Tal qual o real, o gênero não é somente o resultado da representação, mas é também o seu excesso, aquilo que perdura fora do discurso “se/quando não contido” (Lauretis, 1994, p. 209), e que tem o potencial de fragmentar ou desestabilizar as representações.

Vale ressaltar, conforme a mesma autora, que o gênero não se refere ao sexo (“condição natural”), mas às representações dos indivíduos acerca de relações sociais que os antecedem. As noções culturais de masculino e feminino em que todos os sujeitos são categorizados engendram, dentro de cada cultura e período histórico, os sistemas de gênero, e estes, por sua vez, são sistemas simbólicos que correlacionam o sexo aos conteúdos culturais.

O entendimento do sujeito feminino, na compreensão de Lauretis (1994), distingue-se, nesse sentido, de Mulher (com letra maiúscula), ou seja, da representação de um fundamento inerente a todas as mulheres (que já foi chamado de natureza, mãe, mistério, encarnação do mal, objetivo do desejo, feminilidade etc.). A concepção do sujeito feminino de que trata a autora difere-se também de mulheres, seres reais, sujeitos sociais que são tanto definidos pela tecnologia de gênero quanto engendrados nas relações sociais.

Maria Rita Kehl, em seu livro “Deslocamentos do feminino” (2016), recorre a Saussure para destacar as formações de linguagem que precedem os sujeitos e os inscrevem em certas posições na ordem simbólica. Assim, “homem” e “mulher” são os primeiros significantes que

qualificam os sujeitos, antes mesmo que eles tenham nascido. Somos “homens” e “mulheres” antes de poder escolher, antes de nos tornarmos sujeitos do desejo.

Somos homens e mulheres porque a cultura assim nos designou, e nossos pais assim nos acolheram a partir da mínima diferença inscrita em nosso corpo, com a qual teremos de nos haver para constituir, isto sim, o desejo, a posição a partir da qual desejamos, o objeto que haveremos de privilegiar e o discurso com o qual enunciaremos nossa presença no mundo. (Kehl, 2016, p.11)

Ainda falando de Saussure, Kehl (2016) salienta que a língua está sujeita às mudanças e evoluções postas pelas práticas dos sujeitos falantes. O que decorre disso na teoria lacaniana é que a possibilidade de permanente tensão dialética entre narrativa (ou narrativas, acrescenta a autora) e estrutura. O mesmo se dá na identificação dos sujeitos com o gênero. Os sujeitos deslocam-se, ao longo da vida, da posição originária de objetos, no desejo do Outro, para a posição de sujeitos desejantes. A constituição dos sujeitos, assinala Kehl (2016), é antecedida subjetivamente de algumas declarações que são do campo do Outro. Dentre essas declarações, temos aquelas que identificam os sujeitos como homens ou mulheres, a partir de seus corpos. A inscrição dos sujeitos no discurso do Outro não está, portanto, fixada rigidamente, mas passa por alterações e mudam os lugares que a cultura outorga aos sujeitos ao longo da história. A autora propõe, a partir daí, que se ponha em discussão as relações entre as categorias “mulher”, “feminilidade” e “posição feminina” para que se possa expandir as possibilidades de cura que se estabelecem na clínica psicanalítica.

Kehl (2016) aborda a mulher oitocentista, que integra as formações sociais que engendraram o sujeito moderno, que é, por sua vez, o sujeito neurótico da psicanálise. Há, entretanto, uma especificidade no caso das mulheres, no que diz respeito a sua posição subjetiva e a sua condição social, que são as dificuldades e atribulações que elas enfrentam

para abandonar a posição de objetos de produção de saberes. A autora ressalta os discursos médico e filosófico que fundaram as ideologias modernas, e que versaram também sobre o sujeito feminino, dizendo sobre quem seria essa mulher no lugar dela própria.

A primeira inscrição que marca o discurso da cultura é o rastro da diferenciação sexual entre os sujeitos. Esses significantes não dizem respeito somente a uma diferença anatômica, mas ao pertencimento a um grupo, carregado de significações imaginárias. Isso não dá conta, entretanto, como salienta Kehl (2016), do encargo que é converter-se em sujeito do próprio desejo. Não há, portanto, “A Mulher” (Kehl, 2016, p. 24), sujeito universal, que transcende o conjunto de todas as mulheres.

Para Kehl (2016), se nos esbarramos hoje com uma noção de feminilidade que nos é sentida como tradicional, faz-se imprescindível notar que tal tradição tem uma história recente, que inclui-se na constituição dos sujeitos modernos, a partir do final do século dezoito e ao longo de todo século dezenove. Assim, como mostra a autora, os discursos que estabeleceram a noção tradicional de feminilidade fazem parte do imaginário social moderno, difundido através da educação, das expectativas parentais, do senso comum, da religião, da produção científica e filosófica que estipulam tudo aquilo que a mulher teria que fazer para ser, efetivamente, mulher.

Segundo Kehl (2016), para toda mulher que nasce desde o século dezenove até os dias de hoje, surge o contratempo de ser um sujeito conforme a concepção de sujeito moderno, ou de constituir-se como objeto do discurso do Outro, de acordo com os ideais de feminilidade concebidos no mesmo período histórico. Importante lembrar, como aponta Kehl (2016), que o olvidamento da dimensão simbólica que nos determina conduz-nos a um sentido de

“naturalização” (imaginária, ressalta a autora) em relação às instituições, conceitos e discursos que regem a vida dos sujeitos.

O próprio campo cultural que originou a psicanálise, como destaca Kehl (2016), tem a ver com o surgimento da cultura europeia na segunda metade do século dezanove. Nesse sentido, a própria constituição do discurso freudiano a respeito da feminilidade tem a ver com as tradições de que se deslocavam as mulheres que a psiquiatria daquele período denominava de histéricas.

Para Kehl (2016), a origem social das aflições e sofrimentos sintomáticos das histéricas está diretamente relacionada à cultura europeia dos séculos dezoito e dezanove, e com a produção dos discursos que combinavam as mulheres com a noção de feminilidade que se constituía naquele período. Surge nesse discurso uma contradição: ao mesmo tempo em que as mulheres constituiriam um grupo de sujeitos determinados segundo sua natureza anatômica, essas mulheres também seriam dotadas de uma natureza feminina que necessitaria ser docilizada pela educação e pela sociedade. A noção de feminilidade, conforme a autora, desponta como a soma de características próprias a todas as mulheres, resultado das especificidades de seus corpos e sua capacidade procriadora.

De acordo com Kehl (2016), às mulheres é imputada a vocação para ocupar um único espaço social, que se constitui na família e no espaço doméstico, doravante aquele que delinea-se como seu destino único, a maternidade. Às mulheres postula-se que mostrem virtudes próprias do que seriam as características da feminilidade: o recato, a docilidade, o acolhimento passivo dos desejos e carências dos homens, e depois, dos filhos.

Perrot (2003) aborda o silenciamento que o corpo feminino sofre ao longo da história ocidental. Para a autora, o corpo da mulher é separado entre corpo público e privado. O último

deve permanecer oculto, enquanto que o primeiro deve ser exibido, apropriado, assenhorado e carregado de significações. A autora fala sobre o corpo feminino, silenciado e dissecado, que continua, ainda hoje, sendo imprescindível sustentáculo da publicidade. Na publicidade, no teatro, nos muros da cidade, o corpo feminino é dizimado, subjugado ao silêncio da figuração muda. Esse silêncio, assinala Perrot (2003), rodeia também a vida íntima do corpo da mulher. Assim, o peito, as pernas, os tornozelos, a cintura, exprimem as obsessões eróticas de toda uma época. Os cabelos da mulher, signo de feminilidade, devem ser adestrados, escondidos, cobertos, enchapelados.

Os ritos de passagem do corpo feminino são, também, silenciados. Pouco ritualizada e quase nunca comemorada, a primeira menstruação surge para a mulher como uma assombrosa surpresa, quase sempre experimentada com medo e vergonha. Perrot (2003) destaca a notável assimetria entre a menarca, mancha do sangue feminino, e o prestígio do esperma viril. Não há, no corpo feminino, ritos de passagem, apenas transmissão de mãe para filha. Os pudores, quase que vitorianos, fazem com que seja moroso dizer qualquer palavra sobre o sexo. A mulher, ao longo da história, é tratada como que desprovida de sexualidade, e a vida sexual feminina, minuciosamente discriminada da procriação, permanece também oculta. O prazer feminino, assim, é sistematicamente negado e, inclusive, reprovado.

Segundo Perrot (2003), há um outro modo de silêncio, que sustenta-se no direito privado, nos segredos de família e no pátrio poder. A mulher é alvo das mais diversas formas de violência, abuso sexual, incesto, e essa violência fica soterrada na obscuridade do lar. Denunciar a violência torna-se, desse modo, muito dissuasivo, uma vez que implica em revelar aquilo que há de mais secreto na mulher, sua intimidade sexual. As mulheres, mais uma vez, se calam.

Perrot (2003) refere-se ainda a uma última zona de silêncio: as doenças das mulheres, doenças do corpo e do espírito. Pressupõe-se que a mulher seja essa “eterna doente”, e que isso seja de sua própria natureza. Contraditoriamente, o tempo que se ocupa com as doenças femininas é infinitamente inferior ao dispêndio de energia da ciência com as doenças masculinas. É o que ocorre, como sublinha a autora, com o câncer de mama e até mesmo com a AIDS, tratada como uma doença masculina. Os silêncios que atravessam o corpo feminino ficam inscritos na construção do pensamento simbólico sobre as distinções entre os sexos e é corroborado pelo discurso médico e político.

Perrot (2003) debate ainda as raízes dos silêncios que tomam conta do corpo feminino. As representações sobre o corpo feminino, como aparecem na filosofia grega, equiparam-no a uma zona passiva, uma terra fria e seca, que se sujeita e se reproduz, mas que não funda, não produz acontecimento e nem história. Conseqüentemente, salienta Perrot (2003), nada há que se dizer sobre esse corpo.

O princípio da vida aparece, desde a filosofia grega, como estando não no corpo feminino, mas no corpo masculino, no falo, no esperma que gera, no *pneuma*, no sopro criador. O útero, abismo sem fundo, oculto, cavernoso, matricial, se omite e subtrai. As representações religiosas, das grandes religiões monoteístas ocidentais assumem esse entendimento do corpo feminino. Graças à mulher, Eva, a dor e o sofrimento adentram o mundo, logo, silenciá-lo torna-se uma necessidade. Assim, os padres desaprovam a sexualidade, a carne é impura e corruptora. Somente a procriação fundamenta a cópula e a mulher converte-se no próprio pecado.

A mulher foi, por milênios, vista apenas como um corpo, como um corpo incompleto. Por muitos séculos, perdurou a ideia de um sexo único, de forma que a mulher, o corpo

feminino, seria como que um homem com seus órgãos sexuais internalizados (e isso a tornava não somente incompleta, como também inferior). É espantoso o tempo que a ciência e a medicina demoraram para descobrir, ao longo da história, como de fato funcionava a reprodução humana (Laqueur, 2001). O corpo feminino, ao longo da história viveu sob uma imensa dificuldade de ser figurado, descrito, compreendido, absorvido e é, ainda hoje, objeto de debates.

Capítulo 3. ANTROPOLOGIA E PSICANÁLISE, COSTURANDO-SE O MÉTODO

3.1. Antropologia e Psicanálise: um invento metodológico

Quando não conseguimos entender um provérbio, uma piada, um ritual ou um poema temos a certeza de que encontramos algo.

(Darnton apud Motta, 2017, p. 50)

Estou procurando, estou procurando. Estou tentando entender. Tentando dar a alguém o que vivi e não sei a quem, mas não quero ficar com o que vivi. Não sei o que fazer do que vivi, tenho medo dessa desorganização profunda. Não confio no que me aconteceu. Aconteceu-me alguma coisa que eu, pelo fato de não a saber como viver, vivi numa outra? A isso quereria chamar desorganização, e teria a segurança de me aventurar, porque saberia depois para onde voltar: para a organização anterior. A isso prefiro chamar desorganização pois não me confirmar no que vivi – na confirmação de mim eu perderia o mundo como eu o tinha, e sei que não tenho capacidade para outro.

(Lispector, 1974, p.7)

Comecei meus trabalhos de campo pensando na ideia de antropologia social de Geertz (1978), qual seja, de que só é possível compreender a antropologia como forma de conhecimento através do entendimento da etnografia, ou, mais precisamente, mediante a prática etnográfica.

O que define a etnografia, de acordo com o autor, “(...) é o tipo de esforço intelectual que (...) representa: um risco elaborado por uma ‘descrição densa’ (...)” (Geertz, 1978, p. 15).

Fazer a etnografia é como tentar ler (no sentido de ‘construir uma leitura de’) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de eclipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado.

(Geertz, 1978, p. 20)

Para Geertz (1978, p. 17), o que define a descrição densa são “estruturas superpostas” de conjecturas, inferências e suposições através das quais o antropólogo (ou etnógrafo, como prefere o autor) constrói seu caminho continuamente. Na etnografia, como aponta o autor, a função da teoria é prover ao antropólogo um vocabulário em que se possa expressar aquilo

que os atos simbólicos podem dizer sobre si mesmos, isto é, aquilo que podem dizer sobre o papel da cultura na vida humana.

A aptidão da antropologia, na visão de Geertz (1978), não diz respeito, portanto, a fornecer respostas às nossas questões, mas sim, colocar à nossa disposição as respostas do outro. A antropologia, assim, é uma ciência interpretativa, em que, como avalia Geertz (1978), as diferenças entre os sujeitos não aparecem como nas ciências experimentais ou observacionais, mas como algo entre a inscrição (a descrição densa) e a especificação (a diagnose). Ou seja,

(...) entre anotar o significado que as ações sociais particulares têm para os atores cujas ações elas são e afirmar, tão explicitamente quanto nos for possível, o que o conhecimento assim atingido demonstra sobre a sociedade na qual é encontrado e, além disso, sobre a vida social como tal.

(Geertz, 1978, p. 37)

A descrição densa é o conceito que inaugura o que o autor vai chamar de ciência interpretativa. Geertz (1978) inaugura a concepção de que, com a etnografia, o antropólogo elabora uma “leitura da leitura” que os próprios “nativos” fazem de sua própria cultura.

A etnografia passa a ser, a partir da obra de Geertz (1978), algo muito maior do que um antropólogo “moderno e civilizado” investigando uma cultura “primitiva”. O que o antropólogo tenta realizar é, na leitura do autor, a compreensão das interpretações que os sujeitos estudados têm, por sua vez, de suas interpretações. A leitura do antropólogo é, assim, uma leitura de segunda, ou terceira, ou quarta, ou quinta (ou sexta... *ad infinitum*...) mão: somente o próprio sujeito que viveu sua história tem a interpretação em primeira mão.

Não estaremos, portanto, respondendo às *nossas* questões mais profundas quando de nossas pesquisas, mas colocando à nossa disposição aquelas respostas que aqueles sujeitos

optaram por nos fornecer naquele momento. Não se tratam se objetos estáticos, mas de sujeitos, que se movem, que optam por dar esta ou aquela resposta e, acima de tudo, que *mexem* com aquele que o tenta interpretar. A etnografia não é, portanto, uma construção de uma via só, mas uma construção que se dá entre sujeitos, pesquisadores e pesquisados.

De acordo com Geertz (1978), há quatro características essenciais da descrição etnográfica: em primeiro lugar, a etnografia é interpretativa; em segundo, a etnografia interpreta as movimentações que se pode perceber no discurso social; terceiro, a interpretação da etnografia diz respeito à tentativa de “salvar o dito” (Geertz, 1978, p. 31) do discurso; em quarto lugar, a etnografia é microscópica.

Dessa maneira, o antropólogo tem uma dupla tarefa: em primeiro lugar, descobrir o dito no discurso social, ou seja, as estruturas conceituais que informar os atos dos sujeitos e, a seguir, construir um sistema de análise, “(...) em cujos termos o que é genérico a essas estruturas, o que pertence a elas porque são o que são, se destacam contra outros determinantes do comportamento humano” (Geertz, 1978, p. 37). Tentamos realizar essa dupla tarefa neste trabalho, mas propondo um invento metodológico, costurando elementos da Antropologia Interpretativa e da Psicanálise.

A psicanálise vem nesta pesquisa para lidar com aquilo que escapa à própria pesquisa antropológica. Rosa e Domingues (2010) recorrem a Enriquez (2005) e sua concepção de que a sociologia e a psicanálise possuem, em certo sentido, o mesmo objeto de estudo. Enquanto que a sociologia compreende as perspectivas objetivas dos tratos sociais, a psicanálise revela a dimensão inconsciente dos próprios fenômenos sociais.

Ao embrenhar-se na dimensão inconsciente, a psicanálise inclui a forma como os sujeitos se envolvem e se implicam nos fenômenos sociais, como delineiam as ações coletivas e se enredam no imaginário social.

Rosa (2016) aponta aquilo que escapa à análise sociológica (e, acrescentamos, antropológica), isto é, a dimensão inconsciente das práticas sociais, algo que somente a psicanálise pode tentar capturar. A autora propõe que se coloque em prática os operadores psicanalíticos para a análise dos fenômenos sociais e políticos.

A articulação entre sujeito e sociedade faz parte da trama teórica e clínica da psicanálise (...). A questão será sobre qual o método psicanalítico que pode tratar essas questões e os discursos que atravessam esses fenômenos sociais, políticos e subjetivos.
(Rosa, 2016, p.88)

Rosa (2016) citando Freud (1937), propõe abordar a diversidade dos fenômenos guiados pela política da psicanálise. De acordo com a autora, Freud indica sua posição ético-política quando trata da dimensão impossível das modalidades do laço social (analisar, educar e governar). A aposta ético-política de Freud, diz Rosa, é de que é impossível analisar, educar e governar completamente os sujeitos, uma vez que a dimensão inconsciente demonstra que há sempre um resto, algo que escapa, um resíduo de resistência.

Na concepção freudiana de sociedade e de sujeito há, portanto, uma dimensão de incompletude. É justamente essa dimensão que limita a capacidade de dominar os sujeitos, de escravizá-los, normatizá-los ou adaptá-los plenamente aos modelos sociais, uma vez que há algo que escapa. É essa radicalidade, segundo Rosa (2016), que faz com que a dimensão inconsciente subverta o laço social e sua política.

A autora aponta ainda, em relação ao método, que o inconsciente e a transferência não são restritos à situação de análise, uma vez que o inconsciente está presente e é determinante nas manifestações culturais e sociais.

(...) as relações com as ciências afins, assim como a articulação entre o sujeito e o campo sociopolítico, ocorreram tanto em Freud como em Lacan, possibilitando abordar clínica e crítica social articuladas à constituição subjetiva e às contingências do sofrimento, em movimento de utilizar e também desenvolver dispositivos e metodologia para tal tarefa (...).
(Rosa, 2016, p. 94)

Rosa (2016) destaca a necessidade de desmistificar os discursos mortificadores da experiência, ou seja, aquilo que está por trás das tipificações da figura do muçulmano, do imigrante, do toxicômano, do adolescente intratável, do militante e, acrescentamos aqui, das pessoas vivendo com HIV, transformados em ícones daquilo que é perigoso e foco de hostilidade.

Segundo Rosa e Domingues (2010), os princípios norteadores da pesquisa psicanalítica têm como via de acesso a palavra. A criação de novos saberes será instaurada através do processo de transferência entre dois sujeitos: o pesquisador e o pesquisado, dois inconscientes e a escuta que se estabelecerá de um pelo outro.

Vale ressaltar que, conforme Rosa e Domingues (2010), o desejo do pesquisador também faz parte da investigação uma vez que o objeto de pesquisa não é um dado a priori, mas uma construção produzida tanto na investigação quanto por ela. A transferência, um dos postulados basilares da teoria psicanalítica, aparecerá na situação de entrevista e também deverá ser utilizada como instrumento de observação e compreensão.

Propomos portanto um invento metodológico, costurando elementos da antropologia interpretativa, em que busca-se investigar o dito no discurso social, com a psicanálise, em que

considera-se a dimensão inconsciente do sujeito, que está presente nas mais diversas expressões humanas, sociais e culturais. Articulamos, dessa forma, o campo social com o sujeito do inconsciente.

3.2. Uma descrição densa: o percurso etnográfico-psicanalítico

Então escrever é o modo de quem tem a palavra como isca: a palavra pescando o que não é palavra. Quando essa não palavra morde a isca, alguma coisa se escreveu. Uma vez que se pescou a entrelinha, podia-se com alívio jogar a palavra fora. Mas aí cessa a analogia: a não palavra, ao morder a isca, incorporou-a. O que salva então é ler “distraidamente”.
(Lispector, 1991, p.3)

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. Na primeira realizei a revisão bibliográfica acerca do pensamento social e psicanalítico a respeito do corpo e do feminino. Concomitantemente, fiz entrevistas numa instituição de assistência a pessoas vivendo com HIV.

No processo de pesquisa empreendi entrevistas pautadas no método psicanalítico, com escuta flutuante e transferência instrumentalizada, com três mulheres que frequentavam a instituição. Para realizar as entrevistas me baseei em Heilborn, Knauth, Aquino e Bozon (2002). Seu método consiste numa recuperação da trajetória dos sujeitos entrevistados, através de suas histórias de vida.

Durante as entrevistas, pedi que as mulheres contassem sua história. Ao longo de suas respostas abordei temas como doença, corpo, infância, relação com os pais, trajetória escolar e profissional, trajetória afetiva, buscando através das tecituras familiares encontrar elementos que pudessem me revelar algo sobre seus afetos e impasses subjetivos..

Comecei este trabalho sem saber aonde encontraria as mulheres soropositivas para a pesquisa. Ao chegar na instituição pela primeira vez senti um imenso desconforto em meu próprio corpo. Na sala de espera, havia um enorme cesto cheio de camisinhas. “Pegue aqui sua camisinha grátis”, diziam as letras em cima do cesto.

Haviam três cadeiras na escura recepção. Na próxima sala, uma secretária. Ela tinha os braços tatuados e o corpo extremamente magro. Perguntava-me se ela também vivia com HIV.

Os cômodos da instituição eram escuros, que eu chegava a me sentir sufocada. Notei, desde a primeira visita, que os próprios funcionários da instituição eram muito carentes de atenção, ficavam muito felizes por saber que havia uma pesquisa sendo feita sobre Aids. Desde o começo da pesquisa, percebi que a Aids despontava como uma doença *estranha* entre as próprias doenças.

Em minha primeira conversa com um dos membros da instituição, ele diz que a doença que mais mata não é a Aids, de acordo com ele, haveriam várias doenças mais mortais. Cita a hepatite, os infartos, o câncer. Ele explica que as pessoas não vão até a instituição nem para a galinhada de final do ano, porque sentem nojo da comida preparada por lá.

Logo nesse dia levanto a hipótese de que todos os funcionários da instituição são soropositivos. Essa hipótese se confirma em partes: a maior parte dos funcionários vivem com HIV e falam abertamente sobre isso, mas não pude concluir isso sobre todos. A secretária de que tratei no começo de minha descrição densa, tatuada e magra, nunca confirmou se tinha Aids.

Partindo do pressuposto da descrição densa de que trata Geertz (1978), comecei a frequentar a instituição semanalmente, na intenção de conhecer seu funcionamento e de entrevistar algumas mulheres. O antropólogo não deseja tornar-se seu próprio sujeito de pesquisa, mas, com o propósito de interpretá-lo, leva a cabo a prática etnográfica, mergulhando no universo pesquisado. A fim de realizar a etnografia, comecei a frequentar as

rodas de conversa que aconteciam uma vez por semana na instituição. Havia uma demanda dos funcionários da instituição de que eu fizesse algo mais do que a pesquisa. Assim, ao chegar lá eles pediam que eu coordenasse as rodas de conversa ou que conversasse com novos frequentadores. Eles chegaram a me pedir até que participasse com eles das visitas domiciliares, mas acabei não participando.

Entrevistei três mulheres que frequentavam a instituição. Comecei explicando que desejava conversar apenas com uma delas, que já seria suficiente para meus fins de pesquisa, mas, a cada semana, eu ouvia frases como “mas você ainda não conversou com fulana”, ou “na sexta que vem virá mais uma pessoa, aí você fala com ela”. Gentilmente tentei acatar essa demanda da instituição.

Realizei, nesse tempo, entrevistas com três mulheres, que chamarei de Tininha, Dora e Brícia. Utilizo aqui nomes fictícios a fim de preservar a identidade das entrevistadas. Os nomes fictícios foram escolhidos tendo como base a particularidade das entrevistadas que mais me marcou.

Tininha, uma senhorinha simpática, pequenina e risonha. Estava sempre usando vestidos floridos, chapéu, óculos de grau com armação bem colorida e batom. Batom vermelho. Tininha parecia ser como a dona Cândida Raposo, (Lispector, 1974, p. 55) que sofria de “vertigem de viver”.

Dora, que, como a personagem Dory, do filme “Procurando Nemo” (2016), estava sempre esquecida. Dora nunca se lembrava de suas histórias, aparecia nas entrevistas de forma um tanto quanto infantilizada, como se precisasse ser cuidada.

E Brícia, tão séria quanto o nome que escolhi para representá-la. Entrevistá-la foi desafiador. Uma mulher fechada, sisuda, que parecia carregar em seu corpo e feições a marca de uma vida de violência, sofrimento e silêncio.

As três frequentavam a instituição há alguns anos e participavam das rodas de conversa semanalmente. As entrevistas foram realizadas dentro da instituição. Foram gravadas, com autorização das entrevistadas e depois foi realizada a transcrição. Minha intenção era entrevistar cada uma delas duas vezes. Tininha e Dora foram entrevistadas duas vezes, Brícia somente uma (ela se recusou a dar entrevistas nas vezes consecutivas).

Na primeira conversa com todas as entrevistadas, propus que contassem sua história. “Minha história?”, indagavam, “você quer saber sobre a doença?”. A partir daí eu as deixava livres para construir sua narrativa pela parte da história que desejassem. Tininha tem 62 anos, é negra, trabalha como empregada doméstica e vive com HIV há 20 anos. Dora tem 59 anos, é negra, trabalha também como empregada doméstica e não sabe dizer há quanto tempo vive com HIV. Brícia tem 58 anos, é negra, empregada doméstica e vive com HIV há 20 anos.

Kergoat (2010) defende a tese de que as relações sociais são consubstanciais. Para a autora, as relações sociais formam um nó que não pode ser desatado no âmbito das práticas sociais, mas somente no ponto vista da análise sociológica. As relações sociais são coextensivas, ou seja, classe, gênero e raça são categorias que se reproduzem e se co-produzem de parte a parte.

Não é possível, na perspectiva da autora, considerar a análise no contexto de uma única relação social. Os arranjos familiares não são dispostos da mesma maneira para uma mulher burguesa e para uma mulher de classe popular, por exemplo. Eles também são diferentes entre uma mulher proveniente de “minorias raciais” e para uma mulher branca.

Quando falo de Tininha, Dora e Brícia, é importante apontar que me refiro a três mulheres, negras e de classes populares. Nenhuma relação social, como salienta Kergoat (2010), tem prioridade sobre a outra. Não é possível distinguir entre contradições principais e contradições secundárias, uma vez que essas categorias estão imbricadas e articulam-se entre si, de modo “intra e intersistêmico” (Kergoat, 2010, p. 99). As relações gênero, classe e raça são relações de produção e nelas entrelaçam-se exploração, dominação e opressão.

Trago neste trabalho a ideia de consubstancialidade como forma de leitura da realidade social das personagens de pesquisa. Considero, dessa maneira, o enlaçamento dinâmico e complexo do conjunto das relações sociais, em que, como assinala Kergoat (2010), cada relação social transmite sua marca nas outras, combinando-se e construindo-se reciprocamente.

Caroso & Rodrigues (1998) tratam do discurso totalizador da identidade que surge no momento em que os sujeitos precisam falar a respeito da própria biografia. De acordo com os autores, os sujeitos montam determinadas histórias a respeito de si mesmos. Nesse discurso aparece a categoria da experiência social do sujeito que sofre. O sujeito que se intitula como sofredor conquista, através da elaboração de sua história de vida, conforme os autores, posição de destaque em relação a seu interlocutor. O sofrimento, que aparece como uma categoria de fragmentação no ato da experiência da história vivida, torna-se ponto de partida para a totalização, durante o momento da contação dessa história. A história contada na entrevista é, assim, um elemento que levará, de alguma forma, à construção ou reconstrução da identidade.

Temos aqui um importante elemento a se levar em conta ao analisar as histórias de vida, ou, de acordo com Hita (1998), estamos diante do momento da narrativa, que implica na

reinterpretação elaborada no momento em que os sujeitos narram sua história de vida. De acordo com a autora, a forma como os sujeitos contam suas histórias de vida – seguindo um movimento linear e um sentido totalizante – contrasta com a forma como as experiências foram vividas – de forma fragmentária.

Às vezes é mais fácil inventar coisas que nunca aconteceram na realidade, como forma de harmonizar o passado que se recorda com o presente que se reinterpreta. A nova realidade se torna mais dominante e plausível que a anterior. Pode ser muito sincero adotar tal procedimento: subjetivamente não se está contando mentiras a respeito do passado, senão alinhando-o com a verdade que se vive no presente e que, por força, deve abarcar tanto o presente como o passado.
(Hita, 1998, p. 184)

No momento em que os sujeitos descrevem suas histórias e reinterpretam o passado, há um movimento de reflexão e distanciamento, como nota Souza (1998). Ou seja, ao olhar as experiências vividas na intenção de construir um discurso coerente a respeito de sua vida, o sujeito não está mais inserido no fluxo de vivências, que se dá de forma fragmentária. As experiências são, assim, conforme destaca a autora, vistas em retrospectiva e, então, dotadas de sentido. A história de vida é formulada retrospectivamente, um processo interpretativo, em que “se busca conferir unidade e sentido a um conjunto de eventos e vivências (...)” (Hita, 1998, p. 151).

O processo de interpretação levado a cabo pelos sujeitos inclui a articulação entre eventos, valores e significados. Segundo Souza (1998), ao considerar a forma como cada sujeito elabora sua história de vida, estamos diante de um processo de esforço em estabelecer uma totalização, da qual as experiências vividas são desprovidas, dado o caráter fragmentário em que ocorre cada uma delas ao longo da vida dos sujeitos.

No momento em que se pede que cada mulher conte sua história, ela vai enfrentar o desafio de decidir, dentro de sua história, o que será relevante incluir naquele discurso. Para Ribeiro (2003), quando se trata de inconsciente, não é possível discriminar o que é verdade do que é fantasia, uma vez que a verdade do sujeito é composta de ficções. De acordo com a autora, tal entrelaçamento é percebido na clínica, quando os sujeitos contam fatos ocorridos tanto na infância quanto na atualidade. O que interessa em Psicanálise, conforme a autora, não é a fidedignidade dos fatos, mas a verdade como o sujeito conta e no que ele conta, já que se tratam de elaborações com sentido. A escolha dos fatos narrados implica, portanto, em delinear e tecer fantasias dentro do quadro de acontecimentos e conhecimentos que já foram incorporados pela experiência dos sujeitos que narram sua história.

A análise das entrevistas, que inicia no capítulo 4, foi realizada a partir de quatro eixos temáticos: 1) "E o trem desceu, né?": a inesperada e assustadora menarca; 2) Lares obscuros: a corriqueira vida violenta; 3) AIDS, um "trem estranho": a estranha doença que não pode ser nomeada; 4) "Alguém que tenha o que eu tenho": a doença como mediadora do laço social. Os temas foram escolhidos para análise a partir dos elementos que se repetiram nas entrevistas das mulheres entrevistadas, tornando-se relevantes para a pesquisa.

Capítulo 4. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

4.1. O "trem desceu": a inesperada e assustadora menarca

A garota foi despertada de seu sonho. Ela estava na verdade no estado de mais aguda e difícil aflição. Para falar se meias-palavras, ela tinha pensado em algo, algo sobre o corpo, sobre as paixões que para ela, como mulher, não seria apropriado dizer.

(Woolf, 2012)

Tenho uma vida muito corrida, mas quando acordo pela manhã e estou menstruada, lembro que sou mulher, e tenho vontade de transar por causa disso.

(Leal, 1994, p. 134)

A menarca aparece no discurso de Tininha e Dora como algo que relaciono com o estranho (*unheimlich*) freudiano e também com os silêncios que atravessam o corpo feminino, de que trata Perrot (2003). A maneira como a menarca, em particular, e a menstruação, em geral, aparecem no discurso dessas mulheres relaciona-se com a não identificação do sangue menstrual como uma matéria inerente à mulher, de que trata Leal (1998). A menstruação remete a sentimentos de estranheza, surpresa, susto, medo. O sangue menstrual irrompe, no discurso dessas mulheres, como alteridade.

ela veio, eu nem sabia o que que era isso. Aí eu fiquei assustada. Porque não sabia o que que era e ninguém explicou nada... Aí quando eu peguei, eu tava com uma amiga minha, e o trem desceu, né? Aí na hora que eu vi aquilo, eu oh: fui embora. Sem falar nada, fui embora. Só sei que eu nem sabia o que que era aquilo...(Dora)

Ao falar da menarca, Tininha e Dora não a nomeiam. Dora não fala do sangue menstrual, mas de um “trem” que desce. Tininha diz que não sabia o que era a menstruação e se refere ao sangue como “isso aí”. Emerge uma espécie de vergonha nas mulheres entrevistadas ao abordar este tema, tanto é que não se estendem muito no assunto. Ao mesmo tempo em que há negação da menstruação, há também uma tentativa em fazer parecer que aquele momento da menarca não foi importante o suficiente – tanto é que elas não querem falar sobre ele, como se ele não fosse relevante.

A menarca desponta no discurso de Dora e Tininha como um elemento desconhecido, relacionado ao campo do estranho e angustiante. O sangue eclode como se houvesse algo errado em seus corpos, como se fosse um sangramento proveniente de algo doente.

Cabe retomar, neste ponto da discussão, o tema do estranho freudiano. Segundo Martini e Coelho Junior (2010), na teoria freudiana da angústia, toda ansiedade advém de um afeto reprimido. Assim, indicam os autores, nas vivências que são do campo do assustador, aquilo que causa medo decorre de algo recalçado que retorna. É justamente esse retorno do recalçado o responsável pelo sentimento do estranho.

Assim, os autores ressaltam que somente aquilo que já foi experimentado pelo sujeito, e que, por conseguinte, é familiar, e foi recalçado pode ser da categoria do estranho. Para Freud, observam Martini e Coelho Junior (2010), o prefixo *un* é indicativo do recalque. Desse modo, *unheimlich* amontoa-se em *heimlich*, uma vez que aquilo que desponta como estranho não é algo novo ou inédito, mas sim algo que alude ao familiar, há muito conhecido.

Leal (1998) trata do sangue menstrual que é entendido como sangue não pertencente à mulher que o derrama. O sangue menstrual é presumido, em sua pesquisa, como distinto daquele que se dissemina pelo corpo. O sangue que caracteriza a menstruação aparece, na pesquisa da autora, como sendo de outra categoria. A autora discorre sobre as expressões de nojo e repulsa que irrompem no discurso de suas informantes em referência ao seu próprio sangue menstrual, ao mesmo tempo em que o sangue decorrente de algum ferimento não lhes acarreta nenhum tipo de sentimento ou reação especial.

Segundo Leal (1998), há um estranhamento relativamente ao cheiro e ao estado do sangue menstrual, percebido como “forte”, “nojento”, “grosso”, “pastoso”. A autora destaca a ambivalência que há nessas digressões. Acredito que parece haver, na menstruação, assim

como no *unheimlich* freudiano, um estranho em algo que é tão familiar, como se fosse uma substância estrangeira dentro do próprio corpo feminino.

A autora destaca o uso de certos termos para descrever a menstruação como se tratasse de um elemento alheio a seus corpos. As expressões “estar de boi” e “receber visita”, empregadas para se referir à menstruação, sinalizam a não-identificação do sangue menstrual como uma substância própria da mulher, mas como uma espécie de alteridade.

Aí eu cheguei em casa, na... na onde que eu morava, eles perguntou: “- Uai, por que cê veio embora?”, aí eu falei assim... (olha o tanto que eu era criança!): “- Uai, é porque eu sentei no tijolo e sujou minha roupa”. (Dora)

A menstruação aparece no discurso de Dora como algo novo, inédito, como uma sensação corporal que jamais fora sentida, e que, para ela, parecia ser uma sujeira, vermelha como tijolo, um elemento externo, algo de fora de seu corpo. Vale sublinhar a fala de Dora: “olha o tanto que eu era criança!”. A menarca surge, aqui, como ponto de mudança no seu status de vida. Ela surge mudando o status de criança, para mocinha, e depois, para a vida adulta, inaugurada pelo casamento e pela maternidade: “*Antes de menstruar é menina, quando menstrua é mocinha, e quando tem relação é mulher*” (Vicktor, 1991, p. 126).

Leal (1998) analisa ainda o fato de que o sangue menstrual é compreendido também como o prenúncio da feminilidade e da consciência de ser mulher. Nos depoimentos ouvidos pela autora, a menstruação aparece relacionada à emergência do desejo sexual. Há, simultaneamente, sentimentos de desejo e de repulsa. O fluxo menstrual carrega essa ambiguidade, pois, ao mesmo tempo em que desperta desejo e disponibilidade para a relação sexual, também provoca nojo e repulsa.

Ela não falava! Minha mãe era muito fechada... Ela era assim: foi criada na roça... veio pra cá, conheceu meu pai, casou... sabe? Então, assim... ela não falava... Portanto, quando eu fiquei menstruada, nem eu sabia disso aí!
(Tininha)

Outro ponto importante que revela-se no discurso de Tininha e Dora é o susto que ocorre quando da primeira menstruação, uma vez que não havia qualquer diálogo em suas famílias sobre o que viria a acontecer quando de suas mocidades. O corpo feminino, como sugere Perrot (2003), é silenciado, não se deve falar sobre ele. Assim, não há ritualizações ou solenidades nas etapas de transformação do corpo feminino. O sangue menstrual, como mostra Perrot (2003), é infinitamente menos celebrado do que o esperma. Sem educação sexual, a menarca é experimentada com surpresa, medo e vergonha. A sexualidade feminina é sistematicamente silenciada e separada da procriação.

Para Víctora (2001), o entendimento do corpo e das sensações corporais acontece de acordo com as sensações desenvolvidas em relação à experiência prática, que converte-se no eixo organizado das sensações. A autora entende que as representações corporais aparecem com as marcas das passagens e etapas sucessivas, de criança, dependente dos pais, a adolescente, com a menarca, e depois alcançando o status de pessoa adulta; culminando, finalmente, no status de mãe, irreversível.

A menstruação, como mostra a autora, desponta como marco importante no discurso das mulheres de culturas populares, na medida em que marca a aptidão à reprodução e, ainda, representa um passo em direção à vida adulta, que será instaurada definitivamente com o primeiro filho.

A menarca e o sangue menstrual aparecem no discurso de Dora e Tininha como alteridade, substância estranha, algo distinto de seus corpos. Em seus discursos, ao tratar da

menstruação, Tininha e Dora são tomadas por um forte sentimento do estranho. Surge, com a menarca, o sentimento do “duplo” feminino: na passagem de mocinha a mulher, há um desamparo que aponta para a perda irreparável da referência e da identidade, o que resta é o sentimento de estranheza.

É interessante observar o fato de que a menstruação aparece, ainda hoje, como algo do campo do assustador. Parece haver algo, na sexualidade da mulher e em seus corpos, que é difícil de ver, narrar, descrever. O sangue menstrual parece vir carregado de algo que, além de estranho, é também perigoso. Esse sangue tão perigoso, do qual não se fala, e que não se nomeia, o “trem que desce”, coloca em evidência o fato de que a sexualidade feminina ainda está em pauta como elemento que, embora não tenha nada de novo, continua a nos, incomodar e causar estranheza.

A menarca, que indica o despertar da sexualidade feminina, parece carregar também algo que deveria ter permanecido oculto a respeito da mulher. O sangue menstrual é emblemático não somente da condição de fertilidade do corpo da mulher, isto é, da condição biológica feminina, mas especialmente da construção social da feminilidade. Ele é significativo da própria condição feminina. A primeira menstruação representa um passo decisivo não apenas em direção à aptidão para a reprodução, mas vem para marcar os corpos femininos socialmente.

O corpo menstruado é indicador do corpo feminino. Ser mulher inclui, assim, a especificidade do corpo feminino como forma de marcar sua inserção na realidade social. Nesse sentido, a menarca, evento que ultrapassa em muito o campo do biológico, refere-se à construção simbólica a respeito da figura feminina.

4.2. Lares obscuros: a corriqueira vida violenta

De olhos fechados entreabriu os lábios e colou-os ferozmente ao orifício de onde jorrava a água. O primeiro gole fresco desceu, escorrendo pelo peito até a barriga. Era a vida voltando, e com esta encharcou todo o seu interior arenoso até se saciar. Agora podia abrir os olhos. Abriu-os e viu bem junto de sua cara dois olhos de estátua fitando-o e viu que era a estátua de uma mulher e que era da boca da mulher que saía a água. Lembrou-se de que realmente ao primeiro gole sentira nos lábios um contato gélido, mais frio do que a água. E soube então que havia colocado sua boca na boca da estátua da mulher de pedra. A vida havia jorrado dessa boca, de uma boca para outra. Intuitivamente, confuso na sua inocência, sentia intrigado: mas não é de uma mulher que sai o líquido vivificador, o líquido germinador da vida... Olhou a estátua nua. Ele a havia beijado. Sofreu um tremor que não se via por fora e que se iniciou bem dentro dele e tomou-lhe o corpo todo estourando pelo rosto em brasa viva. (Lispector, 2017, p. 158-159)

Eu vivi com ele doze anos e tome couro! Todo tanto pensar que ele me bate, ele me bate mais! Cê num pode ir no portão que ele tá batendo... Aí ele me batia e falava pra mim: “- É sua culpa”. Eu falava “Culpa de quê? Cê num me deixa ir nem no portão!” (Brícia)

Além da questão da menarca e dos silêncios que recobrem seus corpos, outro tema que aparece de forma significativa diz respeito ao lugar da mulher, que se dá no âmbito do espaço doméstico e o seu destino, a família e a responsabilidade sobre os filhos. O espaço doméstico carrega algo de obscuro, uma vez que os lares de Tininha, Dora e Brícia são permeados pelo horror da violência conjugal, e suas histórias são carregadas de muito sofrimento e luta.

Lewgoy e Leal (2001) falam da legitimidade social de cada sujeito no contexto cultural em que está inserido, dada pela capacidade de exercer os papéis de mãe e de pai. Esses papéis envolveriam situações fundantes das identidades sociais. A construção da maternidade, presente nos depoimentos das mulheres pesquisadas tem a ver com a construção da identidade social. Tal construção é percebida até mesmo no caso de Dora, que não foi, biologicamente, mãe.

Não, não tenho filho, não, mas em compensação os filhos dos meus parente tudo que nasceu, eu que cuidei (...), não são da minha barriga mas tem um trem meu lá. (Dora)

É interessante a forma como Dora se identifica como mãe ao narrar sua história. Evidencia-se a maneira como o papel de mãe é relevante em sua narrativa: ao mesmo tempo em que não é mãe biológica, é de alguma forma, mãe. Parece que, para se constituir como sujeito (e como mulher), ela precisasse da legitimidade da maternidade, cuidar dos filhos, que, embora não sejam de sua barriga, têm um “trem” que é seu.

Citelli, Souza e Portella (1998) ressaltam a importância de se distinguir a reprodução biológica (gravidez, parto, amamentação) da reprodução social (cuidados com as crianças). Em sua pesquisa, as mulheres entrevistadas relatam experiências em que a reprodução biológica e social são duas vertentes vividas por mulheres distintas e de forma frequentemente independente.

Desse modo, entre as mulheres pesquisadas pelas autoras, empregadas domésticas do Rio de Janeiro e migrantes rurais do Nordeste, um dos costumes é a “circulação de crianças”, em que os filhos são criados temporária ou permanentemente por parentes, vizinhos, amigos. Citelli, Souza e Portella (1998) observam também a estratégia de transferir às filhas mais velhas as atribuições da reprodução social. Nessa situação, a filha mais velha é socializada para realizar as tarefas da reprodução social, dissociada da reprodução biológica, dentro de sua própria casa, cuidando dos irmãos, ou na casa dos outros.

Em sua narrativa, Dora descreve essa circunstância de duas formas: ao passar por essa situação como filha, sendo cuidada e criada por outros que não a sua mãe biológica, e, na vida adulta, torna-se “mãe social”, cuidando dos filhos de outras pessoas.

É, uma irmã minha, que casou lá e veio pra cá, aí foi lá e buscou nós. Aí foi buscando aos poucos... buscava um, depois buscava outro... Aí foi buscando aos poucos porque num tinha condição de dinheiro pra pagar, aí nós veio assim. (Dora)

Para Sarti (1994), o deslocamento dos papéis femininos, uma vez diante da inviabilidade de serem realizados pela “mãe-esposa-dona de casa”, são deslocados para as outras mulheres da família. A figura da mãe é aglutinadora, lugar de referência para toda a família, lugar para onde correm os filhos nas circunstâncias de desamparo.

Dora, com oito irmãos, criada por uma amiga da família e depois buscada pela irmã, na vida adulta repete essa dinâmica, ao cuidar dos filhos das irmãs, atribuição que lhe identifica como mãe.

E essa casa que eu moro, tem duas lá, que é gêmea (...). É... aí tudo garrada ni mim. Às vezes eu num tô querendo naaada com a dureza, elas vêm, às vezes senta no meu colo, aí eu falo: “- Ai, meu Deus do céu...”.(Dora)

A família pobre, segundo Sarti (1994), não se estabelece como núcleo, mas sim como rede, com ramificações que rodeiam toda a rede de parentesco. Percebemos essa ideia de rede no relato de Dora. Nesse sentido, a categoria mãe corrobora os vínculos de criação.

Citelli, Souza e Portella (1998) sublinham que, frequentemente, muitas das mulheres pesquisadas abrem mão ou postergam a reprodução biológica, em consequência das responsabilidades domésticas que lhe são imputadas, seja pela mãe ou pela patroa. É o que acontece com Dora, cuidada por mães sociais e que se faz, na vida adulta, mãe social, abrindo mão da reprodução biológica, sem deixar de se identificar como mãe, carregando em seus filhos sociais um “trem” que é seu.

Paim (2017) aborda o fato de que a família é caracterizada como esfera básica da identidade social dos sujeitos das classes trabalhadoras, pela circunstância de valor que lhe é atribuída neste grupo social. Para a autora, os sujeitos sociais constituem-se no âmbito da

família através do movimento de socialização. Os sujeitos são, nesse sentido, distinguidos socialmente a partir de seu vínculo familiar.

Para Paim (1998), a forma como a mulher é concebida dentro das culturas populares apresenta uma peculiaridade em relação às outras culturas. Para a autora, ser mulher, dentro dos grupos populares, inclui a especificidade do corpo feminino como forma de marcar sua inserção na realidade social. Essa especificidade engloba também a noção de identidade feminina que se forma nesse grupo, vinculada ao desempenho do papel de mãe e de esposa.

A autora relaciona a construção da identidade feminina ligada à esfera doméstica. Para a autora, ser mulher, no contexto das culturas populares, implica na maternidade como condição inerente da identidade social, como premissa para que a mulher se sinta realizada e completa como sujeito.

De acordo com Paim (2017), o entendimento da identidade social de homem e de mulher nos grupos populares origina-se nos papéis de marido e de esposa que são simbolizados na unidade conjugal, e que tem como princípio o “valor-família” (Paim, 2017, p. 109). Dessa forma, a partir do casamento e da constituição de uma nova família, aproxima-se do sentimento de completude da identidade social nas classes populares.

Sarti (1994), ao tratar da família como ordem moral, salienta também que a casa é o lugar em que se efetiva o projeto de família nas classes populares. Para a autora, o ideal, nesse grupo social, é a formação de um eixo independente a partir do momento do casamento, afinal, “quem casa, quer casa” (Sarti, 1994, p. 47).

Segundo Sarti (1994), a repartição da autoridade no âmbito da família respalda-se nos papéis desiguais do homem e da mulher. A competência feminina se dá vinculada, nas famílias pobres, à importância da mãe. No universo simbólico das famílias pobres, de acordo

com a autora, a maternidade é a categoria que “faz da mulher mulher, tornando-a reconhecida como tal (...)” (Sarti, 1994, p. 47).

*Criei sozinha, porque ficou, é..., num teve nada o desquite. Porque nós desquitamos. Naquela época era desquite. (...) Aí ele dava pensão pra mim e pros meninos. Cinco reais, cinco reais que é hoje, na época era cinco reais. (...) Pra você ver o preço da pensão que era. Aí eu falei: “- Não, pra mim não precisa, não. A parte minha, dá pros meninos, divide pros dois, né”. Aí, só que ele nunca deu! Um dia eu encontrei com a irmã dele, a irmã dele falou assim: “- É, cê pode ir na Caixa, lá, no Fórum, que nós vai depositar lá. Caixa Econômica do Brasil”. Fui lá, num tinha. Aí eu andei, assim, umas duas vezes que eu andei atrás. Comecei com processo e parei, sabe por que? Falei: “- Ah, quer saber? Vou trabalhar e cuidar deles, eu dou conta”. É. Fiz essa opção, sabe?
(Tininha)*

Todas as mulheres entrevistadas (até mesmo Dora, que não filhos biológicos, como já apontamos) mencionam que foram responsáveis pela criação e sustento dos filhos. É curiosa a forma como Tininha relata que “fez a opção” de trabalhar fora e cuidar do sustento dos filhos, mas parece que, na verdade, isso não foi uma opção.

Conforme Heilborn, Knauth, Aquino e Bozon (2002), há diferença entre os gêneros em relação ao poder de barganha frente ao parceiro, o que se expressa, por exemplo, nas exigências do uso de preservativo pelo parceiro. Além da peculiar responsabilidade feminina sobre a contracepção, os eventuais filhos, também acabam ficando a cargo da mulher.

(...) a vó deles, a minha ex-sogra, né, saiu lá e falou assim pra mim (eu tava na esquina esperando os meninos sair), ela falou assim: “- Uai, sua mãe não dá conta, o marido que sua mãe tá morando com ele, num dá conta de dar nada pro cês, não?”. Aí a minha menina falou assim: “- Não, a minha mãe num tem homem, num tem marido, não. Ela é sozinha”. (Tininha)

Tininha relata que, diante do fato de não receber pensão alimentícia (e de seu ex-marido não participar da criação dos seus filhos), sua filha decidiu procurar o pai. É significativa a forma como Tininha é recebida pela ex-sogra, a avó das crianças, questionando-a se não “teria um homem”, “um marido” que “desse conta” de “dar” alguma

coisa aos netos. Revela-se algo importante sobre o sujeito feminino, que precisaria da figura masculina, do casamento e da figura do marido para se legitimar enquanto sujeito.

Percebe-se também no relato de Tininha a relação assimétrica entre os gêneros, em que o homem não é responsabilizado pela criação dos filhos, nem pelas tarefas domésticas. A responsabilidade sobre os filhos recai sobre o sujeito feminino, com a lógica assimétrica entre os gêneros.

Para Adorno, Castro, Faria e Zioni (1994), a mais simples contemplação das tarefas incumbidas às mulheres em nossa sociedade demonstra a divisão sexual do trabalho. O trabalho feminino é, nessa perspectiva, sempre relativo às funções de cuidado e assistência, além de funções que demandam habilidades manuais e coordenação motora fina. Ao homem, apontam os autores, são outorgadas funções que exigem maior esforço físico.

A elaboração da identidade feminina em nossa sociedade, segundo os mesmos autores, passa pelas responsabilidades de asseverar a organização do lar, a partir da feitoria do trabalho doméstico e dos cuidados com os filhos. Essas atividades também requerem, em sua maior parte, o trabalho manual.

Adorno et. al. (1994) demonstram ainda que o fato de estar impossibilitada total ou parcialmente de executar essas atividades em decorrência de alguma doença, pode significar, no imaginário desses sujeitos, uma não correspondência em relação à expectativa social (como também sua e de seus familiares) quanto ao que é ser mulher. Diante das impossibilidades da doença crônica, de acordo com os autores, os sujeitos femininos podem acabar tendo que enfrentar a vivência do sofrimento e também para a obrigação de lidar com a interrupção de um projeto de vida (pessoal, familiar, afetivo, profissional) cujos arquétipos têm corroboração social. As mulheres entrevistadas narram histórias de sofrimento e luta, em

que, além da jornada de trabalho, tinham também a tarefa de cuidar da família, da casa, dos filhos.

Outro ponto que se reitera no discurso das mulheres pesquisadas é o tema da violência, que aparece de forma tão manifesta, que é como se a violência conjugal fosse, em suas vidas, um elemento corriqueiro.

*Ah... namorando, né? Nós conheceu... ele... nós assim... Logo nós casou... num deu certo, né? Porque ele me batia, judiava de mim demais e dos meus filho, né... Num deu certo, né...
(Tininha)*

Retomando suas histórias, seus percursos familiares, pergunto a elas quantos filhos têm, se têm netos, e se eram casadas quando do diagnóstico de HIV positivo. Tininha diz que já era separada, e então começa a contar do primeiro marido, e relata, como algo corriqueiro, a violência conjugal.

*Ele num era tão agressivo, não, sabe por que? Porque depois que... é... que ele me bateu, um dia passou mal... ele tava com a irmã dele, bebeu, tava bêbado lá, deu trabalho demais... Ai a irmã dele correu, viu que a coisa tava feia, foi lá e pegou um exame que ele tem problema de cabeça. Fazer tratamento pra cabeça. A família dele tudinho é assim! Até a irmã dele... a mãe dele falava que ele comeu carne de porco com banana prata, por isso deu problema na cabeça dele. Ah, não! Todos eles têm esse problema de cabeça. Então ele levou o exame, levou comprimido, tudinho lá, pra ele não ser preso, né, que era por causa disso que ele bateu... Depois a gente separou, nunca mais se viu...
(Tininha)*

Para Mandelbaum, Schraiber e d'Oliveira (2016), a forma como essas experiências incorrem no silêncio tem a ver, no entendimento psicanalítico, com a autoridade paterna como elaboração histórica assimétrica dos sujeitos masculino e feminino na vida privada. De acordo com as autoras, a construção histórica desigual entre os sujeitos masculino e feminino mostra o consentimento da cultura na instituição do “terror” dentro da casa. Tininha diz que preferiu

se tornar a chefe da família, após a separação, e criar os filhos sozinha, assumindo a responsabilidade pela casa, do que se submeter à violência doméstica. Configura-se, nessa fala de Tininha, algo que se repete na história de Brícia e de Dora: há algo de obscuro dentro de seus lares.

Para Silva Junior e Lopes (2010), no discurso contemporâneo, a violência é impulsionada e produzida como subjetividade na civilização. Os autores apontam algumas das implicações da violência no âmbito da cultura, como o declínio da função paterna, a fragilidade simbólica, a inflação do imaginário, o agravamento do sem-sentido, a dificuldade de simbolização no momento contemporâneo. Para os autores, a violência emerge como um gozo sem mediação que leva ao apagamento do outro, e à quebra dos laços sociais.

(...) esse lugar unheimlich, no entanto, é a entrada para o antigo Heim (lar) de todos os seres humanos, para o lugar onde cada um de nós viveu certa vez, no princípio. Há um gracejo que diz “O amor é a saudade de casa”; e sempre que um homem sonha com um lugar ou um país e diz para si mesmo, enquanto ainda está sonhando: “este lugar é-me familiar, estive aqui antes” (...) Nesse caso, também, o unheimlich é o que uma vez foi heimlich, familiar; o prefixo “um” (in-) é o sinal de recalque.
(Freud apud Melgaço, 2018a, p. 157)

Para Melgaço (2018a), Freud profere sobre um estranho que nada tem de novo ou de alheio, mas que é familiar e, há muito, instituído. É através do recalque que o estranho se aliena. Fazendo uma associação entre o estranho e a família, a autora sublinha as comunicações sociais cotidianas em que depara-se com referências à família: em notícias de jornal, filmes, fotos, relatos. O tema da família, frequentemente, causa nas pessoas alguma coisa de inquietude, estranheza, e até de horror, ou, nas palavras da autora: “Assim, o então familiar...torna-se estranho” (Melgaço, 2018a, p. 159).

De acordo com Melgaço (2018a), tal qual o tema do estranho, o tema da família também é trabalhoso e difícil de se abordar e debater. Além disso, a mesma ambivalência que se encontra no estranho, *heimlich/unheimlich*, encontra-se na estrutura da família. Conforme a autora, a família é espaço de inúmeras experiências em que se aponta, se anuncia e se denuncia o estranho, lugar tanto de encobrimento quanto de desvelamento.

*Ele falava: “- Seocê for embora e levar os meus filhos, cê pode ir aonde for, que eu vou lá e te mato e pego meu filho de volta”. Aí na hora d’eu sair eu deixei os menino...
(Brícia)*

Nos relatos de Tininha, Dora e Brícia, deparo-me com esse lugar da família. A família em que desvela-se o horror da violência, numa situação em que o familiar torna-se insuportavelmente estranho. Para Meira (2018), aquilo que pertence à subjetividade e é do campo do insuportável é que é tido como um “outro” estranho. Esse “outro” provoca o sentimento do “estranho-familiar”, daquilo que causa horror, mas que é, simultaneamente, familiar, que não se pode excluir, afinal, pertence à estrutura do sujeito.

*Fui no Dr. B...o Fórum era ali onde é a coisa ali... a... da Receita Estadual (...). O Fórum era ali. Conversei com ele, falei que ele me batia... Falei que tinha dois filhos... Ele falou assim: “- Então a senhora vai fazer o seguinte: cê não vai mais arrumar filho. Senhora vai fazer o seguinte: cê vai sair da sua casa hoje, cê vai pegar tudo o que cê der conta de pegar... vai pra casa da sua mãe, se ela tiver condição de te acolher lá, cê vai pra lá ”.
(Tinha)*

Para Curi (2018), no momento em que algo vacila na família, quando os arranjos não mais se sustentam, quando o fluxo entre os membros é interrompido, quando falham, enfim, as circunstâncias que estruturam a família, é que o estranho se anuncia. O estranho, conforme a autora, o “mons-tru-o-so” (Curi, 2018, p. 2), é o anúncio do Real, que penetra a casa, abrindo suas tramas e tecituras, rasgando os códigos que eram, antes, familiares.

Segundo Curi (2018), o aparecimento do “Outro” nas famílias é que pode ser entendido como o “mons-tru-o-so” de que trata a autora, em relato de caso³. O “monstruoso” gera a experiência daquilo que, embora familiar, causa estranhamento. Atando monstros e códigos próprios, são compostas as histórias de família.

Nóis largou por um motivo: ele engravidou uma menina de quinze anos, e a menina achando que ele era meu irmão, achando que ele era meu irmão... Ai ela chegou lá em casa procurando pelo meu... meu irmão. Falei: “- Não... meu irmão mora do outro lado. Num mora aqui, não”. Ai ela foi, falou o nome dele, né... Ai eu falei: “- Não, esse aí é o meu marido...”, “- Não, é seu irmão!”
(Brícia)

Não... Não... Ela foi, ela foi pra lá, ai diz ela que não sabia como é que aguentou, porque ele estava assim: Se ele chegasse em casa, e tivesse um palito de fósforo riscado lá no chão, cê pode preparar(..). Pouquinhas horas que ele tava chegando, ela já ia lá no banheiro, corrigia tudo, falava assim: “- Que que cê ficou fazendo que cê num arrumou essa casa?”
(Brícia)

O relato de Brícia, ao tratar do fracasso do primeiro casamento, mostra a ideia de que trata Curi (2018): o violento marido, como elemento monstruoso, que não a deixava sair na rua para não ter acesso aos seus casos extraconjugais e que dizia para a amante ser, na verdade, seu irmão. Monstros e códigos são tricotados em sua história. Como se convivesse com um monstro, Brícia relata o horror, o medo e a violência que estavam dentro de sua própria casa.

Para Curi (2018), a psicanálise viabiliza o enfrentamento com o estranho-familiar, com uma Outra Cena que orienta a vida do sujeito, um Outro Lugar, o território do inconsciente, estado do desejo. De acordo com a autora, para tamponar as faltas, embaraços

3 Curi (2018, p. 12) traz o trecho de uma análise em família para abordar o estranho-familiar, o “mons-tru-o-so”:

“Samsa acordou em sua cama metamorfoseado num inseto mons-tru-o-so!!!.

- Vocês sabem o que Kafka quis dizer com isso? - pergunta um pai aos seus filhos, em uma sessão de família.

E ele mesmo responde:

- Vocês têm isso lá em casa. É como a Karina, irmã de vocês... em casa... sem trabalhar... sem estudar, no quarto, com aquela barriga “e-nor-me” de onde vai sair um bebê.

- O que vai ser deles? Não sabemos – acrescenta o pai.”

do Real, faz-se necessário contrapor-se à mistificação da família como “lugar ideal”. Para que o fluxo do desejo seja estabelecido e o sujeito se ampare no laço familiar, é necessário que a família fracasse.

4.3. AIDS, um "trem estranho": a estranha doença que não pode ser nomeada

Eu, que entendo o corpo. E suas cruéis exigências. Sempre conheci o corpo. O seu vórtice estonteante. O corpo grave.
(Lispector, 1998, p. 3)

Ao longo da pesquisa, percebi que a Aids traz à luz uma série de elementos que são da ordem do inquietante, como é o caso do estranho no corpo feminino e do estranho que se revela na família. Além disso, me parece que a Aids é, também, uma estranha. Uma estranha doença entre as doenças. A própria instituição em que realizei a pesquisa ilustra esse aspecto do estranho na Aids que vem à tona: fica localizada num bairro de periferia, próxima a um cemitério, é uma casa escura, com móveis antigos, estragados, surrados. Na casa que abriga a instituição, não há indicação que trata-se de uma instituição, dentro do portão há uma plaquinha, tão pequenina que chama a atenção, dizendo que ali há uma rede para atendimento de pessoas vivendo com HIV.

Em uma das reuniões de que participei na instituição, um dos membros contou uma história que me chamou a atenção nesse sentido (chamarei este membro de José, para ocultar sua identidade). José se mostrava sempre muito feliz com a minha presença, parecia que a minha presença ali privilegiava a instituição, que, nas palavras de José, era estigmatizada e alvo de muito preconceito, por atender pessoas vivendo com HIV. José relatava que nem mesmo a galinhada beneficente da instituição era bem recebida: as pessoas tinham nojo da comida feita por eles, tinham medo de comer. Aqui já se revela um estranho sobre a Aids, afinal, por que as pessoas teriam medo de comer da galinhada, sabendo, objetivamente, que o contágio da doença não se dá dessa maneira?

José relata ainda que um antigo vizinho da instituição dizia, do alto da sacada de sua casa para que as pessoas não fossem ali, pois tratava-se de um “lugar de aidético”. Quase que com orgulho, José conta que disse a esse vizinho que “hoje você difama a nossa instituição, mas cuidado, amanhã você poderá precisar dela”, e logo depois, José relata, com satisfação, que essa pessoa, tempos depois, precisou, de fato, da instituição, após contrair a doença.

Uma característica marcante ao longo da pesquisa foi a forma como se nomeia (ou que se deixa de nomear) a Aids. Dentro da instituição percebo, o tempo todo, uma tentativa dos membros em desvincular Aids de morte, além de não se chamar Aids de Aids. Nas reuniões, ao tratar da Aids escuto termos como “a doença”, “o problema”, “quando eu fiquei com isso”, “um trem estranho”. Ao tratar das Aids, tanto os membros da instituição quanto as mulheres entrevistadas na pesquisa falam muito do estigma da doença, do preconceito com que vivem, dentro da própria família.

Outro ponto que desponta nas entrevistas é a primeira resposta que as mulheres entrevistadas dão quando peço que contem sua história: apesar de não nomear a doença, todas começam a contar sua história a partir dela.

Bom, eu peguei, eu peguei, porque eu tinha um... um namorado, né? Aí já tinha tempo que a gente namorava antes de transar e ... aí ele passou mal.
(Bricia)

Há cinco anos eu... arrumei essa... Quando eu peguei esse trem, essa... eu... Eu peguei e eu pensava assim que eu bebia demais, eu ia no médico e eles achava que era... falava que era bebida, né.
(Dora)

Aí eu tava procurando serviço, tava difícil serviço aqui... Aí eu fiz uns exames de rotina, né... Você quer saber sobre a doença?
(Tininha)

É sintomático o fato de que nenhuma das mulheres entrevistadas nomeie a doença: pergunto-me se há algo de *unheimlich* na Aids. Segundo Knauth, Leal e VÍctora (1998), a Aids surge, num primeiro momento, como se fosse uma doença do outro. Entretanto, o crescimento da epidemia em algumas parcelas da população, como nos grupos de baixa renda, aproxima, cada vez mais, este outro relacionado à doença.

Embora as autoras não estejam tratando em seu percurso teórico do estranho-familiar, chama a atenção a relação que se faz entre este outro relacionado à Aids, um *outro distante*, *estrangeiro* que, com o avanço da epidemia, torna-se um *outro familiar*. A proximidade entre o outro distante e o outro familiar pode tornar-se tão intensa que fica difícil (ou, conforme as autoras, quase impossível), fazer a distinção entre um e outro. Mais uma vez, há algo de *unheimlich* em *heimlich*.

Cabe retomar Bacchini, Alves, Ceccarelli e Moreira (2012), para tratar do estranho que a Aids evoca. De acordo com os autores, há dois pontos fundamentais a respeito da Aids que se relacionam com o campo do estranho (ou inquietante, como preferem os autores). O primeiro, proveniente da relação imaginária entre Aids e morte, apesar dos avanços terapêuticos que permitem que se trate dela como doença crônica. E o segundo, que tem a ver com a forma como a sexualidade é compreendida na civilização ocidental. Assim, os autores se perguntam quais são as representações recalcadas que a Aids traz à tona.

*Ela falou: “Oh, diabetes a senhora não tem nada, tá bom diabetes... É... colesterol a senhora também não tem... Mas tem um negócio aqui, que tem um problema. O sangue da senhora coagulou.
(Tininha)*

*Ela falou: “- Tem um trem estranho. A senhora vai ter que fazer outros exames”.
(Tininha)*

*Quando eu voltei ela foi repetindo os exames: “Esse ficou bom, ficou bom...” Aí ela falou assim: “Agora, o de sangue eu vou ter que falar pra senhora... A senhora é soropositivo (...) Aí você sabe, né? O chão abriu.
(Tininha)*

Ao abordar a forma como recebe o diagnóstico da doença, Tininha fala de um trem estranho que lhe abre o chão. Há um chão que escapole, os pés não têm onde pisar. O fôlego escapa, com os burburinhos de uma morte que estaria logo ali, assegurada com o diagnóstico. Uma mistura de horror, o “monstruoso” que toma conta do cenário. No momento do diagnóstico, há um corpo que foge ao controle, há algo que escapa, com o vírus que toma conta do corpo e a doença que é o ponto de partida de suas novas vidas. Não é sem razão que, ao pedir que me contem suas histórias, todas comecem do mesmo ponto de partida, do momento em que seus corpos foram habitados por um inimigo estrangeiro, contaminadas por seus próprios parceiros, um estranho, outrora familiar. A Aids desponta como elemento estranho que se apodera de seus corpos, um outro estrangeiro e distante que, aos poucos, torna-se familiar.

Na narrativa de Tininha e de Brícia emerge também a ideia da Aids de que tratam Bacchini et. al. (2012), numa espécie de colagem imaginária entre Aids e morte.

*Aí eu comecei a chorar... porque aí, então, eu tinha assim a ideia que morria logo, né. Aí eu pensei: tinha um filho meu caçula que tava no Rio, tinha seis anos, né. O do meio tava de idade avançada, tava com vinte anos... Aí fiquei preocupada, só nós três na casa, que a minha menina já tinha casado... Aí comecei a chorar...
(Tininha)*

*Aí eu tomei os remédios uns tempos... Aí depois eu pus na minha cabeça que eu queria morrer, que eu não queria viver mais... Porque se eu pegasse uma gripe eu ia morrer mesmo! Então pra... pra quê ficar prolongando aquela agonia? Eu pensava assim, né. Aí eu fiquei um ano sem tomar meus remédio: eu ia pro forró, pegava friagem, pegava chuva... De tudo, fazia de tudo pra morrer! Porque eu queria morrer, né?
(Brícia)*

Aí de um tempo que... tava emagrecendo, emagrecendo, fui emagrecendo... Ai uma cunhada minha, a mulher do meu irmão, chamou meu irmão e falou assim: “Leva a sua irmã pra sua casa porque ela vai morrer!”

(Dora)

Mais uma vez percebo a Aids como uma estranha entre as próprias doenças: “diabetes tá bom, colesterol tá bom”. A Aids surge invadindo os corpos de Brícia, Dora e Tininha, um elemento estrangeiro e desconhecido, que carrega o medo e a ideia de morte. A colagem imaginária entre Aids e morte pode se dar por tocar na ferida narcísica da imortalidade, uma vez que trata-se de uma doença que chega de forma muito forte, expondo a vulnerabilidade do corpo, com marcas e dor.

Ixa, eu dei uma feridada no corpo... num comia...

(Dora)

Só que antes, saiu umas... umas espinhas aqui assim, nesse lugar, assim. E aí ficava aquele trem amarelinho, eu pegava a pinça assim de, de cabelo, de, de pinça de sobrancelha, e tentava tirar aquele trem amarelinho, sabe? E aquilo num... era bulbo... E eu, como tinha que ser madrinha dum casamento, eu falei: “- Nossa, isso vai atrapalhar”. Ai passou. Ai, depois, saiu uma aqui no rosto: é onde tem essa marca aqui, tá vendo?

(Tininha)

Aí ele foi pro médico, o médico disse que ele tava com uma pneumonia, e com essa pneumonia ele veio a óbito. Só que aí a família dele não me, não me falou. Ai com o passar do tempo eu também tive uma pneumonia. Ai eu, aliás, eu fiquei ruim... aí um médico falou pra mim que era pneumonia. A pneumonia chama, chama pneumonia de tristeza.

(Brícia)

O fantasma da morte emerge repetidamente no relato dessas mulheres. Parece que elas precisam viver num constante estado de alerta, de vigília. Brícia relata que, ao descobrir a doença, buscou a morte, desistiu de tomar as medicações, tomava chuva, friagem, ia até pro forró. A forma como as marcas corporais são descritas ressaltam esse estranho que toma conta do corpo, trata-se de um corpo doente com marcas que fogem ao controle. Essas marcas me parecem ser, também, uma forma de estigma da pessoa vivendo com HIV, uma vez que

identificam, socialmente, diante do outro, a doença. Assim, um ponto interessante sobre a Aids é a maneira como essa doença invade o corpo, com marcas que são, de fato, incontrolláveis. Com o sistema imunológico afetado, as mulheres entrevistadas me falam de feridas, sapinho, espinhas, herpes, pneumonia, bactérias, gripe. Brícia fala, ainda, da forma com que descobriu o HIV em seu corpo, através de uma pneumonia, que ela denomina de tristeza.

Aí eu, assim... Graças a Deus... Ai depois disso eu dei uma herpes, também... Fiquei dois anos na cama, só de costas na cama... (...) Dói muito. Nossa, mas dói!! (...) De vez em quando eu ainda sinto, dor, assim e latejar... Porque ela queima. Ela queeeima! E dói! Dói! Mas uma dor terrível!

(Tininha)

Ela é silenciosa, ela não dá febre: a única coisa que você faz é tossir e te dá falta de ar. Você pensa que é só uma tosse, e quando já descobre, você quase já tá é morto.

(Brícia)

Ixa... ficava ruim demais. Ai deu dor de barriga, só, num comia nada e... aí eu fui secando, secando... só dor de barriga, não comia nada... fiquei fraquinha (...). Ai fiquei com o corpo cheeeinho de ferida... Nossa, eu sofri com essas ferida (...)Nossa!!! Não dormia à noite (...)

De dor (...) Coçava demais...

(Dora)

As limitações físicas impostas pela doença são significativas, uma vez que a Aids é uma aflição que sinaliza vários comprometimentos orgânicos. Freud (1919/1976c) anuncia que aquilo que provoca o sentimento de estranheza se relaciona a algo que do infantil. Ao analisar o conto de Hoffmann, “O Homem de Areia”, Freud (1919/1976c) levanta a questão da perda dos olhos como complexo de castração, um sentimento infantil que desperta estranheza.

De acordo com Bacchini et. al. (2012), a criança se pega entre os requisitos da pulsão e as proibições da realidade. Ela tem que cuidar dessa dupla exigência através de duas formas:

de um lado rejeitando a realidade e as proibições, e do outro, assumindo o medo, ao identificar o perigo. Temos assim, a cissão do Eu no funcionamento das neuroses na presença dos impasses que surgem na satisfação das pulsões e as imposições da realidade. A Aids traz à tona a cissão do Eu: ao mesmo tempo em que sei que vou morrer, não sei disso.

Bacchini et. al. (2012) abordam ainda esse estranho que provém dos complexos infantis recalcados na análise do inquietante de se viver com HIV. Assim, no complexo de castração, como nas fantasias de estar no útero, aquilo que é recalcado é de teor ideativo. Segundo os autores, o sentimento do estranho ocorre justamente quando complexos inconscientes há muito recalcados são evocados por um episódio, seja ele real ou imaginário. Vale ressaltar novamente que o *unheimlich* (estranho) já foi *heimlich* (familiar) e é precisamente este familiar que foi recalcado e que gera aquele sentimento de estranho.

O homem de areia revive crenças infantis de castração que, como apontam Bacchini et. al. (2012) já estavam lá, mas estavam recalcadas. Para os autores, o diagnóstico de Aids além de abalar a ferida narcísica da imortalidade, mexe também com a questão do lugar da sexualidade na cultura ocidental, carregada de pecado, culpa e estigmas. Por fim, Bacchini et. al. (2012), afirmam que o *unheimlich* é o sexual em si mesmo, este estranho inquietante que nos habita e que nos captura, despertando estranheza.

Trazemos, por fim, a pergunta de Villela (2013, p. 79) para nossa análise: “A que sujeito pertence esse corpo estranho?”. Trazendo à tona temas extremamente complexos, profundos e agudos, a Aids parece, como destaca a autora, colocar em risco a própria estrutura da sociedade, que tem que encarar seus fantasmas, rompendo fluxos, expondo preconceitos, perversões e inquietações. A associação entre Aids e sexualidade, como aponta a autora, desmistifica a noção de abastamento do saber médico e traz à luz elementos tabus,

como a diferença e a morte. Nesse sentido, concordamos com aquilo que Villela (2013) aborda, que é o caráter disruptivo da Aids, ao romper com as bases morais estabelecidas até então, e colocar em voga tabus que estavam recalcados, questões das quais não se tratava, temas estranhos da vida em sociedade.

A Aids, a estranha entre as doenças, aflora a complicada relação do sujeito com sua própria finitude. Para Villela (2013), a morte do outro anuncia e pressupõe a morte em si mesma, ou seja, a morte de todos nós. A reação em relação à Aids envolve, portanto, colocá-la como uma estranha, como algo que não deve ser dito, que deve ser recalcado, escondido, não nomeado. A instituição em que foi realizada esta pesquisa é representativa disso: escondida, escura, abandonada. A forma como Tininha, Dora e Brícia falam da Aids, sem nomeá-la, num esforço quase que de negação da doença, também são representativas dessa reação. Há, como ressalta Villela (2013), um esforço de distanciamento em relação à força desagregadora que a Aids representa.

4.4. “Alguém que tenha o que eu tenho”: a doença como mediadora do laço social

E pela primeira vez foi preciso acordá-la. Ainda no escuro, a moça veio chamá-la, de lenço amarrado na cabeça e já de maleta na mão. Inesperadamente Mocinha pediu uns instantes para pentear os cabelos. As mãos trêmulas seguravam o pente quebrado. Ela se penteava, ela se penteava. Nunca fora mulher de ir passear sem antes pentear bem os cabelos.
(Lispector, 2009, p. 32)

Ao longo do trabalho de campo e do percurso teórico, pude perceber que a Aids é uma doença que convoca o outro o tempo todo, seja pelas marcas que deixa nos corpos, seja como é transmitida (através do contato com o outro), seja pelo estranho que evoca, a Aids desponta como questão da cultura.

Ao entrevistar Tininha, Dora e Brícia, transferencialmente fui fisgada pela forma como o outro aparece em seus discursos sobre a doença. As mulheres entrevistadas falavam de um outro, um estranho outrora familiar, que as contaminou, e passavam a reescrever suas histórias a partir do diagnóstico da Aids, buscando formas de reinserir-se no laço social e na família, formas de reescrever trajetórias e ressignificar-se subjetivamente.

Ao mesmo tempo em que precisavam lidar com o novo estado que caracterizava seus corpos, um corpo doente, elas tinham que redefinir a forma como levariam a notícia da doença para o outro, a maneira como anunciariam seu novo status para o outro.

Mas aí ela pegou e falou assim: “- Vou levar você pra minha casa, nós num vai contar pra ninguém”, só contou pros lá da casa dela, né? Aí tô vivendo assim...
(Dora)

Ah, eu cheguei assim revoltada, né, pensando como eu ia falar pra eles, né? Aí só o caçula tava pra escola. O do meio tava em casa, eu peguei e falei pra ele. Eu cheguei chorando, ele falou: “- Uai, mãe, que que a senhora tá chorando?”. Falei: “- Oh, eu vou te falar um negócio, não quero que você fala pra P. isso vai ficar só entre nós”. Ele falou: “- Que que foi, mãe?”. Falei: “- Olha, eu sou... eu fui um exame, pedi pra fazer, e deu que eu sou soropositivo. Tô com o vírus da AIDS”. Aí ele ficou assim, sabe? Aí ele num falou nada, não. Num perguntou o que que aconteceu nem nada. Ficou. Mas aí minha menina teve que saber porque quando eu passei mal, eu tive que contar pra ela, ela ficou sabendo. Porque a minha neta é pequenininha, e o pai dela é meio assim... preconceituoso, né. Falei, ele num vai deixar eu ver ela, né? Nem chegar perto, né (...).

(Tininha)

Aí uma pessoa lá escutou, chegou em mim e falou assim: “-Vou te dar um conselho”. Falei: “- O quê?”, “- Não liga pra sua família, não liga pra ninguém, a não ser você e o seu médico, você não fala que você tá com AIDS. Porque se ocê falar, eles vão te discriminar, eles vão te humilhar!”

(Bricia)

Convém retomar neste ponto o tema do mal-estar na civilização para que se possa falar de família, desamparo e laço social, relacionando esses temas com os discursos sobre a Aids. Melgaço (2018b) destaca que não é possível pensar, sob o discurso freudiano, em sujeito separado de cultura, uma vez que a constituição daquele pressupõe o Outro, isto é, o sujeito se constitui na alteridade. A autora ressalta que, a começar do desamparo inicial do sujeito, ele precisa de um Outro para existir.

Nesse sentido, em sua vulnerabilidade, fazer laço social é requisito para a sobrevivência do sujeito. A partir dos pressupostos freudianos em “O mal-estar na civilização” (Freud, 1930/1989), Caram, Meira, Melgaço e Travaglia (2018a) abordam o impasse inelutável do sujeito, em que, de um lado, tem-se as pulsões, que se repetem, insistem e que desorganizam, e, de outro, o sujeito depara-se com os refreamentos da cultura, que empenha-se em domesticar as exigências pulsionais. Há, portanto, uma fonte constante, inevitável e implacável de mal-estar, que se fará presente na vida de todo indivíduo, no amor, na profissão, no sexo, na família.

A Aids desponta como questão de saúde pública, convocando o outro em diversas frentes: na forma de contaminação, que se dá através do contato com o outro, na forma de prevenção, que exige um engajamento individual. Mas há também a ressignificação do sujeito

no laço social, pois para que o sujeito possa se ressignificar, ele precisa deste outro, “re-subjetivando-se”, reconstruindo seu lugar de ser no mundo.

Parece que, com a Aids, as concessões das particularidades dos sujeitos ao outro, não só ficam aguçadas, mas também, precisam ser ressignificadas e reconstruídas. Villela (2013) destaca que, pelo fato de se tratar de uma doença sexualmente transmissível, a Aids transforma em tema público aquilo que era da ordem do íntimo, colocando luz naquilo que era, outrora, sigiloso, acarretando vergonha e preconceito.

A partir do momento do diagnóstico, Tininha, Dora e Brícia precisam, através do outro, representativo do Outro da cultura, do Outro simbólico, ressignificar o próprio lugar de existir, reconstruindo sua subjetividade.

*A minha mãe, eu vou te contar porque que eu não contei pra ela: minha mãe alugava uma casa pra um rapaz, aí o rapaz descobriu que tinha HIV. Ele foi lá e falou pra minha mãe. No mesmo dia a minha mãe pediu a casa a ele! Falei: “- Mãe! Agora que ele precisa de carinho, você pediu a casa?”, “- Não! Já falei pra ele! Num precisa nem me dar esse aluguel de agora. Ele pode ficar com esse aluguel de agora: num precisa dele pagar água, num precisa dele pagar luz, num precisa dele pagar nada! Pra ele alugar outra casa pra ele...”. Eu fiquei assim... Aí eu fui lá, conversei com ele, ele falou assim: “Não, eu sabia que quando eu falasse pra ela, ia ser essa reação! Ninguém aceita as pessoas com essa doença, não”. Aí um dia, eu já sabia que eu tava assim, aí eu fui e falei pra ela: “Mãe, se um dia ou eu, ou o J., ou as filhas pegasse essa doença? Como é que a senhora ia fazer?”, “ Uai, eu pegava eles, e levava... deve ter um lugar que as pessoas que têm isso fica lá! Eu deixava lá pra eles cuidar!”. Nesse dia, o meu olho encheu de água, tive que segurar, né... Falei: “Nossa, mãe, seria assim? A senhora não ia querer saber de nós?”, “Ah, não, ficar aqui pra pegar, pegar ni mim, pegar nas outras pessoas...”. Aquela coisa, sentava ali e pegava, né? Ela achava que seria assim, né! (...). Então nunca falei pra ela... Até... eu fiquei com ela 45 dias no hospital, o médico falou pra mim e falou que ela num escapava, que ela ia morrer... Então eu podia muito bem ter falado, que eu sabia que ela num... Mas mesmo assim! Eu num falei! Lá no caixão eu falei: “ Mãe, não sei se cê tá escutando, se cê tiver escutando, pelo o que eu já estudei, eu sei que cê tá escutando... mas tem gente que não acredita...”. Então, eu falei pra ela: “Oh, o seu maior medo, você tá deixando sua filha aqui na Terra desse jeito... peço a sua benção, perdoa porque eu não te falei!...”. Sabe?
(Brícia)*

Brícia narra o jeito como reconstrói sua subjetividade após o diagnóstico de Aids, através do segredo. Villela (2013) aponta que a manutenção desse segredo exige, muitas

vezes, uma energia sobre-humana, na elaboração de disfarces e despistamentos. No relato das três mulheres entrevistadas, o momento do diagnóstico está atrelado aos impasses diante do olhar do outro.

Brícia narra a forma como ressignificou sua história a partir do momento do diagnóstico em torno do segredo sobre sua nova condição. Após receber um conselho de uma outra pessoa vivendo com HIV, ainda no hospital, ela relata que decidiu não contar a ninguém sobre a doença, com medo de sofrer humilhações e preconceitos, dentro da própria família.

Mas... a minha filha, uma vez eu fui conversar com ela, aí ela falou assim: “- Nossa, se eu descobrir que eu tenho essa doença, eu pego uma corda, ponho no meu pescoço e já puxo!”. Ela falou... Falei: “Credo, uai! E se for pra você... é... conviver com uma pessoa que tem isso cê nem quer!”. “Ah, não: é a pessoa pra lá e eu pra cá”.
(Brícia)

Caram et. al. (2018a) argumentam que a dinâmica familiar é a forma como o sujeito elege a reação ao mal-estar. Conforme os autores, como resultado da falta, do vazio estrutural que acomete todo indivíduo, a família é inscrita como espaço por excelência para que se encontre o objeto implacavelmente perdido. Na relação com outro, no laço familiar, o sujeito intenta encontrar aquilo que é da ordem do impossível, ou seja, a simetria, a adequação e a junção.

Para Caram, Meira, Melgaço e Travaglia (2018b), no âmbito da família há um interjogo de fantasias, em que os sujeitos incorporam as fantasias do outro, identificando-se como objeto causa de desejo. Assim, articulam-se as fantasias dos sujeitos, que se enredam e, eventualmente, chegam a se aprisionar em tais fantasias.

No relato de Brícia emerge essa prisão na fantasia familiar de forma aguda. O tempo todo, Brícia questiona as pessoas da família sobre a Aids, sondando, tentando prever qual

seria a reação do outro se soubessem de seu segredo. Brícia conta, numa passagem difícil, que não revelou nem mesmo à mãe sobre a doença, com medo do estigma e do preconceito. Ao seu pai, ela diz que, se estivesse vivo, poderia lhe contar, pois haveria, no colo paterno, a compreensão e o apoio que ela não teve nem na mãe, nem nos filhos e nem no marido.

Meu pai morreu com câncer. Tem 29 anos... Que ele mexia com fazenda, aí diz o médico que foi um veneno... que batia nas plantas, fez um câncer no intestino dele. (...) Mas o meu pai, se ele tivesse aqui, seria outra coisa! Se eu desse uma dor de cabeça, ele nem saía de perto. (...) Poderia ter contado de boa, que ele ia me dar todo o apoio, todo carinho! Às vezes ele nem contava pra ela...
(Brícia)

Tininha relata que, ao descobrir o diagnóstico de Aids, se apavorou com medo de ser separada de sua neta. Dora fala, em todas as entrevistas, de uma vergonha que sente e que a angustia. Já na descrição de Brícia, ela reconstrói toda a sua história em torno do segredo sobre a Aids, escondendo a doença de seus filhos, de seus pais e até mesmo de seu marido, com quem mantém, inclusive, relações sexuais sem preservativo.

O tema do preservativo e da negociação do mesmo com o parceiro também aparece no discurso de Brícia e de Dora. Para Dora, a barganha pelo preservativo é um movimento causador de mais angústia e vergonha.

Porque depois desse... por exemplo: se for uma pessoa que num tem o que eu tenho, vai querer saber que... Porque tem que usar camisinha. Aí tem pessoa que num aceita, né? (...). Aí eu num... Eu prefiro nem... num ter nada com ninguém (...). Não! Um dia que eu falei, o homem tava doidinho... eu falei pra ele. Ele falou nem... ele pegou e falou pra mim assim: “- Eu nunca arrumei uma muié que precisava de usar camisinha...”. Eu falei... eu fiquei calada, né.
(Dora)

Só que aí depois, quando fez um ano e meio, eu conheci o meu marido que eu tô agora, já faz... se Deus abençoar, até Outubro, se nós tiver junto, já vai fazer dezessete anos que nós tá junto. (...) Ele num tem [Aids]. (...) Então eu não falei até o dia de hoje e não pretendo falar nem pra ele, nem pros meus filhos, não. Só tem um primo meu que descobriu, Porque quando eu tava internada, ele chegou e a coisa lá leu, né?
(Brícia)

*Eu penso assim: meu marido, ele bebe (...). Todos-os-dias! Então pra uma pessoa que bebe, cê fala uma coisa pra ela, quando... ela fala pra todo mundo! (...) Não dá pra confiar! (...) Ai eu num confio nele, não (...), e tudo que eu falo com ele, que eu peço pra ele não falar, ele vai e fala!
(Brícia)*

Emerge, de forma muito clara, o interjogo de fantasias no seio da família nos relatos de Brícia, Dora e Tininha. As fantasias dos sujeitos se entrelaçam quando das decisões a respeito de contar ou não sobre o resultado do exame de HIV. Brícia, que se ressignifica em torno do segredo da doença, vivendo e revivendo diariamente a angústia, que guarda somente para si. Aparentemente, a instituição onde realizei a pesquisa, é o único espaço em que ela pode falar sobre a doença abertamente; assim, ela diz que faz ali tratamento psicológico, e frequenta as rodas de conversa todas as sextas-feiras na instituição. A partir disso, Brícia circula em torno de uma outra fantasia, sobre como seria se contasse sobre a doença, e qual seria a reação das pessoas da família, o que fariam seus filhos, como reagiriam seus pais.

Tininha revela que, ao saber do diagnóstico, revoltou-se com seu companheiro, que não havia manifestado a doença.

Não, tem um namorado, que eu conheci nessa época. Quando eu tive o HIV, eu acho que foi ele que passou pra mim, porque ele é caminhoneiro, sabe? (...) Ai, no que ele tava viajando, (essa história eu vou te contar...). Ai eu descobri, ai eu falei pro meu menino: “- Oh, o R. vai chegar hoje, quando ele buzinar o caminhão lá, cê fala que eu tô muito nervosa, que eu num tô boa, não”. Ai ele, realmente, chegou lá, buzinou, perguntou pro meu menino. Ele falou: “- Ela tá lá dentro, num tá boa, não... tá chorando...”. Ele chegou lá, perguntou assim: “- Que que foi?”. Falei: “- Que que foi? Quero saber qual de nós dois é o errado na história”. Eu saía né, porque eu tinha ele mas eu saía.... “É, porque eu descobri que eu tô com o vírus da AIDS”. (Frases incompreensíveis). Ele falou assim: “- É, mas não precisa ficar assim, não, porque todas as mulheres dos meus amigos, estão todas contaminadas. Tem remédio”. Só que eu fiquei revoltada com ele, porque ele não contaminou. (...)Não contaminou. Ai, eu perguntava pra psicóloga. Chegava lá na psicóloga, falava: “V., eu vou morrer daqui oito horas, daqui oito minuto, daqui dezoito meses, daqui oito...?”, né? Ai ela falava: “- Não, dona Tininha... Eu vou explicar pra senhora. A senhora tomando remédio, a senhora não vai morrer. A senhora vai morrer, às vezes a senhora atravessando a rua aí, vai assaltar, vai pegar, a senhora morre. Mas se a senhora tomar os remédios direitinho, a senhora não vai morrer”. Só que num entrava na minha cabeça, né. Chegava no outro dia, chegava pra ela: “- Fala pra mim, V., pode falar que eu to preparada pra morte...né”.

(Tininha)

Aí um rapaz, com uma roupa azul, uma calça azul. Aí a hora que eu olhei assim, eu: uai, conheço, né! No que eu virei assim, eu vi assim que era ele, né. Ele olhou assim: “Tininha! É ocê! Quanto tempo! É, Tininha, mas ocê é ruim, hein? Cê não me procurou”. Falei: “Eu, não! Eu não tinha que te procurar, não...”. Falei pra ele, né. Aí ele falou assim: “É, eu tô de viagem hoje, aí vamo fazer assim: o seu telefone é o mesmo?”. Falei: “É! Se o meu não atender, cê liga pra P., é o mesmo o dela. Que ela me passa o recado.”. “Aí vamos encontrar pra nós conversar, pôr as coisa em dia. Eu te falar: cê não precisa ficar com raiva de mim, não, porque eu tô doente igual a você” (...). Depois de sete anos desenvolveu, porque na época a imunidade num tava baixa, tava alta, né. (...) “Eu tô doente igual a você”. Ele falou: “Vamo encontrar uma hora...”. Falei: “- Uai, vamo...”. Aí ele ligou pra mim, passado muito tempo ele ligou, porque passava muito tempo longe, né?. Acho que foi dois meses, aí ele me ligou... eu tava até pra Igreja, tava pra missa. Aí ele ligou, minha menina falou: “- Mãe, o R. ligou pra senhora, falou que é procês encontrar lá no bar...”. Falei: “- Então, tá...”. Aí ele me ligou, retornou. Aí eu falei: “- Não, a P. me deu o recado... eu vou, sim, só chegar lá em casa, trocar a roupa, eu pego o ônibus e vou”. Aí eu fui, nós ficou conversando e tamo namorando de novo!

(Tininha)

É significativa a forma como Tininha faz sua reinvenção no laço social. Ao descobrir a doença, relata que se revoltou ao saber que seu companheiro não estava doente como ela. Depois de passarem sete anos separados, Tininha se reencontrou com esse antigo companheiro, e ao saber que ele estava “doente como ela”, eles reataram o relacionamento. As mulheres pesquisadas ressignificam-se, assim, dentro do laço social, no âmbito da família, de uma forma curiosa, em que a doença parece ser a nova mediadora do laço, definindo com quem compartilharão seus segredos e sua intimidade.

Já Dora relata sentir uma vergonha sobre a doença, e diz se arrepender de não ter contado a todas as pessoas sobre a Aids. Tenho a impressão que há um aprisionamento causado pela doença, tendo em vista os estigmas e preconceitos que a Aids evoca, e que os sujeitos contaminados acabam ficando, de alguma forma, prisioneiros em sua nova condição, como se viver com HIV estivesse relacionado com alguma transgressão, um delito, um rompimento, ou até mesmo um pecado.

Mas essa... eu morro de vergonha, quando eu tô assim perto de uma pessoa, que a pessoa fala da doença, eu fico morrendo de vergonha. Eu fico com vergonha, assim... Eu fico sentida: por que que eu não contei aquele tempo lá, pra todo mundo? Eu fico constrangida... Eu sinto assim, vergonha, hoje... hoje em dia eu fico com vergonha (...). É, eu tenho vergonha das pessoas ficar... correr de mim (...). Eu tenho medo... ninguém dos outros assim sabe. Só a minha irmã mais velha, ninguém sabe dos meus irmãos.

(Dora)

Eu fiquei com vergonha, agora eu fico com vergonha de contar pras pessoas, porque eu num contei, né (...) É, porque tem gente que fica falando assim perto da gente que, falando, umas pessoas ficam falando que, assim, umas coisas assim, a gente fica sentida, assim(...) Ah... fica falando da doença com, parece que tá com nojo!

(Dora)

Dora revela sentir vergonha de sua própria condição. Quando escuta falar sobre a Aids, Dora envergonha-se, sente medo: a Aids traz à tona algo de estranho, algo que vem dela mesma, algo que estava recalcado, mas que, por algum motivo veio à luz. Quando eu questiono do que ela sente vergonha, Dora não sabe me dizer exatamente do que se envergonha, está diante de um *unheimlich* que emerge.

A respeito da doença como mediadora do laço social, Dora relata que gostaria de ter alguém que tivesse a mesma doença que ela:

Depois dessa doença, aí... eu fico com muito medo... às vezes vem um homem querendo sair comigo, eu falo (faz barulho de “não”)... Eu sei que eu tenho, né? Às vezes ele não tem, né? Eu falo: “- Não...”... Fica dando em cima de mim, mas eu nada...

(Dora)

É... por isso que eu penso assim: arrumar uma pessoa que sei que tem o que eu tenho!

(Dora)

Assim como Tininha, que só volta a se relacionar com seu antigo parceiro após descobrir que ele “estava doente como ela”, Dora revela uma preocupação semelhante, ao dizer que gostaria de ter uma pessoa que “tenha o que ela tem”. A Aids redefine, de forma peculiar, o lugar do sujeito, passando a mediar o laço social.

O *unheimlich* parece ser a resposta para muitas das questões que foram levantadas ao longo do trabalho: a Aids como segregadora da própria subjetividade, como doença que expõe, de forma explícita, tabus sociais, sobre o corpo, a mulher, a sexualidade, a diferença e também sobre a morte.

Quando não se nomeia a Aids, há uma tentativa das mulheres entrevistadas de negar a doença. Em todas as reuniões que frequentei, nas rodas de conversa na instituição, havia uma explícita tentativa de negar a própria existência da Aids, mesmo estando todos nós dentro de uma instituição de atendimento a pessoas vivendo com Aids. Todas as rodas de conversa na instituição começavam da mesma forma: era dito que a doença que mais matava não era a Aids (ou seja, tentativa de descolar Aids de morte), e então todos os participantes das rodas citavam várias doenças que matariam mais do que a Aids (“câncer”, “infarto”, “diabetes”). Há, assim, uma dicotomia quando se trata da Aids, um par de afirmação e negação da doença. Fala-se dela, mas não se fala.

Ouvi muitas vezes nas reuniões algo como “eu nem lembro que tenho isso”; ou seja, há a repetida negação da Aids, há que se negar que há um estranho habitando seus corpos. Além disso, quando questionei as mulheres entrevistadas a respeito do que mudou a partir da doença, a despeito de tudo que elas já haviam me contado, das limitações físicas, dificuldades emocionais, reinserção no laço social, na família, medo da morte elas responderam com uma negação, como na fala de Tininha:

Na minha vida?... Ahhh... mudou muita coisa... Tenho mais vontade de viver. Antes eu já tinha, né. Mas agora eu tenho mais vontade de viver. Quero viver mais.

(Tininha)

Disso eu não quero falar mais, não(...). Nem... gostar de falar nessa doença, eu não gosto, não...

(Dora)

Concluo este item e retomo Villela (2013), que aponta que viver com Aids aparece, em certos momentos, como se o sujeito contaminado tivesse cometido uma espécie de crime, e o corpo, prova do crime, precisa ser escondido, para que não seja descoberto. Há que se encobrir o cadáver. Villela (2013) aponta algo que pude perceber de forma muito significativa ao longo do trabalho de campo: o esforço em se encobrir o “crime” da Aids aparece de forma tão forte que há uma recusa em encarar a doença, em falar dela, em nomeá-la. A doença passa a ser segregada ao próprio espaço subjetivo, justamente para que o sujeito não precise lidar com aquilo que o fragmenta, que o divide, que o despedaça.

Considerações Finais

Numa daquelas estradas que eu mais tarde viria a percorrer de noite em infundáveis caminhadas, fui, a altura certa, surpreendido pelo despertar da pulsão sexual nas circunstâncias mais estranhas. Era o dia do ano novo judeu e os meus pais tinham providenciado para que eu participasse numa qualquer festividade religiosa. Talvez se tratasse da comunidade reformada, pela qual a minha mãe, seguindo a tradição familiar, sentia alguma simpatia, enquanto que meu pai estava mais familiarizado com o rito ortodoxo. Ele teve, porém, de ceder. Nesse feriado, tinham-me confiado a um parente afastado, a quem eu deveria ir buscar a casa. Mas, quer tenha sido porque me esqueci da sua morada, ou porque não me orientava naquela zona, o fato é que ia entardecendo cada vez mais e o meu errar tornava-se cada vez mais desesperado. Aventurar-me a ir sozinho à sinagoga estava fora de questão, pois era o meu protetor quem tinha os bilhetes de entrada. Os principais culpados do meu infortúnio eram a antipatia pelo quase estranho de quem eu dependia, e também o desprezo contra as cerimônias religiosas que só prometem situações embaraçosas. Então, no meio daquela atrapalhão, invadiu-me subitamente uma onda quente de medo – tarde demais, já perdi a sinagoga – e, ainda antes de a primeira se ter dissolvido, ou melhor, exatamente no mesmo instante, emergiu outra onda de total falta de escrúpulo – corra isto como correr, não é da minha conta. As duas ondas embateram implacáveis uma na outra, produzindo a primeira grande sensação de desejo, na qual se misturava a profanação do dia religioso com a promiscuidade da estrada que, aqui pela primeira vez, me fez pressentir os serviços que devia prestar às pulsões despertas. (Benjamin, O Despertar do sexo, 1987)

No decorrer da pesquisa, deparei-me com o estranho vindo de várias fontes: o estranho no corpo feminino; o estranho que adentra o espaço doméstico e as tecituras familiares; o estranho que a Aids evoca, esta estranha doença entre as doenças.

A Aids toca no corpo de forma pública, assim como foi, em outros momentos históricos, com a lepra e a sífilis. Ao tornar público aquilo que era de ordem íntima, uma vez que se trata de moléstia transmitida por contato sexual, a Aids desvela, abruptamente, questões que estavam recalçadas.

A Aids emerge saturada de dimensões morais e culturais, uma vez que toca nos costumes sexuais. Além disso, desponta como uma estranha entre as próprias doenças, provavelmente por tudo aquilo que traz à tona, colocando em xeque o saber médico, expondo temas tabus, e também tocando na maior ferida narcísica do ser humano, da imortalidade. O que a morte do outro evidencia é, em suma, a morte de nós mesmos, daí as movimentações de

Tininha, Dora e Brícia, sendo assim, é preciso silenciar essa doença que toca naquilo que cinde, fragmenta, despedaça.

A forma como a mulher é tratada nos quadros preventivos da Aids também é significativa, já que se trata de uma doença que emergiu socialmente como predominantemente masculina, no seio dos chamados grupos de risco. A Aids surgiu como doença dos homens homossexuais, usuários de drogas e das prostitutas, como a doença daqueles que fogem à norma familiar burguesa, daqueles que estão à margem do que é aceito, e que, devem, portanto, permanecer ocultos e isolados.

Pergunto-me por quê, após décadas, a Aids persiste, e por quê atinge cada vez mais mulheres como Tininha, Dora e Brícia, heterossexuais, mães de família, donas de casa. A resposta parece estar no fato de que, com a Aids, há um descortinamento da pulsão que nos governa, e daí talvez o *unheimlich* que insiste em aparecer. Precisamente nesse sentido, há um estranho que emerge com a Aids.

Com dados oficiais que não correspondem fielmente à realidade da doença, as mulheres, continuam anônimas sociologicamente, subnotificadas. A Aids desvela uma verdade difícil, ou até insuportável, de que as mulheres não são meras reprodutoras, guardiãs do lar e da família, sexual e socialmente passivas, mas donas de uma sexualidade desejante.

Com a Aids, a incógnita sexualidade desponta com toda sua potência. Há algo na Aids que expõe o caráter desejante da sexualidade, da prática sexual que não é voltada apenas para a procriação. Nesse sentido, a imagem de mulher ideal, dona de casa, no âmbito de um lar sagrado, é violada.

Quando a Aids deixa de ser a doença dos estigmatizados, dos excluídos, dos homossexuais e prostitutas e passa a se “feminilizar”, atingindo mulheres como Tininha, Dora

e Brícia, heterossexuais, casadas, que aparentemente encaixavam-se na ordem normativa do ideal de família, há algo que escapa. E é justamente este “algo que escapa” que tentamos capturar ao longo do trabalho. Há alguma coisa que escapa na sexualidade, nos corpos, na própria lógica que rege os sujeitos, capturados, o tempo todo, por algo que não é da ordem científica ou do saber médico, nem fundamento na objetividade, mas sim, da lógica inconsciente, esta Outra Cena que nos atravessa.

Por fim, há que destacar as invenções que o advento da doença nas vidas de Tininha, Dora e Brícia possibilita. Apesar de todos os impedimentos, do estigma, do preconceito, e até mesmo da ideia de morte que desponta em certo momento, emerge, ao longo das histórias dessas mulheres, um movimento de vida. Quando questiono-as sobre o que mudou a partir do diagnóstico de Aids, elas fazem uma relação entre o surgimento da condição doente e aquilo que viria dali para a frente: “Quero me cuidar mais”, “Parei de beber”, “Tenho mais vontade de viver”, “Quero ter bisnetos”. Tininha, Dora e Brícia, mulheres que narram histórias de luta, sofrimento, dor, reinventam-se com a Aids, criam novas maneiras de ser no mundo.

Referências

Adorno, R., Castro, A. L., Faria, M. M., Zioni, F. (1994). Mulher, muler: saúde, trablho, cotidiano. In: Alves, P. C. & MINAYO, M. C. (Org.). (1994). Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

Bacchini, Alessandro Melo, Alves, Lúcia Helena da Silva, Ceccarelli, Paulo Roberto, & Moreira, Ana Cleide Guedes. (2012). Reflexões sobre o inquietante de ser portador de HIV/Aids. *Tempo psicanalitico*, 44(2), 271-284. Recuperado em 07 de julho de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200002&lng=pt&tlng=pt.

Benjamin, W. (1987). Obras escolhidas, Rua de Mão Única. São Paulo: Ed. Brasiliense.

Birman, J. (2014). Mal-Estar na Atualidade: A Psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira.

Birman, J. (2016) Gramáticas do Erotismo – A feminilidade e suas formas de subjetivação em Psicanálise. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira. 2016.

Birman, J. (2017). Arquivos do mal-estar e resistência. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira. 2017.

Caram, C. M., Meira Y. M., Melgaço, R. G. & Travaglia, I. H. (2018a). “Familia: o que sai desse baú?”. In: Portugal, A. & Meira (Org.). Porão da família: ensaios de psicanálise. Belo Horizonte: Artesã Editora.

Caram, C. M., Meira Y. M., Melgaço, R. G. & Travaglia, I. H. (2018b). “Em nome da família”. In: Portugal, A. & Meira (Org.). Porão da família: ensaios de psicanálise. Belo Horizonte: Artesã Editora.

Curi, T. C. B. (2018). “Prefácio da Segunda Edição: Enlaçando códigos e monstros: a família sai do porão”. In: Portugal, A. & Meira (Org.). *Porão da família: ensaios de psicanálise*. Belo Horizonte: Artesã Editora.

Carvalhoes, F. F. & Teixeira, F. S. (2007). *Gênero, Sexualidade e Aids: Uma reflexão sobre o discurso de mulheres vivendo com HIV*. Rio de Janeiro: Anais de Resumos e Trabalhos Completos do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO.

Carvalho, J. A. (2003). *O amor que rouba os sonhos: um estudo sobre a exposição feminina ao HIV*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Caroso, C. A. & Rodrigues, N. (1998). Ideia de “Sofrimento” e Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa. In: Duarte, L. & Leal, O, F. (Org.). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Ceccarelli, Paulo Roberto. (2017). Psicanálise, sexo e gênero. *Estudos de Psicanálise*, (48), 135-145. Recuperado em 07 de julho de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372017000200014&lng=pt&tlng=pt.

Citeli, M. T; Souza, C. M. & Portella, A. P. (1998). Reveses da Anticoncepção entre Mulheres Pobres. In: Duarte, L. & Leal, O. (Org.). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Duarte, L. F. D. (1997). “A propósito da novidade dos objetos e realidades nas Ciências Sociais contemporâneas”. *Revista Ciências Sociais e Saúde*, São Paulo: Ed. Hucitec.

Duarte, L. F. D. (2003). “Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença”. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100013>

Duarte, L. F. D. (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Zahar.

Durkheim, Émile. (2003). *As Formas Elementares da Vida Religiosa*. São Paulo: Martins Fontes.

Enriquez, E. (2005). “Psicanálise e Ciências Sociais”. *Revista Ágora*, Rio de Janeiro, v. VIII, n. 2, jul/dez. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982005000200001>

Ferreira, N. P. & Motta, M. A. (2014). *Histeria: O caso Dora*. Rio de Janeiro: Zahar.

Fleig, M. O mal-estar no corpo. (2004). In: Keil, I. & Tiburi, M. (Org.). *O corpo torturado*. Porto Alegre: Escritos Editora.

Fleixa, J. P. (2013). *A Sexualidade de mulheres vivendo com Aids: contribuições da Psicanálise*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

Freud, S. (1989a). Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905)

Freud, S. (1989b). Totem e Tabu. Alguns Pontos de Concordância entre a Vida Mental dos Selvagens e dos Neuróticos. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol. 13). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1913).

Freud, S. (1989c). Sobre o Narcisismo: uma introdução. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol. 13). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914).

Freud, S. (1989d). Pulsões e destinos da pulsão. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1920).

Freud, S. (1976a). Psicologia de Grupo e a Análise do Ego. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1921).

Freud, S. (1976b). O mal-estar na civilização. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1930).

Freud, S. (1989e). Sexualidade Feminina. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1931).

Freud, S. (1976c). O Estranho. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1919).

Geertz, C. (1978). *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Zahar.

Guimarães, C. D. (2001). *Aids no Feminino: Por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?* Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.

Heilborn, Knauth, Aquino, Bozon. (2002) “Aproximações antropológicas sobre a gravidez na adolescência”. *Revista Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, 8(17): 13-45. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832002000100002>

Hita, M. G. (1998). “Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias”. In: Alves & Rabelo (Org.). *Antropologia da Saúde – traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/Ed. Relume Dumará.

Iannini, G. & Tavares, P. H. (2019). Freud e o infamiliar. In: Freud, S. *O Infamiliar. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. (Trad. de Ernani Chaves & Pedro Heliodoro Tavares, v. 8). Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Iannini, G. & Rocha, G. M. (2019). O infamiliar, mais além do sublime. In: Freud, S. *O Infamiliar. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. (Trad. de Ernani Chaves & Pedro Heliodoro Tavares, v. 8). Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica. *Revista Ágora*, Rio de Janeiro, 6(1): 115-138. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>

Jeolás, L. S. (2007). *Risco e prazer: os jovens e o imaginário da AIDS*. Londrina: Eduel.

Knauth, D. (1991). *Os caminhos da Cura: sistemas de representações e práticas sociais sobre doença e cura em uma vila de classes populares*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Knauth D. (1992). “Representações sobre doença e cura entre doentes internados em uma instituição hospitalar”. *Cadernos de Antropologia*, n. 5.

Knauth, Daniela Riva, VÍctora, Ceres Gomes, & Leal, Ondina Fachel. (1998). A banalização da Aids. *Horizontes Antropológicos*, 4(9), 171-202. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-71831998000200010>

Kehl, M. R. (2016). *Deslocamentos do feminino*. São Paulo: Boitempo.

Kofes, S. (1994). “E sobre o corpo, não é o próprio corpo que fala? Ou, o discurso desse corpo sobre o qual se fala”. In: Bruhns, H. T. (Org.). *Conversando sobre o corpo*. Campinas: Papyrus.

Laqueur, T. W. (2001). *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Lauretis, T. (1994). “A Tecnologia do gênero”. In: Hollanda, Heloisa Buarque de (Org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco.

Leal, O. (Org.). (2001). *Corpo e significado – Ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Ed. UFRGS.

Leal, O. (2001). “Sangue, Fertilidade e práticas contraceptivas”. In: Leal, O. (Org.). (2001). *Corpo e significado – Ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Ed. UFRGS.

Lewgoy & Leal, O. (2001). “Pessoa, aborto e contracepção”. In: Leal, O. (Org.). (2001). *Corpo e significado – Ensaios de Antropologia Social*. Porto Alegre: Ed. UFRGS.

Le Breton, D. (2007). *A Sociologia do Corpo*. Petrópolis: Vozes.

Lévi-Strauss, C. (1970). *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Lévi-Strauss, C. (1976). *O pensamento selvagem*. São Paulo: Cia das Letras.

Lévi-Strauss, C. (1968). “Introdução à obra de Mauss”. In: Coelho, E. P. (Org.), *Estruturalismo, antologia de textos teóricos*. São Paulo: Martins Fontes.

Lispector, C. (1998). *A via crucis do corpo*. Rio de Janeiro: Rocco.

Lispector, C. (2009). *Felicidade Clandestina*. Rio de Janeiro: Rocco.

Lispector, C. (1991). *A Legião Estrangeira*. São Paulo: Ed. Ática.

Lispector, C. (1974). *A paixão segundo G. H.*. Rio de Janeiro: José Olympo Editora.

Lispector, C. (1976). *O Lustre*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Mandelbaum, Belinda, Schraiber, Lilia Blima, & d'Oliveira, Ana Flávia P. L.. (2016). Violência e vida familiar: abordagens psicanalíticas e de gênero. *Saúde e Sociedade*, 25(2), 422-430. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016145768>

Martini, André de, & Coelho Junior, Nelson Ernesto. (2010). Novas notas sobre "O estranho". *Tempo psicanalítico*, 42(2), 371-402. Recuperado em 16 de junho de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382010000200006&lng=pt&tlng=pt (acesso em 10 de junho de 2019).

Maurano D. (2003). *Para que serve a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Mauss, M. (2003). *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Ed. Cosac Naify.

Melgaço, R. G. (2018a). "O estranho familiar e o familiar estranho". In: Portugal, A. N. & Meira (Org.). *Porão da família: ensaios de psicanálise*. Belo Horizonte: Artesã Editora.

Melgaço, R. G. (2018b). "A Lei Familiar". In: Portugal, A. N. & Meira (Org.). *Porão da família: ensaios de psicanálise*. Belo Horizonte: Artesã Editora.

Meira, Y. M. (2018). "Psicanálise com família: que barulho é esse?". In: Portugal, A. N. & Meira (Org.). *Porão da família: ensaios de psicanálise*. Belo Horizonte: Artesã Editora.

Moreira, Ana Cleide Guedes, Vieira, Milla Maria de Carvalho Dias, & Ceccarelli, Paulo Roberto. (2018). Sexualidade e ideal de feminilidade: contribuições para o debate. *Estudos de Psicanálise*, (49), 45-53. Recuperado em 07 de julho de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372018000100004&lng=pt&tlng=pt.

Motta, F. M. (2017). Bem mulherzinha: o sexo, o corpo e a relação homem/mulher. In: Brites, J. & Motta, F. M. (org.). *Etnografia, o espírito da antropologia: tecendo linhagens, homenagem a Claudia Fonseca*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC.

Moulin, A. M. (2006). O corpo diante da medicina. In: Courtine, J., Corbin, A. & Vigarello, G. (Org.). *História do corpo: as mutações do olhar: O século XX*. Petrópolis: Vozes.

Nunes, Silvia Alexim. (2011). Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal-estar. *Psicologia Clínica*, 23(2), 101-115. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652011000200007>

Oliveira, F. (1998). Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso? In: Duarte L, F. D. & Leal, O, F. (Org.). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Ory, P. (2006). O corpo ordinário. In: Courtine, J., Corbin, A. & Vigarello, G. (Org.). *História do corpo: as mutações do olhar: O século XX*. Petrópolis: Vozes.

Paim, H. H. S. (1998). Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: Duarte L, F. D. & Leal, O, F. (Org.). *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Paim, H. (2017). Amantes e esposas: alianças e conflitos em família. In: Brites, J. & Motta, F. M. (org.). *Etnografia, o espírito da antropologia: tecendo linhagens, homenagem a Claudia Fonseca*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC.

Perrot, M. (2003). “Os silêncios do corpo da mulher”. In: Soihet & Matos (Org.). O corpo feminino em debate. São Paulo: Ed. Unesp

Portugal, A. N. & Meira. (2018). Porão da família: ensaios de psicanálise. Belo Horizonte: Artesã Editora.

Ribeiro, M. A. C. (2003). A Neurose Obsessiva. Rio de Janeiro: Zahar.

Rodrigues, J. C. (1983). Tabu do Corpo. Rio de Janeiro: Ed. Achiamé.

Rosa, M. & Domingues, E. (2010). O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. *Psicologia e Sociedade*, 22(1): 180-188. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000100021>

Rosa, M. (2016). A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento. São Paulo: Escuta/Fapesp.

Roudinesco & Plon. (1997). Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Salles, Ana Cristina Teixeira da Costa, & Ceccarelli, Paulo Roberto. (2010). A invenção da sexualidade. *Reverso*, 32(60), 15-24. Recuperado em 30 de julho de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000300002&lng=pt&tlng=pt.

Sarti, C. A. (1994). A família como ordem moral. *Rev. Cad. Pesq.*, São Paulo, n. 91, p. 46-53, nov.

Silva Júnior, Jurandyr Nascimento, & Besset, Vera Lopes. (2010). Violência e sintoma: o que a psicanálise tem a dizer?. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(2), 323-336. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922010000800008>

Silveira, L. G. G. (2012). A ideologia da morte. *Educação e Filosofia*, 26(51), 337-349. Recuperado de <http://www.seer.ufu.br/index.php/EducacaoFilosofia/article/view/12340>

Soler, C. (2006). O que Lacan dizia das mulheres. Rio de Janeiro: Zahar.

Souza, I. (1998). “Retrato de Rose: considerações sobre processos interpretativos e elaboração de história de vida”. In: Duarte L, F. D. & Leal, O, F. (Org.). Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Valdivia, Olivia Bittencourt. (1997). Psicanálise e feminilidade: algumas considerações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 17(3), 20-27. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931997000300004> (acesso em 20 de junho de 2019).

Víctora, C. (2001). “As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriações dos modelos médicos”. In: Leal, O. (Org.) Corpo e Significado – Ensaio de Antropologia Social. Porto Alegre: Ed. UFRGS.

Villela, Angela Bezerra. (2013). A atualidade da psicanálise: do HIV à escuta pulsional. *Cadernos de psicanálise (Rio de Janeiro)*, 35(29), 77-87. Recuperado em 17 de julho de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952013000200005&lng=pt&tlng=pt.

Woolf, V. (2012). Profissões para mulheres e outros artigos feministas. Porto Alegre: L&PM.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Representações de Corpo e de Morte entre Mulheres Portadoras do Vírus HIV/AIDS”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Dra Anamaria Silva Neves (Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia) e Ana Carolina Nascimento Silva (Aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, Bolsista do CNPq-Brasil).

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender como as mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS compreendem seus corpos e o que pensam a respeito do tema da morte. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Ana Carolina Nascimento Silva na ONG Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS – Núcleo Uberlândia, MG, antes da realização das entrevistas. Antes de participar da entrevista, você terá um tempo para decidir se quer ou não participar da pesquisa. Na sua participação, você será entrevistada pela pesquisadora, e contará sua história de vida. As entrevistas serão gravadas com aparelho de áudio e depois serão transcritas pela pesquisadora. Após a transcrição das gravações para a pesquisa, todo o material será apagado.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos de participação na pesquisa consistem na remota possibilidade de revelação da identidade dos participantes na divulgação dos resultados da pesquisa. Para minimizar esse risco, as pesquisadoras envolvidas no projeto farão tudo que estiver ao seu alcance para garantir o sigilo de dados confidenciais ou quaisquer dados que, de algum modo, possam provocar constrangimentos ou prejuízos aos voluntários. Para preservar o anonimato dos participantes, adotaremos nomes fictícios, o nome da instituição será ocultado e não divulgaremos nenhum dado de foro íntimo que possa identificar a participante. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados dessa pesquisa serão publicados, porém sem revelar seu nome, o nome da instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Os benefícios dessa pesquisa consistirão no aprofundamento teórico sobre o tema, o que poderá contribuir para acompanhamento e tratamento de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados, devendo o pesquisador responsável devolver-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por você. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Anamaria Silva Neves, telefone 3218-2701 e Ana Carolina Nascimento Silva, telefone 99120-5756. Ou ainda, no seguinte endereço: Av. Maranhão, s/n, Bloco 2C, Sala 2C54, Campus Umuarama, Uberlândia, Minas Gerais, CEP 38400-902. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de

Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

Entrevistas

Dora, primeira entrevista.

- As outras que eu tenho eu não contei, não.
- Me fala um pouquinho de você, qual a sua idade, você nasceu aqui em Uberlândia mesmo?
- Não, sou de Patrocínio...
- De Patrocínio?... Quando que você veio pra cá?
- Icha... faz muitos anos que eu vim...
- Criança?
- Não, eu era mocinha... Não lembro da idade, não, era mocinha. Já trabalhava... trabalhava na roça, né?
- Uhum... e por que vocês vieram pra cá?
- Porque tava passando dificuldade.
- Aí vocês vieram pra trabalhar?
- É, uma irmã minha, que casou lá e veio pra cá, aí foi lá e buscou nós. Aí foi buscando aos poucos... buscava um, depois buscava outro... Aí foi buscando aos poucos porque num tinha condição de dinheiro pra pagar, aí nós veio assim.
- E são quantos irmãos?
- Oito (pausa).
- Me fala um pouco de você, me conta a sua história...
- Minha história... (pausa) É... Não tenho história pra contar direito, não.
- Tem não?
- (risos).
- Há cinco anos eu... arrumei essa... Quando eu peguei esse trem, essa... eu... Eu peguei e eu pensava assim que eu bebia demais, eu ia no médico e eles achava que era... falava que era bebida, né. Aí ficou como sendo a bebida que eu ficava bebendo demais, sei nem como, da onde que veio...Penso eu... Porque eu era muito, assim... tinha um marido, ele fazia as coisas, aí eu fui competir com ele. Aí eu acho que foi isso que eu peguei, né...
- Que que ele fazia?
- Me enganava! Com outras mulheres... Aí ele quis... Eu fiquei com raiva, e peguei mas... por um tempo que eu nem sabia disso, que existia esse trem direito...
- Aham...
- Aí eu peguei, aí ele morreu... mas eu num fiquei sabendo se foi dele... Que ele também bebia, né, então... que eu era meia lerda... Às vezes eu penso assim: já que ele tá fazendo gracinha, vou fazer também! Foi assim que começou...
- Começou a sair, conhecer outras pessoas...
- Mas confiava, ficava com as pessoas de confiança, né. Aí eu não sei se foi essas pessoas de confiança... Isso aí eu não sei o que aconteceu, não.
- Ou se foi o seu marido...
- É, não sei. Não posso falar que é ele, porque, né... porque eu não sei. Porque eu bebia demais... Às vezes eu bebia e nem...
- Bebia todo dia?...
- Bebia todo dia! Essas hora assim eu já tava bêbada há muito tempo... Mas eu trabalhava, assim, trabalhava de segunda a sexta.

- E dava pra trabalhar?
- Trabeiava assim meia baqueada mas trabeiava. Eu sei que... depois esse trem foi apertando... essa doença foi apertando... Ia na uai, dava medicamento... Falava assim: é a bebida, né.
- Ninguém nem desconfiou?
- Uh hum! Aí um dia, eu fiquei sabendo assim, foi num... num centro espírita: aí eles falou que era isso.
- Você foi tomar passe...
- É, fui... Aí eles falou, né. Mas aí eu num liguei também, não. Aí depois eu fui ficando ruim... bebendo mais, fui ficando ruim, fui ficando ruim...
- Que que você sentia?
- Ah... fraqueza demais... tava bebendo demais..., fraqueza demais... Peguei um dia, tava emagrecendo... agora até que eu engordei... porque eu dei bactéria, né. Porque eu dei bactéria, agora que melhorou um pouco. Aí de um tempo que... tava emagrecendo, emagrecendo, fui emagrecendo... Aí uma cunhada minha, a irmã do meu marido, chamou meu irmão e falou assim: “- *Leva a sua irmã pra sua casa porque ela vai morrer!*”
- De tão magra que você tava...
- Aí ela me levou... aí eles “*Vamo lá na Medicina*”... aí nós foi...
- E aí?
- Aí foi lá que descobriu que era isso mesmo, né... que era isso...
- Fez o exame de sangue... E o que que você estava sentido além de fraqueza?
- Ixa, eu dei uma feridada no corpo... num comia...
- Num tinha apetite...
- Não... Aí o Dr. A. que cuida de mim lá na Medicina... Aí quando eu fui lá, o Dr. A. falou assim... fiquei internada lá uns... não sei se foi um mês... Aí ele perguntou assim: “- *Cê vai tomar medicamento, eu vou te dar ou cê...*”... Perguntou se eu queria ou se eu não queria, se eu ia tratar, fazer o tratamento, né. Aí minha irmã fala pra mim hoje em dia que eu fui láá na frente lá da Medicina, lá naqueles corredor lá e voltei e falei pra ele: “- *Pode passar os medicamento, que eu vou tratar*”. Mas aí ela pegou e falou assim: “- *Vou levar você pra minha casa, nós num vai contar pra ninguém*”, só contou pros lá da casa dela, né? Aí tô vivendo assim... Mas essa... eu morro de vergonha, quando eu tô assim perto de uma pessoa, que a pessoa fala da doença, eu fico morrendo de vergonha.
- Você não se sente à vontade de falar...
- Eu fico com vergonha, assim... Eu fico sentida: por que que eu não contei aquele tempo lá, pra todo mundo? Eu fico constrangida... Eu sinto assim, vergonha, hoje... hoje em dia eu fico com vergonha
- Você tem vergonha de quê, assim? Vergonha da doença... vergonha das pessoas...
- É, eu tenho vergonha das pessoas ficar... correr de mim...
- Aham...
- Eu tenho medo... ninguém dos outros assim sabe. (Só a minha irmã mais velha?), ninguém sabe dos meus irmãos.
- É só a sua irmã mais velha que sabe e a família dela?
- Uhum.
- E como você se sentiu quando você descobriu?
- Eu num senti nada... eu num liguei, não!
- Nem tchum...

- (Estala a língua). Só resolvi a tratar e pronto. Num fiquei assim com medo de nada, não. Eu fiquei com vergonha, agora eu fico com vergonha de contar pras pessoas, porque eu num contei, né...
- Você arrepende de não ter contado? Até para você viver mais...
- É, porque tem gente que fica falando assim perto da gente que, falando, umas pessoas ficam falando que, assim, umas coisas assim, a gente fica sentida, assim...
- Tipo o quê?
- Ah... fica falando da doença com, parece que tá com nojo! Das pessoas, né...
- E isso, assim, alguém da família às vezes fala? Como que é?
- Ah... às vezes tem uns da família que não sabe que eu tenho e fala alguma coisa assim... Mas não sabe que eu tenho, né? Mas não fala assim... que tem medo, nada assim, não. Mas eu fico sentida... Aí tem meu problema que eu fico com vergonha...
- E o seu ex-marido está vivo ainda?
- Não... ele morreu.
- Me conta um pouco dessa parte, o que aconteceu... Vocês continuaram juntos quando ele morreu? Vocês estavam juntos?
- Não, quando ele morreu, ficou meio esquisito, assim, um tempo... Aí depois saiu assim, a mãe dele foi lá na minha casa, pegou e falou assim: “- *Vamos lá em casa...*” Aí ele falou assim: “- *Cês vai descendo e depois eu vou*”. Aí ele pegou e invés de nós ir junto, aí eu ficou pra trás, e ele saiu descendo assim, invés dele ir pra casa da mãe dele, ele foi pra outro lado.
- Uhum...
- E esse lado que ele foi, aconteceu um acidente com ele. Aí morreu...
- Foi atropelado? Nossa!
- Mas aí também não fiquei sabendo se ele tinha, não... não falaram que era isso não...
- Ele não ficou doente antes desse acidente?
- Não... uma vez ele deu uns problema lá e... quando ele deu problema, que ele viu que ele ficou ruim assim também, o remédio que ele tomava ele dava pra mim, mas eu num entendia de nada, não sabia de nada...
- Ele te dava também o remédio dele... Qual foi esse problema que ele teve?
- Ah teve umas... que ele já era muito mulherzeiro, já teve doença lá dos... mulher lá...
- Aí já te dava o remédio também porque ele já sabia que ele poderia ter te passado...
- Mas eu também não sei, também né, porque eu fiquei muito custosa... Aí depois que ele morreu, eu arrumei outro... Mas aí como eu num sabia que eu tinha... aí eu só fiquei sabendo que eu tinha depois que ele morreu, eu enrolei com outro... Mas o outro também... aí eu peguei, fiquei sabendo assim que eu tinha, aí eu oh: fui embora. Larguei. Fiquei com vergonha...
- Você não contou pra ele? Você não ficou com vontade de contar pra ele? Às vezes ele te apoiava, ficava... você ficou com medo dele... O que você sentiu? Você ficou com medo dele..., de alguma coisa?
- É... Fiquei com medo, é... da família dele me xingar.... ou alguém brigar comigo, falar...
- Uhum...
- Aí eu num contei pra ninguém, não... Mas minha irmã, que ela tinha falado assim pra mim: “- *Vai lá pra casa, cê vai lá pra minha casa, eu vou cuidar de você e você não precisa contar nada pra ninguém, né?*”. Antes se eu tivesse contado, né? Não contei, não. Até hoje a família

dele num sabe, porque eu num contei... Se eles sabe de alguma coisa, se eles pensam que que eu tenho, né...

- Vocês não falaram mais? Você e esse...

- Não, aí depois, ele pegou e morreu também.

- Morreu também? O que que foi com ele?

- Ficava bebendo demais. Aí quando eu enrolei com esse outro, segundo, eu já bebia, aí eu danei a beber... bebendo, bebendo... Aí foi, a doença veio... Aí que esse negócio veio.

- A bactéria? Me fala que que você sentia...

- Ixa... ficava ruim demais. Aí deu dor de barriga, só, num comia nada e... aí eu fui secando, secando... só dor de barriga, não comia nada... fiquei fraquinha.

- E sua irmã que cuidava de você?

- Aí fiquei com o corpo cheeeinho de ferida... Nossa, eu sofri com essas ferida...

- Sentia dor?

- Nossa!!! Não dormia à noite...

- De dor.

- De dor.

- À noite doía mais?

- Coçava demais... Mas graças a Deus, aí eu fui num... num postinho uma vez, aí tinha um médico lá muito bom... E me passou uns remédio lá, passou essas ferida. Aí eu fiquei tratando... Até hoje eu tô tratando com esse médico, o Dr. A. lá.

- Lá na UAI?

- Lá na Medicina.

- E você toma todo dia certinho os remédios?

- Tomo... Lá na Medicina tá tudo bem, agora só que tá ruim é esse... que deu bactéria... Só isso que deu.

- Deu de novo?

- Deu bactéria e agora deu essa dor no braço.

- Ah, é o que a senhora falou no começo, a senhora estava achando que era porque estava carregando muito peso... ou não, a senhora acha que não é isso, não?

- Sei lá... eu carregava muita coisa, carregava muito peso, num sei se é isso... Ou se foi da batida da moto, que a moto bateu assim, oh! Eu tava atravessando, você sabe o Dona Zulmira, você conhece o Dona Zulmira?

- Uhum...

- Tava atravessando a ponte... assim, eu tava atravessando a rua, aquele corredor da ponte, ali. Aí lá do outro lado, assim, do lado que vem assim do Daniel Fonseca,, a moto veio, o motoqueiro não me viu e bateu assim (faz gesto e bate). Ai, ai...

- Que dia que foi isso?

- Ixa... já tem muito... tem três anos. Agora depois de três anos esse braço danou a doer...

- Começou a doer agora?

- É! Não doía, não... Eu fui lá na UAI, tirei Raio-X... Num deu que quebrou, não.

- Uhum...

- Mas machucou isso tudo aqui assim... quando bateu assim. Mas num deu que quebrou, não. Agora que tá dando essas dor.

- Uhum... E essa dor é o dia todo? Como que é? Dói mais em algumas horas?

- Não, não... mais à noite. De dia até que é...

- De dia até que você esquece da dor?
- De noite é que é ruim mesmo... agora de dia... Aí de noite eu passo álcool, arnica... bebo remédio que nem sei se pode beber, eu bebo...
- Não sabe se pode misturar, né... às vezes faz mal.
- Bebo Dorflex... Dorflex diz que não pode ficar bebendo também, né?...
- Não pode?
- É... diz que enfraquece os ossos, né? Mas eu bebo assim mesmo, de vez em quando, pra aliviar um pouco a dor. Hoje eu vinha pra cá, porque eu trabalho demais, ajudo a minha irmã, né, aí eu peguei um Dorflex, já veio a minha sobrinha: “- *Cê sabe que você não pode!!!*” (imita voz em tom de briga). Falei: “- *Então tá*”. Mas pus aqui no bolso, tá bem aqui.
- Risos
- Mas não bebi, não.
- E a sua sobrinha sabe?
- Sabe.
- Então por isso que ela falou “-*Você sabe que não pode*”... Você está morando com a sua irmã, então...
- Uhum...
- Quem mais mora? Você tem filhos?
- Não...
- Não teve filhos?
- (estala a língua sugerindo “não”). Não, não tenho filho, não, mas em compensação os filhos dos meus parente tudo que nasceu, eu que cuidei.
- Você que cuidou...
- Uhum... Não são da minha barriga mas tem um trem meu lá.
- Como se fosse seu...
- E essa casa que eu moro, tem duas lá, que é gêmea...
- Gêmeas?
- É... aí tudo garrada ni mim. Às vezes eu num tô querendo naaada com a dureza, elas vêm, às vezes senta no meu colo, aí eu falo: “- *Ai, meu Deus do céu...*”. Tem um pequenininho, o M. gosta dele, ele pergunta: “- *Cê num quer me dar ele, não? Aquele pretinho...*” (porque ele é pretiinho!! Mas assim, bem mais pretinho que eu, sabe?) (Trecho incompreensível). Sei que... trem tá feio. Só que, num ligo muito pra essa doença, também... Nem ligo... E também não tenho vontade de falar pra ninguém, assim... Quando eu vou pra algum médico, aí eu já falo, né... Que às vezes vai me dar um remédio, né?
- Aí você fala de cara...
- Aí eu falo... Só não falo pras pessoa conhecida... assim... de casa.
- Uhum...
- Mas quando eu vou no médico... às vezes eles nem interessa saber, né? Outro dia eu fui na UAI por causa desse braço aqui, né, aí ele perguntou: “- *Cê tem algum problema de saúde?*”, falei: “- *Tenho...*”. Aí já cantei pra ele. Aí ele falou: “-*Não... isso tem nada a ver...*”.
- Ele falou? Tem nada a ver, não interfere, não?
- (estala a língua sugerindo “não”). Falei: “- *Ixa... pra que que eu fui falar... nem devia ter falado pra ele que...*”. Mas aí eu falei, né, que é bom falar de uma vez que aí já num... Às vez vai me passar alguma coisa, algum remédio...
- É... pode interferir... E você conseguiu parar de beber?

- Consegui quando... eu fiquei na Medicina, fiquei internada, né, ele me falou “- *Vou te passar uns remédios, cê vai tomar?*”... Aí como eu te falei, que eu fui láá na frente dos corredor da Medicina e voltei e falei pro Dr. A. assim: “- *Pode passar que eu vou tomar*”. Aí nunca mais, né... Tem muitos anos...
- Quanto tempo?
- Ixa... tem mais de uns vinte anos...
- Que foi quando você descobriu...
- Aí eu num bebi mais, também...
- Conseguiu parar de beber...
- Graças a Deus. Aí nem gosto mais das pessoas que bebe agora... fica bebendo perto de mim...
- Agora te incomoda...
- Que eu fico com vergonha...
- (Deixa eu só ver aqui...) Me fala um sonho que você tem...
- Um sonho? Um sonho que eu tinha era de ter casado, mas num... nunca consegui casar. Agora também nem...
- Agora você não liga mais?
- Aí depois desse marido que morreu... num arrumei mais ninguém.
- Não arrumou mais ninguém? E você não sente falta de ter uma companhia... ?
- Uh hum. Fico só no meu canto, quieta... Não vou pra lugar nenhum... Só vou numa irmã minha, que ela mora, mora aqui em Uberlândia, mas numa roça aí. Aí eu vou. Depois que deu a bactéria, aí eu parei de ir, porque tava doendo demais... (pausa) Não quero saber de homem mais nunca na minha vida.
- Por quê?
- Ahh... tomei antipatia.
- Antipatia?
- Depois dessa doença, aí... eu fico com muito medo... às vezes vem um homem querendo sair comigo, eu falo (faz barulho de “não”)...
- Não quer...
- Eu sei que eu tenho, né? Às vezes ele não tem, né? Eu falo: “- *Não...*”... (trecho confuso). Fica dando em cima de mim, mas eu nada...
- Nada... não quer saber agora... É... disse que a gente falou, dessa conversa que a gente teve até agora, tem alguma coisa que você quer retomar, pra gente voltar na próxima? O que você achou mais importante das coisas que você me contou... ?
- (Silêncio) Disse eu não quero falar mais, não...
- Não gosta de falar disso...
- Nem... gostar de falar nessa doença, eu não gosto, não... (Alguém interrompe).

Dora, segunda entrevista.

- (...) sua idade.
- Cinquenta e oito... nove.
- Escolaridade...
- Escolaridade?
- É... fez até que série?
- (pausa) Ah... até... eu estudei tanto... estudei até a segunda.
- Profissão...
- Doméstica.
- Você nasceu aonde? Aqui em Uberlândia mesmo?
- Patrocínio.
- Há quanto tempo você mora aqui em Uberlândia?
- Ixa... eu... tem mais de vinte anos.
- Veio criança? Você lembra?
- Hum?
- Você veio...
- É, eu vim mocinha.
- Mocinha... eu vou colocar mais de vinte. Estado civil?
- Solteira.
- Sem namorado?
- Aham.
- Tá solteira e sozinha?
- Graças a Deus!
- Risos.
- Tem filhos?
- Não.
- Ah, você já me falou isso.
- Tem não.
- É... você se dava bem com seus pais?
- Eu dava mais bem é com o pai. Com a mãe eu era meia... atrevida.
- Por que?
- Ahh... eu não sei. É que acho que o meu pai era mais... calmo. Sei lá! Eu sei é que eu... penso... que eu dava mais bem era com o pai.
- Sua mãe era nervosa?
- Não, não é que ela era nervosa, é que... Sei que, eu lembro que eu... quando eu precisava mais, assim, conversar, falar alguma coisa, era o pai, né? Invés de ser a mãe, era o pai.
- Você tem irmãos?
- Tenho.
- Tem... você até mora com a sua irmã, né. Quantos irmãos?
- Agora é sete.
- Sete irmãos... Como é que foi a infância com sete irmãos?
- Ah, minha infância foi muito... (silêncio). Eu passei muita fome..., muita dificuldade. Passei muita dificuldade na infância.
- Uhum... Quando você começou a trabalhar? Você lembra?

- Ahh, desde quando eu entendia por gente que eu... desde quando eu nasci... que eu já entendi por gente eu já trabalhei.
- Já trabalhava...
- Que eu lá, onde é que eu morava, Patrocínio, era tudo trabalhador... trabalhava na roça.
- Uhum...
- Então... Deusde que já foi crescendo eu já... ir pra lida.
- É... quando que foi que você se casou, a primeira vez? Você chegou a casar?
- Não, cheguei a casar, não: só... juntei os trapo.
- Juntou os trapo... Então casou, né?
- Casou, hein?
- (risos). Você tinha quantos anos?
- Uns vinte.
- E... na sua casa, você falou que você era mais próxima do seu pai... Eles conversavam sobre... sobre corpo, sobre menstruação... sobre namorado...
- (estala língua sugerindo “não”). Não.
- Não? Nada?
- Não conversava.
- E como que foi a sua primeira menstruação?
- Minha primeira menstruação... ela veio, eu nem sabia o que que era isso. Aí eu fiquei assustada. Porque não sabia o que que era e ninguém explicou nada... Aí quando eu peguei, eu tava com uma amiga minha, e o trem desceu, né? Aí na hora que eu vi aquilo, eu oh: fui embora. Sem falar nada, fui embora. Só sei que eu nem sabia o que que era aquilo, eu, pra mim, aquilo era um trem muito...
- Muito ruim? Que era sangue... Sangue assusta a gente, né? E aí você chegou em casa... com quem você falou?
- Aí eu cheguei em casa, na, na onde que eu morava, eles perguntou: “- *Uai, por que cê veio embora?*”, aí eu falei assim (olha o tanto que eu era criança!): “- *Uai, é porque eu sentei no tijolo e sujou minha roupa*”.
- Risos.
- [Trecho incompreensível]. Depois que eu fui contar pra eles disso, que eles foram me explicando...
- Pra quem você contou?
- Pra uma mulher lá... amiga minha que... que eu morava com uma amiga minha, né. Eu morava com a minha irmã, e não dava certo... Aí ela falou assim: “- *Vem morar comigo...*”. Ela tinha as filha dela, aí eu peguei e fui, né.
- É com ela que você morava... Aí, ela que te ajudou? Ela te explicou o que que era?
- Aí ela me explicava tudo...
- Ela era como se fosse uma mãe?
- Era... Me ensinou a fazer as coisa... tudo... Me ensinou tudo.
- E com ela? Ela conversava sobre namorado? Sobre sexo...
- Não.
- Nada?
- Namorado, assim: quando eu arrumava namorado, era ali perto dela. Eles iam na minha, na casa dela... eles ia tudo lá sentado lá junto.
- Todo mundo na sala. Não tinha, assim..., avisando o que fazer para evitar gravidez?...

- Não.
- Não... hm... Você é uma mulher nervosa?
- Sou.
- É?
- O que que te deixa nervosa?
- Ah... como eu sei fazer as coisa tudo, né, na casa, por exemplo assim, sei fazer as coisa, que as pessoas querer me ensinar... de modo que a minha irmã, ela sabe que eu sei limpar a casa dela, arrumar bem limpinho.. ela quer me ensinar! E eu fico muito nervosa!! Com isso eu sou muito nervosa.
- Hã... Como foi descobrir o HIV?
- Ahh... (trecho incompreensível). Mas eu também num... Não me importei muito, não. Num fiquei sentida assim, não. Falou lá, eu num fiquei... num pus aquilo na cabeça... Falou ali, fui fazer o tratamento lá na Medicina... passei a tomar os remédio... O médico falou que... Que como eu bebia, né. Eles achava que era da bebida, né...
- Uhum... eu lembro que você me contou.
- É... Aí fui no médico (aí eles falou que era isso...).
- Parou de beber... Foi com... foi descobrindo o HIV que você parou de beber?
- Uhum... Aí parei de beber. Tem mais de uns vinte anos... Aí eu parei. Quando eu descobri, ele falou assim: “- *Você vai tomar os remédios ou vai ficar bebendo?*”. Falei: “- *Não, vou tomar os remédios*”.
- Uhum... aí você toma todo dia os remédios, não falha... Até porque o álcool pode cortar o efeito, né... E o quê mudou na sua vida depois que você descobriu o HIV? Além de ter parado de beber... porque você começou a se cuidar mais, né? De um jeito...
- (Pausa) O que mudou mais? Que eu cuido mais de mim! Só não tô cuidando desses dente ainda porque... ainda... Eu cuido assim: eu vou lá e ranco, né? (Rindo). Só isso que falta. Mas eu cuido... eu fiquei mais assim... num... Antigamente eu... eu num importava de sair com alguma pessoa... Agora eu num tenho nem vontade de sair com ninguém... Num tenho coragem. Tenho vergonha.
- Por que?
- (Risos). Porque depois desse... por exemplo: se for uma pessoa que num tem o que eu tenho, vai querer saber que... Porque tem que usar camisinha. Aí tem pessoa que num aceita, né?
- Uhum... aí você fica com medo, né, de ter que falar da doença...
- Aí eu num... Eu prefiro nem... num ter nada com ninguém.
- ... do que ter que falar pra usar camisinha. (Risos) Uai, Beth, mas só falar pra colocar camisinha, uai... (Risos).
- Não! Um dia que eu falei, o homem tava doidinho... eu falei pra ele. Ele falou nem... ele pegou e falou pra mim assim: “- *Eu nunca arrumei uma muié que precisava de usar camisinha...*”. Eu falei... eu fiquei calada, né.
- Aí não falou nada... E essa coisa também de ter que ficar negociando a camisinha com a pessoa, e a pessoa não poder falar que não quer usar... isso também dá uma atrapalhada, né? Se tivesse um jeito de você não ter que pedir pra pessoa colocar camisinha, aí às vezes ficava mais fácil, né?...
- É... por isso que eu penso assim: arrumar uma pessoa que sei que tem o que eu tenho!
- Que aí dá pra ficar mais à vontade, né! Dá pra ficar sossegada...
- Uhum! Aí eu nem... é por isso mesmo que eu fico só na minha, num arrumo ninguém, né...

- Nem pra dar uns beijinhos? Dançar...
- (estala a língua, sugerindo não).
- Não? Nadinha?
- Não. Dançar, de vez em quando, assim... se tiver alguma festa dum sobrinho... que eu tiver disposta... um aniversário que eu tiver assim disposta... Igual o dia do meu aniversário, eles falou assim: “- *Dança aí, samba, que eu sei que você sabe*”. Aí eu dancei, eles ficou aleegre demais!!
- E você ficou alegre também?
- Fiquei. Aí eles até... Uma ex-patroa minha pegou e mandou pra filha dela o vídeo. Gravou tudo lá, mandou pra ela lá...
- O vídeo de você dançando?
- Ué, você fez sucesso então, Dora.
(Riem).

Tininha, Primeira entrevista.

- Me conta um pouco da sua história... me fale um pouco de você. Você nasceu aqui em Uberlândia mesmo?

- Sou daqui de Uberlândia. Nasci e sou criada aqui. Sou filha daqui mesmo. Só saí pra trabalhar em São Paulo por dois anos, mas logo retornei, né. Isso foi antes de eu ficar doente. Eu acho que se eu ficasse doente lá, né, num ia ter como. Aí eu vim pra cá e num voltei mais.

- Uhum...

- Aí eu tava procurando serviço, tava difícil serviço aqui... Aí eu fiz uns exames de rotina, né... Você quer saber sobre a doença...?

- Pode ficar à vontade pra...

- Aí eu fiz exame de rotina... aí eu fui pra Dra. R., a médica, Clínica Geral. Aí eu marquei consulta com ela, lá no UAI do Tibery. Aí ela pediu, fez os exames... Aí, só, que eu fiquei assim... não fui buscar meus exames, sabe? Num fui saber o resultado dos exames. Aí passou muuito, passou muito tempo, passou uns seis meses... Aí minha menina preocupou, né? Ela falou assim: “- Mãe, a senhora não ficou sabendo o que que deu aqueles exames da senhora?” Falei: “- Ih, não, tô nem preocupada em... saber nada, não”. Só que antes, saiu umas... umas espinhas aqui assim, nesse lugar, assim. E aí ficava aquele trem amarelinho, eu pegava a pinça assim de, de cabelo, de, de pinça de sobancelha, e tentava tirar aquele trem amarelinho, sabe? E aquilo num... era bulbo... E eu, como tinha que ser madrinha dum casamento, eu falei: “- Nossa, isso vai atrapalhar”. Aí passou. Aí depois, saiu uma aqui no rosto: é onde tem essa marca aqui, tá vendo?

- Aham...

- Aí, e foi inchando e não doía. Aquilo foi ficando vermelho... cada dia... Aí um dia eu apareci com o rosto muito inchado, né. Olhei no espelho e falei com os meus meninos assim: “- Uai, vou lá no UAI ver que que é isso”. Fiquei com o rosto muito inchado. Fui lá, o médico olhou e falou assim (olhou, tornou e falou assim): “- Nossa! Isso aqui é uma infecção muito forte que a senhora tá. Oh: a senhora vai ficar internada...”. Ele falou: “- Só tem uma vaga aqui... A senhora não vai embora, não”. Falei: “- Não, mas eu tenho que voltar pra mim falar com meus filho que eu vou ficar internada, que se não eles vai ficar preocupado, porque eu vim pra consultar...”. Aí falei: “Moro aqui pertinho, três ruas aqui pra baixo”. Ele falou: “- Você vem mesmo?”, eu falei: “- Venho, uai! Tenho que ficar internada eu vou vim, tô com o rosto desse jeito, né.” Fui lá e avisei pros meus menino, né. Falei: “- Oh, eu vou ter que ficar internada”... Aí fiquei lá cinco dias, com compressa, né, de água morna com a bolsa... pra ver se curava. E a cura... E num vinha... num vinha a cura aqui. Um dia ele falou assim: “- Oh, se num vim a cura hoje, eu vou pôr mais uma bolsa. Se não vim hoje, nós vai ter que cortar. E não tem anestesia, a senhora sabe”. Falei: “- Não, eu sei...”. Falei pra uma senhora lá: “- Nossa, se tivesse jeito de fugir daqui, eu ia fugir”. Bem que ele (o médico) me ouviu e falou: “- Oh, cê vai pensando que vai fugir?”. Falei: “- Não...”. Ele falou: “-

Oh, vigia aí que que se não, ela vai fugir...”. Falei: “- Não... eu tô brincando, uai. Claro que eu não vou fugir. Pular dessa altura num dá, né”. Aí ele veio e esperou, ficou esperando, não veio a cura... Ele falou: “- A senhora tá preparada?”. Falei: “- Tô...”. Levou, pegou eu tudo, pois eu lá na cama... Falou assim: “- Agora a senhora vira pro canto de lá”. Falei “- Não, vou ficar quietinha”.. Falou: “- Vira pra lá que é muito, assim, vai ser muito dolorido pra senhora”. Falei: “- Não, meu cérebro faz eu ficar reta, que eu sou assim”. Ele falou: “- Então tá bom, mas se doer, a senhora pode apertar meu braço! Pode arrancar os cabelos do meu braço todinho”. E ele veio de uma vez, assim, passou a lâmina assim, bum!!

- Ai!

- E aí, falei: “- Ai!”. Aí ele falou: “ – Agora eu vou tirar, espremer pra limpar”. Falei: “- Não, espreme não, deixa vazar que vai sair tudo”. Aí ele falou assim: “- Então, vamos ver se sai mesmo...”. Aí ele limpou, aí já veio com uma injeção pra mim... eu já.... Num vi mais nada, quando eu acordei eu já tava na cama, já, sabe?

- Uhum...

- Mas eu já não sabia, ainda não sabia o que eu tinha...

- Ah, ele estava achando que era uma infecção?

- E ele falou assim: e essa infecção forte, poderia ir pro cérebro da senhor, poderia comprometer, né. Aí depois disso, eu peguei e passei e fui pegar o resultado desses exames. Fui lá, né, conversar com a médica. Ela falou: “- Nossa, demorou muito a vir!”. Aí ela foi passando as coisas... Ela falou: “- Oh, diabetes a senhora não tem nada, tá bom diabetes... É... colesterol a senhora também não tem... Mas tem um negócio aqui, que tem um problema. O sangue da senhora coagulou.

- Coagulou?

- É. Ela falou: “- Tem um trem estranho. A senhora vai ter que fazer outros exames”.

- Ah, então ela não suspeitou de cara de AIDS.

- Não... eu, no dia que eu consultei com ela, falei assim (porque tava todo mundo naquela... naquela época tava querendo saber se estava infectado ou não). Falei assim: “- Doutora, a... o... o SUS dá exame de HIV?”. Ela falou assim: “- Dá! Por que? Você tem suspeita?”. Falei assim: “- Não... é porque eu quero fazer... Tá todo mundo fazendo, é bom da gente saber”. Assim: pedi por pedir.

- Então partiu de você fazer.

- É... aí ela falou: “- Ah, então vou pedir”... Ela falou: “- Não, esse exame seu não ficou bom, não. Vou pedir outro”. Eu fiz no mesmo dia, né. Eu falei: “- Eu já alimentei”. Ela falou: “- Não, mas não tem problema, não”. Aí ela mandou eu voltar. Aí ela falou: “- Não demora, não”. Aí dentro de um mês eu voltei. Aí, ela passou tudo de novo, os exames: “- Isso deu bom, deu bom, deu bom...”. Aí quando chegou no exame de sangue: “- Olha, não ficou bom. O exame de sangue da senhora não ficou bom. Vai ter que fazer outro”. Falei: “- Mas de novo?”. Ela falou: “- É. Vai ter que fazer o outro”. Era a contraprova, né? Três... tem que fazer três.

- Ah!!...

- Aí eu falei pro enfermeiro, falei: “- *Oh, essa é a última vez que eu vou fazer, se não der certo, vai ficar por isso mesmo*”. Aí eu fiz. Aí eu voltei lá. Quando eu voltei ela foi repetindo os exames: “- *Esse ficou bom, ficou bom...*”. Aí ela falou assim: “- *Agora, o de sangue eu vou ter que falar pra senhora... A senhora é soropositivo*”.

- Ah...

(Pausa).

- Aí você sabe, né? O chão abriu (pausa).

- Uhum.

- Aí eu comecei a chorar... porque aí, então, eu tinha assim a ideia que morria logo, né. Aí eu pensei: tinha um filho meu caçula que tava no Rio, tinha seis anos, né. O do meio tava de idade avançada, tava com vinte anos... Aí fiquei preocupada, só nós três na casa, que a minha menina já tinha casado... Aí comecei a chorar... Aí ela me mandou lá pra... pra Assistente Social, né? Conversei com ela, conversando com ela... Aí ela foi me explicar, falou: “- *Não, nós vamos marcar uma psicóloga pra senhora... Tem lá na Medicina e no Hebert. Qual a senhora quer?*”. Aí eu fiquei assim: não, lá na Medicina tem, vai ter muito conhecido, vai saber o que que eu tô fazendo lá. Ah! Vou lá no Hebert mesmo! Posso ir lá. E mandaram eu pra lá. Só que quando eu fui na primeira consulta com a Psicóloga, eu comecei a passar mal dentro do ônibus: comecei a sentir um vento soprar no meu ouvido e a mão ficar assim... dormente. Ficar assim, sabe? Enrolar tudo. Aí conversando com uma senhora no ponto, falei assim: “- *Oh, a senhora não sabe onde tem um postinho aqui, não?*”. E eu acho que a mulher não ou, num, era surda, sei lá: ela não me deu confiança, né. E eu fiquei assim, cada vez mais aquele negócio me coisando, e a perna também, né... tava com dificuldade de andar... aí tinha um bar lá de frente do Herbert, aí atravessei de lá correndo, falei assim: “- *Moço, pelo amor de Deus, liga lá pro UAI do Tibery, fala pra eles me buscar que eu tô passando mal. Oh o jeito que eu tô!*”. Aí ele me olhou e falou assim: “- *Nossa, a senhora tá passando mal, ali tem um postinho. Porque a senhora não vai lá?*”. Aí eu fui lá. Aí quando eu cheguei lá que eu descobri que era o Hebert de Souza. Ali ele pegou, aí eu cheguei lá... Aí esse homem me falou tal... Aí eu falei: “- *Não, então é aqui que eu tenho uma consulta hoje com a psicóloga*”. E eles mediram a minha pressão, a minha pressão tava vinte não sei por quanto.

- Nossa...

- Tava altíssima.

- Era isso.

- A enfermeira falou assim: “- *Vou chamar o psicólogo*”. Aí a psicóloga veio. Logo me ver. Aí eu falei assim: “- *Não...*” (eles mandou me levar lá pro UAI do Roosevelt). Ela mandou eu ir lá, fazer um exame lá, né, pra eles medir a minha pressão lá. Aí a psicóloga falou assim... Mas eu falei: “- *Não, mas eu vim consultar com a psicóloga*”. A psicóloga chegou lá e falou assim: “- *Não, a senhora não tem condição nenhuma de nós fazer, consultar a senhora hoje, do jeito que a senhora tá, tem que marcar pra quarta-feira que vem: a senhora vai melhorar e aí a gente vê*”. Aí eu ficava

assim: eu arrumei um serviço, e toda vez que eu ia arrumar a casa da mulher, eu passava mal, dava um sopro no ouvido e as mãos adormecia, enrolava.

- Mas sempre que chegava o dia de ir na psicóloga?

- É.

- Você acha que você ficava... ?

- É. Ficava assim, endurecia. Aí fui passando, ficando ruim, ruim, ruim, trabalhando. Trabalhando, né. E tomando os remédios. Aí, ela pegou e falou assim, aí minha patroa falou assim, a menina falou assim (trecho confuso). Aí nesses dias eu nem tava trabalhando mais. Ligou lá em casa, né, conversou com a minha filha. Perguntou: como é que tá a minha mãe? Aí a minha filha falou assim: “- *Uai, ela tá boa*”. Eu tava sentada porque eu tinha caído da cama, eu não tenho muita sensibilidade na mão, agora que tá voltando.

- Uhum...

- E eu caí e num vi que eu caí! Aí os meninos acordou com o meu barulho... Eles falou assim: “- *Nossa, mãe, como é que a senhora caiu, ficou deitada aí e a senhora não sentiu?*”. Falei: “- *Nem tô sentindo nada...*”.

- Isso foi assim que você descobriu?

- Ele me levantou e me deitou na cama. E contou pra ela que eu tinha caído, que eu não tinha percebido nada... Aí ela falou assim: “- *Não, então eu vou aí hoje. Vou pedir licença aqui do meu serviço, vou à tarde*”. Tava muito calor, aí eu tirei a roupa pra tomar banho e pus a roupa assim em cima do braço sofá, aí depois fiquei assistindo televisão, né... Fiquei assim: “- *Ah, tô precisando tomar banho, mas cadê coragem?*”. Não tinha...

- Você sentia desânimo...

- Aí minha menina chegou. Aí ela veio, conversou comigo... aí ela falou assim: “- *Mãe...*”. Conversou, conversou... Ela falou: “- *A senhora não tá boa*”. Ela falou assim: “- *Mãe, a senhora não quer tomar um banho?*”. Falei: “- *Uai, é o que tô pelejando pra fazer, mas eu não tenho ânimo... nem força pra ir no banheiro, né*”. Ela pegou, chamou meu menino, me levou pro banheiro e me deixou lá tomando banho. Aí ela veio me ver. Aí eu tava garrada assim no registro, com essa mão aqui e ela caiu. Ela gritou assim: “- *Mãe, a senhora não tá vendo os pés da senhora tudo virado, não?*”. Aí eu falei assim: “- *Não...*”. Ela falou assim: “- *Não, sai daí*”. Ela foi e desligou o chuveiro, chamou meu menino pra me tirar do banheiro. Aí ela tá lá ligando pra Medicina, aí ela tava conversando, aí eu caí, assim, de uma vez.

- E o que que era? Era pressão alta?

- Não. Aí, a Medicina tava de greve, né... Aí veio uma ambulância, o rapaz da ambulância falou assim: “- *Olha, eu vou levar a sua mãe porque eu sei que ela tá precisando, do contrário num levaria não. Mas você vai falar que quer que leve ela pra eles medicar ela*”.

- Isso foi o moço da ambulância?

- É. Aí ele me levou. Eu só vi as sirenes, assim. Aí num vi mais, num lembro de mais nada. Eu só lembro que eu acordei, acordei com eles fazendo, tirando Raio-X de mim, da minha cabeça, tudo, né. Foi aí que o médico veio e falou assim: “- *Olha aqui, oh, a senhora tem...*”. Parece que é a Solitária que botou ovos e foi subindo na minha corrente sanguínea, foi pro meu cérebro e petrificou, massificou.

- Era isso?

- E dei Toxoplasmose.

- Ah...

- Fiquei muito tempo de bengala, de cadeira, fiquei seis meses de cadeira de roda... não sei quanto tempo de bengala.

- E tem quanto tempo que você descobriu o HIV?

- Dezoito anos.

- Foi há dezoito anos...

- É.

- E você tem quantos filhos?

- Tenho três.

- Três filhos. Menina, menino?

- É. Uma menina e dois meninos.

- Aí assim que você descobriu, você chegou em casa e contou?

- Ah, eu cheguei assim revoltada, né, pensando como eu ia falar pra eles, né? Aí só o caçula tava pra escola. O do meio tava em casa, eu peguei e falei pra ele. Eu cheguei chorando, ele falou: “- *Uai, mãe, que que a senhora tá chorando?*”. Falei: “- *Oh, eu vou te falar um negócio, não quero que você fale pra P., isso vai ficar só entre nós*”.

- P. é a mais velha?

- (Balança a cabeça afirmando?). Ele falou: “- *Que que foi, mãe?*”. Falei: “- *Olha, eu sou... eu fui um exame, pedi pra fazer, e deu que eu sou soropositivo. Tô com o vírus da AIDS*”. Aí ele ficou assim, sabe? Aí ele num falou nada, não. Num perguntou o que que aconteceu nem nada. Ficou. Mas aí minha menina teve que saber porque quando eu passei mal, eu tive que contar pra ela, ela ficou sabendo. Porque a minha neta é pequenininha, e o pai dela é meio assim... preconceituoso, né. Falei, ele num vai deixar eu ver ela, né? Nem chegar perto, né. Aí então...

- Ele é preconceituoso?

- “*A senhora, a senhora tomando os remédios, a senhora vai ficar boa... A senhora vai sarar, vai ficar boa... A senhora não vai morrer assim*”. Aí na minha cabeça, né, morria logo. E aí a minha netinha ficou sabendo também. Eu falei pra ela não contar pro pai dela. Ela nunca contou pro pai dela! Ela foi contar, ele foi saber no dia que nós tava na festa...

- Tive sete internação.

- Sete?

- É, porque eu num aceitava, né. Tomava remédio, ficava boa um mês. Falava: “- Não, eles tão enganado, tá enganado. Esse exame não tá certo. Tá errado”.

- Uhum...

- Aí eu tava boa, né, tava forte e boa, e eu deixava de tomar o remédio. Aí eu recaía de novo... e internava de novo...

- Ficava nessa de recair e ficar boa de novo...

- É!

- Assim que você saiu da médica ela te passou já a medicação?

- Passou! Foi direto! A medicação...

- Uhum... e o que que foi a primeira coisa que você sentiu quando você procurou a médica a primeira vez? O que que você sentiu?

- Uai, eu senti assim... muito, assim, muito mal, porque naquela época era muito remédio...

- Uhum...

- Sabe? Até a cervejinha (porque eu bebo cerveja) eu ficava sem tomar, sabe? Como eu tenho toxoplasmose me deram remédio que servia pra malária, pra toxoplasmose... Aí tinha que tomar sulfato...

- ...sulfato terroso.

- É!

- Pra não dar anemia...

- É! Aí... e assim, sabe? Tem um dia que eu fui lá, eu voltei ruim da sapinho na boca... Eu fui lá, mostrei pra ela, ela brigou comigo... Ela falou que tava com medo de mim porque eu tinha aquele tanto de remédio e não tomava...

- A sua filha?

- Não, a médica.

- A médica que...

- Ela brigou comigo, tinha remédio de graça e não cuidava... Tava com medo de mim.

- (Cantam “Parabéns” ao fundo).

- Aí ela falou assim: e eu fumava também, ela fez eu largar do cigarro, aquelas coisa... tive que duas injeções de benzetacil, uma de um lado outra do outro do bumbum, né...

- Nossa... então foi um período aí...

- ...foi. Aí eu continuei a tratar com ela. Só que quando eu voltei lá pra tratar, ela já tinha saído de lá, né? Tinha mandado ela embora. Aí quando ela voltou, eu ia voltar pra ela, mas ela não quis me atender não, porque o rapaz que eu cuido dele lá, é paciente dela. Ela disse que não convém.

- Ah, tá...

- Apesar de nós dois num ter nada um com o outro, porque ele é até homossexual, sabe? Então, e... eu levo a minha vida e ele leva a vida dele. Mas ela não quis. E eu também, assim, depois eu vendo lá, assim, ela é bem assim folgadinha, tem hora que ela é muito sem educação, sabe? Aí eu, assim...

Graças a Deus... Aí depois disso eu dei uma herpes, também... Fiquei dois anos na cama, só de costas na cama...

- Dois anos na cama?

- Dois anos...

- Nossa!...

- Dois anos... Uma herpes também que...

- Uhum... aí, é aquela que o M. tava contando agora, a Zoster...

- É!!

- Uhum...

- Dói muito. Nossa, mas dói!!! Aí, eu peguei, vacinei... quando eu saí de lá eu vacinei, você tem que vacinar. Porque tem a vacina, né, podia ter vacinado... Num vacinou, né? Por isso que eu dei essa Herpes.

- Aham...

- Aí, assim, só que de vez em quando ela fica, ainda pode voltar. De vez em quando eu ainda sinto, dor, assim e latejar... Porque ela queima. Ela queeeima! E dói! Dói! Mas uma dor terrível!

- Você sentiu muita dor...

- Fiquei sete dias lá tomando injeção, tramal na veia.

- Nossa, tramal é forte, né?

- É forte... fortíssimo!

- É... você tem três filhos e uma netinha?

- É! E a senhora era casada, quando descobriu?

- Não, era separada, sou separada, né, do meu primeiro marido, há muitos anos... Acho que tem mais de trinta anos...

- Me conta um pouco dessa história? Como você conheceu ele...

- Ah... namorando, né? Nós conheceu ele... nós assim... Logo nós casou... num deu certo, né? Porque ele me batia, judiava de mim demais e dos meus filho, né... Num deu certo, né... Fui no Dr. B...o Fórum era ali onde é a coisa ali... a... da Receita Estadual.

- Uhum...

- O Fórum era ali. Conversei com ele, falei que ele me batia... Falei que tinha dois filhos... Ele falou assim: “- *Então a senhora vai fazer o seguinte: cê não vai mais arrumar filho. Senhora vai fazer o seguinte: cê vai sair da sua casa hoje, cê vai pegar tudo o que cê der conta de pegar... vai pra casa da sua mãe, se ela tiver condição de te acolher lá, cê vai pra lá* ”.

- O Dr. B. é advogado?

- É!

- Uhum.

- Só que deu anos e anos, meus trem lá fechado, enxoval meu que tinha muita coisa lá, ele deu pros outros... Precisa de ver! (trecho de difícil compreensão).

- Ele ficou com a casa, então?
- Ficou lá na casa. A casa era alugada, né.
- Uhum. Aí você foi pra casa da sua mãe?
- É.
- Uhum. E quanto tempo você ficou casada?
- Um ano. Um ano...
- E de namoro?
- De namoro...? Ah... Namoro eu acho que foi um ano, mais ou menos.
- Durante o namoro ele já... já... já era agressivo?
- Não, era diferente.
- Porque parece que é só a gente casar que...
- É, é.
- Risos.
- Ele num era tão agressivo, não, sabe por que? Porque depois que... é... que ele me bateu, um dia passou mal... ele tava com a irmã dele, bebeu, tava bêbado lá, deu trabalho demais... Aí a irmã dele correu, viu que a coisa tava feia, foi lá e pegou um exame que ele tem problema de cabeça. Fazer tratamento pra cabeça. A família dele tudinho é assim! Até a irmã dele, a mãe dele falava que ele comeu carne de porco com banana prata, por isso deu problema na cabeça dele. Ah, não! Todos eles têm esse problema de cabeça. Então ele levou o exame, levou comprimido, tudinho lá, pra ele não ser preso, né, que era por causa disso que ele bateu... Depois a gente separou, nunca mais se viu...
- E você criou seus filhos sozinha?
- Hã?
- Você criou seus filhos sozinha?
- Criei sozinha, porque ficou, é..., num teve nada o desquite. Porque nós desquitamos. Naquela época era desquite. (Fala alguma coisa sobre divórcio, não entendo). Aí ele dava pensão pra mim e pros meninos. Cinco reais, cinco reais que é hoje, na época era cinco reais.
- Cinco reais...
- É!
- Nossa!
- Pra você ver o preço da pensão que era. Aí eu falei: “- *Não, pra mim não precisa, não. A parte minha, dá pros meninos, divide pros dois, né*”. Aí, só que ele nunca deu! Um dia eu encontrei com a irmã dele, a irmã dele falou assim: “- *É, cê pode ir na Caixa, lá, no Fórum, que nós vai depositar lá. Caixa Econômica do Brasil*”. Fui lá, num tinha. Aí eu andei, assim, umas duas vezes que eu andei atrás. Comecei com processo e parei, sabe por que? Falei: “- *Ah, quer saber? Vou trabalhar e cuidar deles, eu dou conta*”. É. Fiz essa opção, sabe?
- Uhum!

- Aí quando a minha menina ficou com uns doze ano, a gente morava no Tibery, ela descobriu a casa dele e foi lá, tentou reaproximar dele. Mas ele já morava com uma senhora já de idade, a senhora maltratou ela muito, né, e ela foi embora e num quis pedir mais pensão não... Não! Foi assim: a vó deles, a minha ex-sogra, né, saiu lá e falou assim pra mim (eu tava na esquina esperando os meninos sair), ela falou assim: “- *Uai, sua mãe não dá conta, o marido que sua mãe tá morando com ele, num dá conta de dar nada pro cês, não?*”. Aí a minha menina falou assim: “- *Não, a minha mãe num tem homem, num tem marido, não. Ela é sozinha.*”.

- Uhum.

- Eu toco esse negócio pra frente, agora vai ser eu. Mas só que eu trabalhava, tinha que largar o serviço lá e correr lá, né, na Defensoria Pública. Aí aquilo tomava tempo, porque eu ficava direto lá, tinha que chegar do serviço, arrumar os trem, pra depois ir embora. Mexer com isso não, pensei: num tá fazendo falta. Aí eu... num procurei mais, não...

- E ele também não quis saber dos filhos...

- Aí uma vez ele (foi procurar, pedir pra levar os meninos, ele e a irmã dele), mas como... o negócio foi assim... Ver os meninos lá no quintal da minha casa, né. Porque ele, ele era assim: muito perigoso... Muito perigoso... Eu tinha medo dele pegar os menino, e num me devolver mais!

- E fazer alguma coisa...

- Aí ficava mais difícil...

- Aí você falou: pode ver, mas aqui dentro.

- É! É! Você tem que ver aqui, né. Pode ver aqui, num tem problema nenhum. Ele não quis. E não voltou mais pra ver os meninos.

- Nossa...

- Deve ter, sei lá, ter inteirado dezessete anos, ela arrumou pra casar, ela foi lá pra ele assinar, ele não quis ir... Aí eu tive, um tinha um tio que trabalhava na ... conversei com ele, ele falou: “- *Não, eu vou arrumar isso*”. Aí ela arrumou, casou, e no dia do casamento ela foi lá, ela e o noivo dela na porta da casa dele e falou assim: “- *Aqui, oh, o senhor não assinou, mas eu casei mesmo assim, sem a assinatura do senhor*”. Aí nunca mais ela procurou ele, nem ele procurou ela. Aí ela engravidou, né, teve a filha dela... e dia eu tomava conta da menina, né, pra ela trabalhar. Tava no Leal, Leal do Tibery, né, vi ele, eu tava com a menininha no carrinho. Aí, falei assim: “- *Aqui a sua neta*”. Ele olhou assim, falou assim: “- *Minha neta?*”. Ele falou: “- *Nossa, ela é bonitinha, hein*”. Falei: “- *É*”. “- *Nossa, já tá grandinha...*”. Falei: “- *Tá*”. Aí fui embora...

- Foi só isso, né...

- É. Aí... Aí a minha menina, depois que ela casou, deu o telefone dela... O número da casa dela...

- Ela procurou o pai...

- Aí ele não procurou. Ela procurou ele duas vezes, ele num interessou, ela num quis procurar mais...

- É, e depois você conheceu alguma outra pessoa? Depois que separou...

- Hã?

- Depois você teve outro marido, namorou... ?

- Não, tem um namorado, que eu conheci nessa época. Quando eu tive o HIV, eu acho que foi ele que passou pra mim, porque ele é caminhoneiro, sabe?

Ahh... uhum...

- Aí, no que ele tava viajando, (essa história eu vou te contar...). Aí eu descobri, aí eu falei pro meu menino: “- *Oh, o R. vai chegar hoje, quando ele buzinar o caminhão lá, cê fala que eu tô muito nervosa, que eu num tô boa, não*”. Aí ele, realmente, chegou lá, buzinou, perguntou pro meu menino. Ele falou: “- *Ela tá lá dentro, num tá boa, não... tá chorando...*”. Ele chegou lá, perguntou assim: “- *Que que foi?*”. Falei: “- *Que que foi? Quero saber qual de nós dois é o errado na história*”. Eu saía né, porque eu tinha ele mas eu saía... “*É, porque eu descobri que eu tô com o vírus da AIDS*”. (Frases incompreensíveis). Ele falou assim: “- *É, mas não precisa ficar assim, não, porque todas as mulheres dos meus amigos, estão todas contaminadas. Tem remédio*”.

- Uhum...

- Só que eu fiquei revoltada com ele, porque ele não contaminou. Aí nisso...

- Ele não se contaminou?

- Não contaminou. Aí, eu perguntava pra psicóloga. Chegava lá na psicóloga, falava: “- *V., eu vou morrer daqui oito horas, daqui oito minuto, daqui dezoito meses, daqui oito...?*”, né? Aí ela falava: “- *Não, dona C.... Eu vou explicar pra senhora. A senhora tomando remédio, a senhora não vai morrer. A senhora vai morrer, às vezes a senhora atravessando a rua aí, vai assaltar, vai pegar, a senhora morre. Mas se a senhora tomar os remédios direitinho, a senhora não vai morrer*”. Só que num entrava na minha cabeça, né. Chegava no outro dia, chegava pra ela: “- *Fala pra mim, V., pode falar que eu to preparada pra morte...né*”.

- Uhum.

- Eu passei por muita dificuldade... às vezes ela me falava assim “- *Porque você não vai lá na firma dele, procura ele, conta suas dificuldades...*”. Eu falava: “- *Não. Eu não vou lá, Vanessa, porque lá é uma firma muito grande, mexe com petróleo, e eu tenho medo de chegar lá, eles vão achar que eu vou lá pra ver como que é lá pra depois voltar lá e roubar, né. E... por isso que eu num vô. Eu num vô, não*”. Aí, ela falou: “- *Mas cê devia ir*”. E eu ficava com aquilo, sabe? Aí...Eu mudei de lá, de onde eu morava, pra esconder dele, né, pra ele não me achar...

- Uhum...

- Mas lá no Tibery.

- Ele morava lá?

- Ele morava lá do outro lado, no Santa Mônica...

- Uhum.

- Aí eu via ele passar com o caminhão. Aí eu sabia mais ou menos a hora, o dia, né, corria e entrava pra dentro. Aí foi assim uns... sete anos, a gente afastado. Aí, a mãe desse rapaz que eu cuido dele hoje (porque ele é soropositivo também, sabe, ele tem AIDS também)...

- Uhum...

- Aí eu comecei a trabalhar pra ela. Aí, só que nesse meio tempo, ela adoeceu, como ela tinha diabetes, ela entrou em coma, porque..., ela já tinha dado uma vez... Aí não podia...mais... Aí, o filho dela ficava lá, né, eu fui levar almoço pra ele, pra ele poder ir embora descansar, pra depois ele ir e eu ir pra casa, pra casa deles, porque eu ficava na casa, né. Aí eu tava lá, num domingo, lá no 231, tô lá. Aí desce, desce um, desce outro.... Aí um rapaz, com uma roupa azul, uma calça azul. Aí a hora que eu olhei assim, eu: uai, conheço, né! No que eu virei assim, eu vi assim que era ele, né. Ele olhou assim: “- *M.! É ocê! Quanto tempo! Ê, M., mas ocê é ruim, hein? Cê não me procurou*”. Falei: “- *Eu, não! Eu não tinha que te procurar, não...*”. Falei pra ele, né. Aí ele falou assim: “- *Ê, eu tô de viagem hoje, aí vamo fazer assim: o seu telefone é o mesmo?*”. Falei: “- *Ê! Se o meu não atender, cê liga pra P., é o mesmo o dela. Que ela me passa o recado.*”. “*Aí vamos encontrar pra nós conversar, pôr as coisa em dia. Eu te falar: cê não precisa ficar com raiva de mim, não, porque eu tô doente igual a você*”.

- Ele falou... Ele também tava...

- Depois de sete anos desenvolveu, porque na época a imunidade num tava baixa, tava alta, né.

- É!

- E enquanto tava alta, num aparecia. “- *Eu tô doente igual a você*”. Ele falou: “- *Vamo encontrar uma hora...*”. Falei: “- *Uai, vamo...*”. Aí ele ligou pra mim, passado muito tempo ele ligou, porque passava muito tempo longe, né?. Acho que foi dois meses, aí ele me ligou... eu tava até pra Igreja, tava pra missa. Aí ele ligou, minha menina falou: “- *Mãe, o R. ligou pra senhora, falou que é procês encontrar lá no bar...*”. Falei: “- *Então, tá...*”. Aí ele me ligou, retornou. Aí eu falei: “- *Não, a P. me deu o recado... eu vou, sim, só chegar lá em casa, trocar a roupa, eu pego o ônibus e vou*”. Aí eu fui, nós ficou conversando e tamo namorando de novo!

- Estão juntos de novo!

- É!

- E aí? Como que tá agora? Agora tá tudo tranquilo?

- Ele teve uma... aquele negócio, como é que fala? No fígado...

- É...Hepatite!

- Hepatite! Teve Hepatite, ficou ruim..., fez tratamento, sarou... mas aí, agora com o HIV faz tratamento ainda...

- Uhum!

- Assim!

- Ah, e vocês moram juntos ou estão só namorando?

- Não, não moramos juntos.

- Isso depois que... Então foi assim: foi ele quem te procurou, né? Porque você estava lá e ele veio falar...

- É! É!

- Vamos parar essa aqui e semana aí, na semana que a vem a gente pode conversar de novo? Nesse mesmo horário?

- Pode!

- Antes da gente terminar, alguma coisa aqui no final que você quer retomar? Só pra gente deixar assim pra próxima?

- Não!

- Não? Então tá: semana que vem a gente pode conversar de novo?

Tininha, Segunda entrevista.

- Perguntas e respostas. Eu vou te perguntar e você vai me falando. Idade...
- Meia dois.
- Já começou assim, né...
- É.
- É... escolaridade?
- Oitava série.
- Sua profissão...
- Doméstica.
- Você nasceu em Uberlândia mesmo?
- Uberlândia. Nascida e criada aqui.
- Hm, nasceu aqui... Há quantos anos... (não isso aqui é pra terminar...). Estado civil?
- (pausa). Nem desquitada, nem casada, nem divorciada. Solteira, né?
- Namorando?
- É, namoro. Namorando.
- Tem filhos?
- Tenho. Três.
- Três filhos. Hã... você se dava bem com seus pais?
- Com a minha mãe eu me dava... bem, muito bem com ela. Com meu pai, ele era muito seco... Muito assim, num era muito de conversar, sabe? De gostar de às vezes chegar, de abraçar, beijar seu rosto, sabe?
- Não gostava?
- Não gostava. Apesar de eu ser filha única, né...
- Você é filha única?
- É, minha mãe não pôde ter mais filhos.... Aí... era assim, ele sempre (frase incompreensível). Eu fiquei sabendo há pouco tempo até que eu tenho uma outra irmã, mas isso aí nada que me interessa saber, né. Então minha madrasta trouxe..., fiquei sabendo, comentei com ela. Ela começou a rir, ela falou: “- *Uai, M., você não conversou com seu pai sobre isso?*”. Falei: “- *Não, quem tem que falar pra mim é ele! Não eu que tenho que perguntar, né, se é verdade*”. Você não acha? Que é ele que tem que comentar comigo que eu tenho uma irmã?
- E seu pai é vivo?
- É vivo...
- ... e você não quer perguntar pra ele?
- Tem oitenta e seis anos de idade. (Frase incompreensível).
- E você não quer perguntar... ?
- Não... eu acho que eu não tenho obrigação de perguntar ele, ele que tem que me falar.
- Uhum...
- Você entendeu? Eu acho que ele que tem que falar, não eu perguntar. Mesmo eu sabendo, minha madrasta falou que não era pra falar pra ele, porque ele é muito bruto, sabe? Ele batia na minha mãe...
- Uhum...

- E é do mesmo jeito com a minha madrasta, só que nela ele não põe a mão, porque ela é diferente, né?
- Diferente como?
- Ela sabe o ritmo dele, né. Então ela fala com ele, né...Mas ele pinta e borda com ela: xinga ela, maltrata ela na frente dos outros...
- ... como ele fez com a sua mãe.
- É! Mas com ela ele fazia pior. Com ela parece que vai no mesmo caminho... Falei pra ela largar ele, deixar ele sozinho... ela disse que tem dó. Falei: “- *Não, mas mesmo com dó, você não deve ficar se humilhando, não*”.
- Uhum.
- Né? “- *Ele não tem dó de você, porque cê ouve o que quer e o que não quer na frente dos outros...*”. Grita com ela na frente dos outros, fala que ela não presta pra nada... Perto dos outro!!
- Muito bruto, né...
- É! Bruto, sem educação, não sei...
- E como é que foi a sua infância com esse pai?
- Não, a infância, assim: foi boa só eu e minha mãe em casa, nós duas mulher junto, né, num tinha irmão. Nós conversava...
- Uhum. Vocês eram próximas?
- É, era próxima. Nós era próxima.
- E como é que foi sua experiência com a escola? Você gostava de ir pra escola?...
- Eu gostava muito de ir na escola. Eu gostava... Gostava muito de ir na escola. (Ri).
- Sente falta? Eu às vezes sinto falta da escola...
- É... às vezes eu sinto falta... assim, eu penso: por que que eu não voltei a estudar mais, né, pra ter uma profissão, né?
- Uhum...
- Assim, porque eu recebo benefício pelo (palavra incompreensível). Naquela época, trabalhei muitos anos sem carteira assinada. Pouco tempo que tinha que, arrumou esse negócio que tinha que assinar carteira. Mas num era obrigado assinar carteira, nem pagar o INSS... Então eu, assim, fico pensando: podia ter um benefício assim... né? Ter o INSS, direitinho... receber meu 13º, né... ter mais segurança... Mas aí eu fiquei doente... a cabeça num dá, também, pra estudar... Porque eu fiquei, eu... tive a toxoplasmose, depois eu tive, passou uns tempo, eu dei um AVC... essas duas coisa me comprometeu, me comprometeu muito a... a mente. Entendeu?
- Uhum. Quando você começou a trabalhar? Com quantos anos?
- Com doze anos.
- Foi trabalhando em casa? Já como doméstica?
- É, de doméstica...
- Uhum...
- É... quando que você casou? A primeira vez?
- Olha eu acho... a minha cabeça não tá mais... (frases confusas, fala que vai ao médico, alguém está muito preocupada). Acho que foi com dezessete anos, ou dezesseis, num sei, que eu casei. É, porque ela tem 41 anos! É... dezessete. Antes, eu tenho uma filha... uma mais velha do que ela. Se ela tivesse viva ela ia... ia tá metade da minha idade. Foi... setenta... minha primeira filha...

- 2019... 49?
- 49! Ela ia tá quase da minha idade... quase da minha idade, né! Aí ela morreu porque foi um parto muito difícil...
- Morreu no parto?
- Aí... eu tive que tomar aquela injeção... como é que fala?
- Ocitocina?
- Hã?
- Durante o parto?
- É!
- O que aconteceu no parto?
- É porque ela... num tinha espaço pra ela passar. Porque o médico ficou bravo... O médico falou que se soubesse que tava daquele jeito, ele tinha feito cesárea em mim, que eu continuaria virgem. Num rompia o hímen, entendeu?
- Uhum...
- É, não rompeu.
- Por que? Me explica isso direito...
- No ato sexual com meu marido, não rompeu meu hímen!
- Ahh! Entendi!
- Então tava difícil demais, é... A injeção, eu acho que é...
- Eu acho que é ocitocina, porque eu tive neném há pouco tempo, aí eles dão a injeção...
- É! Aí a enfermeira veio e falou: “- *Doutor, mas não pode aplicar mais, não... o senhor já aplicou.*”. Ele falou: “- *Não, mas se não tem outra, ela não vai dar conta...*”.
- ... que é pra gente começar a ter contração e dilatar...
- É! Aí ele falou: “- *Nossa, se eu soubesse disso, eu tinha feito cesárea em você, porque você continuaria virgem...*”.
- Uhum... aí ele perguntou: “- *Seu marido vai vim aqui? Eu vou conversar com ele... porque isso não tá certo, né*”. Naquela época a gente era jovem ainda, né, não sabia de nada dessas coisas...
- Num tinha muita informação...
- Aí ela nasceu, assim, passou de hora, fiquei muitos dias passando mal... Aí ninguém num sabia, eu ia na medicina, eles me aplicava um Buscopan... achava que era rim, era cólica de rim... Porque eu não dei barriga...
- Ah! Você não sabia que estava grávida?
- Não, não...
- Ah, então agora que eu estou entendendo, C....
- Fiquei normal, entendeu? Não dei barriga... fui descobrir lá no dia!! Que eu passei mal...
- E você não deu falta da menstruação?
- Nem isso! Pra você ver o tanto que a gente... e minha mãe também! Coitada...
- Sua mãe... ?
- Aí... foi isso, passou de hora... passou muitos dias... passei mal muitos dias, sabe? Aquela dor tremenda, eu chegava assim a encostar, e aquela dor tremenda... Aí eu lembro que esse dia, meu pai, foi o dia que ele acompanhou eu e minha mãe no médico, e meu marido tava trabalhando. Aí eu dei a luz no Hospital Santa Catarina. Santa Clara, quer dizer, desculpa!

- Uhum.
- Aí ele falou assim: “- *Você falou pro médico que ela tá passando mal há muitos dias?*”. Aí minha mãe voltou pra trás, olhou pra ele e mandou me chamar, sabe? Aí ele foi lá e me examinou e falou assim: “- *Ela tá grávida!! E vai dar à luz agora!!*”
- Nossa...
- Tanto que eu não tinha nada de enxoval! Aí minha mãe ficou doida, né! Aí ela ligou pra irmã do meu pai, né. A irmã do meu pai pegou, tinha uns enxoval lá...
- E aí a sua filha...
- ... passou um pouco, ela morreu... sofreu... é... Durou só três minutos.
- Nossa...
- Aí eu num quis ver ela, não.
- É difícil...
- É! Só sei que ela era bem gorda. Morena... olho puxadinho... Mas num quis ver, não. Inclusive ela foi enterrada lá no hospital, onde é a... universidade da criança.
- Ah! Na Universidade da Criança! Sei!!
- Foi enterrada lá.
- Sei!! Depois virou uma escola, lá. É... você se casou com que idade? Você falou dezessete, né...
- É... dezesseis pra dezessete anos.
- E na sua casa (o seu pai acho que não, pelo o que você já me contou...), mas a sua mãe conversava, ela falava assim: “- *Oh, você vai ficar menstruada...*”? Conversava sobre corpo, sobre namorado...?
- Não! Ela não falava! Minha mãe era muito fechada... Ela era assim: foi criada na roça... veio pra cá, conheceu meu pai, casou... sabe? Então, assim... ela não falava... Portanto, quando eu fiquei menstruada, nem eu sabia disso aí! Ela mandou eu vestir ah... mandou eu subir lá... Eu subi lá, aí quando eu subi, ela mandou eu descer depressa. Ela falou assim: “- *Não! Desce! Desce depressa!*”. Eu falei: “- *Uai, que que foi, mãe?*”. Aí que ela foi lá, falar pra mim, né... Foi falar, que tinha que cuidar direitinho do corpo, os cuidados que tinha que tomar... naquele tempo não existia modas, existia as toalhinha, que a gente tinha que lavar todo dia...
- É... quando você subiu que ela viu que você estava sangrando...
- É! Eu nem sabia que eu tava.
- Uhum. Nem sabia que ia ficar menstruada...
- Foi com doze anos. E a minha menina também menstruou com doze anos.
- Você tem uma filha e dois filhos?
- Dois filhos.
- E com a sua filha? Você conversou?
- Conversou. Nós era mais aberta.
- Uhum...
- Nós conversa muito. Iiih!!! Nós conversa sobre tudo!
- Uhum!
- É, sua mãe, então, não conversava sobre namorado, sobre...

- Não, não... Assim, às vezes eu falava pra ela assim: “- *Oh, mãe, tem um rapaz ali que tá querendo me namorar, e tal, assim...*”, né. Aí ela: “- *Ah, é? Ah, tá!*”. Ela falava: “- *É, mas cê toma cuidado, seu pai é muito ignorante, ele não vai deixar, não*”.

- Uhum...

- Aí, assim... era o que ela conversava comigo. Nós conversava. Passava o dia inteiro, nós conversando sobre isso, conversando sobre a família dela, como era a vida dela na roça, que ela ajudava os pais... (pausa)

- Você é uma mulher nervosa?

- O quê?

- Você é nervosa?

- Eu, depende do momento... e do dia, também.

- O que que te deixa nervosa?

- O que me deixa nervosa é eu falar uma coisa pra você e você duvidar de mim. Cê falar assim: “- *É mentira sua, num foi isso*”, e eu saber que eu tô falando a verdade. Aí, sabe? Me dá vontade assim de pegar e estrangular a pessoa.. Às vezes eu conto uma coisa, a pessoa fala: “- *Mentira, não foi assim*”, aí me deixa nervosa.

- E por que que terminou seu primeiro casamento? Por que que não deu certo?

- Ah, num deu certo porque ele era... ele tinha uma irmã, e ele era muito dependente dela – ela morreu tem pouco tempo. E era uma coisa esquisita, estranha, assim... era casada, tinha o marido dela, aí ela queria sair, ir pros baile, aí ela ia lá em casa, chamar meu marido pra ir levar ela no baile... e lá ele ficava com ela. Então, aquilo, eu achava assim, que não era certo... Quem devia ir com ela era o marido dela, ele era um homem casado. Ou então ele deixava ela lá e voltava pra casa. Ele num voltava: ficava lá! Aí teve uma vez que ela chamou ele, ele pegou e me levou. De tanto que eu falei, ele me levou. Aí ele me levou nessa casa lá, tinha muito... muita gente, sabe? E eu ficava encostada, assim, porque eu não sei dançar! Eu sempre gostei... meu pai não deixa...xava, sabe? Então, eu fiquei olhando ele dançar... e passava uns homens, e os homens ficava parado assim, sabe? E eu lá. Aí, terminou lá meio tarde, e ele falou assim: “- *Vamos passar lá na casa da minha mãe?*” Nós passamo lá na casa dele, da mãe dele. E tem um irmão... tinha um irmão que morava com a mãe dele – a mãe dele já morreu. Aí ele falou “- *é nós fomo na casa num sei de quem, da D....*” parece, que chamava a mulher: Aí falou: “- *Nossa, A., você teve coragem de levar a sua mulher naquela casa?*”. Pensei assim: “- *Naquela casa... por que eu não posso ir lá?*”. Aí, depois que eu vim descobrir que lá era uma casa de mulher! Por isso que eu tava achando estranho aquele tanto de homem e mulher dançando pro meu lado! Eu boba, inocente, num sabia... e ele me levou! Sabe?

- E era lá que ele levava a irmã dele?

- Levava a irmã dele e ficava dançando! E ele me levou lá, essa segunda vez que ele foi, ele me levou! De tanto que eu falar pra ele me levar, né! Mas ele devia falar: “- *Não, não vou levar!*”. E ele me levou! Aí foi assim... eu já fiquei assim... assim, com a irmã dele, né. Pensei, fiquei pensando... Porque eu achei esquisito! Pensei assim: “- *Uai, se ela tem o marido dela, por que ela não chama o marido dela pra levar, né?*” Mas aí, também, é... aconteceu um fato estranho: ela tinha um amiga, essa amiga dela chama A., e essa amiga dela trabalhava pra uma mulher de babá. E essa amiga dela, assim, morava no emprego e ela tinha muita amizade com essa mulher. E ele namorou com ela. E

deixou, largou o namoro dela pra me namorar. Aí, só, que ela levou a menina pra morar lá na casa dela. Chama A., também. Aí, eu ia na casa dela, e ela ficava lá. Aí eu passei por ela e não cumprimentei ela. Aí ela falou assim pra mim que se eu fosse, o dia que eu fosse na casa dela, que eu era obrigada a cumprimentar ela, aí, tava dentro da casa dela... eu tinha que cumprimentar ela. Aí eu fui e falei que não (espirros), que eu não ia mais lá. Aí, quando eu engravidei da minha menina, ela ficou, ela tava grávida. E essa menina é filha dele. Porque até então...

- Filha do seu ex-marido...

- ... é. Aí, eu peguei e descobri... A irmã dele, mais velha, me contou, sabe? Aí ela ficou lá assim, um ano dentro da casa dela, por causa disso, né?. Aí um dia, nós conversando lá, eu falei assim: “- *É...*”. Ele falou: “- *Que nome nós vai pôr na nossa filha?*”. Eu falei assim: “- *Eu acho que ela vai chamar J.*” (porque a outra menina dele chama J.). Ele foi e levou um susto, ele falou: “- *Uai, J.? Por quê?*”. Falei: “- *Uai, J., uai... que que tem? Cê não acha bonito, não?*”. Ele ficou caladinho, né... Dei a dica pra ele. Aí um dia ele bebeu, começou a dar... ficar muito bruto... sabe? Ele trabalhava naquela época na Medicina, de servente, lá... Ele falava assim pra mim, na sexta-feira... tomava banho, chegava de tarde, falava pra mim: “- *Oh, vou fazer as compra*”. Só que ele saía e voltava só no outro dia de tarde. Aí ele chegava, a P. sem leite, porque dava a continha praquela semana, né... Eu sem as coisa...Eu tinha que ir na casa da minha mãe, pegar dinheiro pra comprar o leite. Aí, quando era no domingo a tarde ele chegava com as compra. Como quem diz: “- *Eu preciso levar a marmita amanhã pro serviço, cê faz agora*”. Aí nós foi descombinando...

- Uhum... é... que que mudou na sua vida depois que você descobriu o HIV?

- Na minha vida?... Ahhh... mudou muita coisa... Tenho mais vontade de viver. Antes eu já tinha, né. Mas agora eu tenho mais vontade de viver. Quero viver mais. Como a minha neta casou há pouco tempo, vai fazer um ano agora em Outubro, quero bisneto, né? Falei pra ela, ela falou: “- *Só daqui cinco anos, vô*”. Que ela formou em nutrição o ano passado, né. Então depois que ela casou, ela formou. Ela falou daqui cinco anos, eu vou ter que esperar. Falei pra ela: “- *Mas cê lá sabe se eu vou durar daqui cinco anos?*”. Aí eu quero viver mais pra ver ele, né? Como do meu segundo filho eu não vou ter neto, porque a mulher dele já é uma mulher de idade e é laqueada. Agora tem o meu caçula que mora com o pai, agoora (ele tá com 28 anos), agoora que ele arrumou uma namorada, arrumou pra casar. Eu espero ter um netinho, né. Vamos ver, né (risos)!

- Neto e bisneto.

- Neto e bisneto.

- Tá... vamos terminar essa aqui.

Brícia, Primeira entrevista.

- Me conta um pouquinho da sua história...

- Bom, eu peguei, eu peguei, porque eu tinha um... um namorado, né? Aí já tinha tempo que a gente namorava antes de transar e ... aí ele passou mal. Aí ele foi pro médico, o médico disse que ele tava com uma pneumonia, e com essa pneumonia ele veio a óbito. Só que aí a família dele não me, não me falou. Aí com o passar do tempo eu também tive uma pneumonia. Aí eu, aliás, eu fiquei ruim... aí um médico falou pra mim que era pneumonia. A pneumonia chama, chama pneumonia de tristeza.

- De tristeza?

Ela é silenciosa, ela não dá febre: a única coisa que você faz é tossir e te dá falta de ar. Você pensa que é só uma tosse, e quando já descobre, você quase já tá é morto. Aí o médico passava os remédio e num melhorava, não reagia, né? Aí ele foi e perguntou, falou: “- *Olha, eu posso fazer um exame de HIV no cê?*”. Falei: “- *Uai, doutor, tem uns oito anos eu fiz. Não, se o senhor quer fazer, pode fazer*”. Nesse período que tava fazendo, a mãe dele chegou pra me visitar e aí ela pegou e falou pra mim: “- *Cê tá com o quê?*”, “- *Eu tô com pneumonia!*”. Aí ela falou assim: “- *Ah, sinto muito, mas o fulano morreu com HIV e por conta de uma pneumonia. Então eu descobri que você tava com uma pneumonia, por isso que eu vim aqui e resolvi te falar*”. Aí eu peguei e falei pra ela: “- *Não, então eles colheu o meu sangue pra fazer o exame, então já sei: quando vim, é positivo*”. Aí ela falou assim: “- *Uai, essa é sua reação? Você num chorou, cê num...*”. Falei: “- *Se eu peguei, é... num sei o que que vai ser, não, mas por enquanto agora num tenho raiva, num tenho desespero... Num tenho nada, não*”. Aí quando o doutor chegou, falou: “- *Uai, M., é... você vai ali, que um psicólogo e um outro médico, que outro médico quer conversar com você*”. Falei: “- *Não, doutor, precisa não: já sei que meu exame é positivo*”. Ele olhou assim: “- *E você fala isso nessa frieza?*”. Falei com ele: “- *Aham*”. Aí ele falou: “- *Você não tá descabelando, você não tá...*”. Falei com ele: “- *Doutor, por enquanto eu ainda nem caiu a ficha. Ainda tô esperando ela cair. Quando ela cair às vezes eu tenho alguma reação. Mas por enquanto... nada*”. Aí uma pessoa lá escutou, chegou em mim e falou assim: “- *Vou te dar um conselho*”. Falei: “- *O quê?*”, “- *Não liga pra sua família, não liga pra ninguém, a não ser você e o seu médico, você não fala que você tá com AIDS. Porque se cê falar, eles vão te discriminar, eles vão te humilhar! E só você sabendo, ninguém, ninguém vai te discriminar*”. Aí eu falei pra ela: “- *Não, mas não tem só eu sabendo. É... a minha ex-sogra, o meu ex-sogra sabem. Mas só o que eles fez: eles foram lá me avisar*”. Mas também eu não tenho raiva dele porque também ele não sabia, né? Não foi uma coisa que ele fez por querer, porque se ele soubesse, ele num tinha morrido...

- O seu ex...

- ...inocente. É. Ele foi inocente. Já tinha arrumado, assim, até um ano pra poder ir morar junto, ficar junto... Aí eu sofri muito, muito com a falta dele. Aí eu tomei os remédios uns tempos... Aí depois eu pus na minha cabeça que eu queria morrer, que eu não queria viver mais... Porque se eu pegasse uma gripe eu ia morrer mesmo! Então pra... pra quê ficar prolongando aquela agonia? Eu pensava assim, né. Aí eu fiquei um ano sem tomar meus remédio: eu ia pro forró, pegava friagem, pegava chuva... De tudo, fazia de tudo pra morrer! Porque eu queria morrer, né? Aí eu... um dia... Um dia eu fui pegar meu remédio... Aí a M. falou pra mim: “- *M., você tá muuuito revoltada!*”, “-

M., eu vou te falar na tora: eu pego os meus remédios, mas eu não tô tomando. Eu só pego pra mim ter o direito de fazer a consulta, mas eu não tô tomando". Ela falou: "- Não, M., isso eu sei: uma pessoa que pesava 75kg tá magrinha, amarela, acabada igual cê tá..., é porque cê num toma seu remédio". Ela falou: "- Pois é...". Ela foi e me deu um convitinho daqui... aí eu comecei a vim aqui. Aí um dia, eu vou sair pra mim beber mais. Aí, ela veio pra dar uma palestra. Aí ela falou, né: "- É, porque o HIV, você não morre com gripe, você não morre com isso, você não morre com aquilo, você não morre com aquilo outro... A partir da hora que cê tomar seu remédio mesmo, você vai fortalecer e vai ter vida saudável. Aí começou a passar uns vídeo, né... Aí eu olhei assim: tô perdendo meu tempo, tô fazendo isso tudo pra mim morrer e eu num vô morrer NADA?! Ahh, não! Vou tomar meus remédio, vou chegar lá agora e tomar meu remédio! Só que eu tomava, ficava dois minuto no meu estômago, jogava pra fora.

- Era muito forte...

- Aí minha menina foi e falou: "- Mãe, tenta tomar seus remédio com um pouquiinho de leite. Às vezes não acontece isso...". Aí eu falei: "- É mesmo... vou ver". Ela falou: "- Vou lá buscar um leite". Aí eu peguei meio copo de leite, bebi... falei pra ela: "- Bom... deu resultado! Nem doendo meu estômago não tá". Ela falou: "- Não, mãe, então quando for três horas da tarde você faz assim". Falei: "- Tá". Agora hoje, hoje em dia, graças a Deus eu tomo meus remédios é de doze em doze... Só tomo três, antes eu tomava oito, hoje em dia eu só tomo três... E... nunca tive doença, a não ser a pneumonia, que eles fala que é oportunista, né? Nunca tive nada! Nada, nada mesmo! Todos meus colega já teve tuberculose, já... Já deu AVC, já teve hepatite... Mas graças a Deus eu nunca tive nada. E também, o exame do rapaz que... já tinha 22 anos que ele tinha, ele tava lá pra fazer o CD4, aí ele foi e falou pra mim: "- Oh, vou te dar um conselho, você não tá me pedindo, não, mas eu vou te dar um conselho: quando cê for vim tirar seus exame, que nós vem de madrugada, num vem com as suas costas e seu peito de fora assim, não, vai numa senhora que faz tricô, pede ela linha fria, pede ela pra fazer esses casaquinho pro cê. Quando cê for sair, que cê ver que tá fazendo frio, cê põe o casaquinho por dentro, põe a outra roupa, ninguém nem vai ver o que tá por baixo, que cê não vai pegar friagem, cê num vai pegar nada! E você vai ter vida saudável... Oh: cê num tomando chuva, nem no calor tomar banho de água fria, se cê for pra piscina, cê só vai se o sol tiver rebentando aleluia. E comer, minha filha. Que se cê comer, o mais que cê comer é pouco: tem que comer é muito! E num é comer arroz e carne, não: é todo tipo de verdura". E comer muito inhame, porque ele é muito... ele dá muito potássio no nosso corpo.

- Inhame?

- É. Falei com ele: "- Ahh! Então tá...". Ele falou: "- Se cê ver um, passa a receita. Num deixa sofrendo, não". Aí eu falei pra ele: "- E quanto tempo cê tá com isso?". Ele: "- Eu?! Tem 22 anos que eu carrego isso!". Falei com ele: "- Então cê era novinho!". Ele: "- Era! Eu era novinho! Eu peguei isso eu tinha dezoito anos...". Falei: "- Nossa, senhora... ih, tem tempo". Ele falou: "- É, a única coisa que eu num tenho e num quero é que nunca casei e nunca vou casar. Mas com as minhas namorada eu saio... Dou umas namorada, mas casar mesmo eu não quero, não.". Aí eu falei pra ele: "- Não, eu também tô... tô solteira, tô pensando em casar, não". Aí ele falou: "- Pois é, casa mesmo não! Fica do jeito que cê tá". Só que aí depois, quando fez um ano e meio, eu conheci o meu marido que eu tô agora, já faz... se Deus abençoar, até Outubro, se nós tiver junto, já vai fazer dezessete anos que nós tá junto.

- Nossa...
- Ele num tem.
- Não?
- Não. Aí quando eu arrumei... num tem perigo do cê passar pra ninguém. Então eu não falei até o dia de hoje e não pretendo falar nem pra ele, nem pros meus filhos, não. Só tem um primo meu que descobriu, porque quando eu tava internada, ele chegou e a coisa lá leu, né?
- O exame?
- É... Aí, assim... assim quando eu tô triste, eu ligo pra ele.
- Aí você desabafa com ele...
- É... Às vezes, quando ele tem tempo, ele me traz, ele me leva daqui, sabe? Assim! Mas... uma vez eu fui conversar com ela, aí ela falou assim: “- *Nossa, se eu descobrir que eu tenho essa doença, eu pego uma corda, ponho no meu pescoço e já puxo!*”.
- Ela falou...
- Falei: “- *Credo, uai! E se for pra você... é... conviver com uma pessoa que tem isso cê nem quer!*”, “- *Ah, não: é a pessoa pra lá e eu pra cá*”. Meu menino já foi diferente, eu nem perguntei ele. Ele um dia tava... chegou do serviço, comeu correndo... Falei: “- *Que isso, menino, cê tá muito cascalho!*”. “- *Não, mãe, é porque eu tenho que ir ali... tenho só duas horas de almoço*”. Aí eu fui e falei pra ele assim: “- *Se não for perguntar demais, você pode me falar onde cê vai?*”. Ele: “- *Não, mãe, é porque a gente ajuntou nós tudo da firma, nós fizemos uma cesta básica, uma cesta de verdura, carne e leite e a gente vai levar pro nosso amigo que pegou AIDS. Então a gente quer levar lá pra ele, mostrar pra ele que ele continua sendo nosso amigo do coração. Dar um bom abraço nele... porque nessa hora é o que ele mais precisa*”. (Balbucios). Se algum dia eu tiver de contar, eu já sei: é pra ele, não pra ela que eu vou contar. Porque eu só tenho os dois, eles dois de filho... Tem mais cinco, mas é do meu marido, né, então cê não conta que é seu.
- Aí se um dia tiver de contar, você vai contar pro seu filho...
- É. Pro meu filho.
- É.
- Por causa que nele eu vou ter apoio, né?
- Uhum.
- Igual, que ele sempre acha que eu tenho que ir, por conta do psicólogo, né... Aí... psicólogo tem acesso, tem tudo... aí eu chamei ele, ele nunca fala pra mim: “- *Não, não dá pra eu ir, não*”. Sempre vem, me acompanha, né, então...
- Uhum...
- Aí teve um dia que ele veio, falei: “- *Não, meu filho, vai lá! O teste de HIV é cinco minuto, ele fica pronto. Vai lá fazer*”. Ele: “- *Ai, mãe, cê quer demais que eu faça. Vou fazer pro cê parar com essa doida*”. Aí ele... “- *Ih, mãe, meu coração tá saindo quase na boca... Eeca!*”. Aí deu aquela risadinha assim, né... Aí ele veio, falou assim: “- *Graças a Deus deu nada, não*”. Falei: “- *Pois é, meu filho (Fala sobre camisinha?)*”. Aí ele: “- *Não... eu não vacilo, não deixo fazer isso mais, não*”. Falei com ele: “- *Tá bom...*”. Do jeito que ele tava, né... (pausa). Eu penso assim: meu marido, ele bebe...
- Uhum...

- Todos-os-dias! Então pra uma pessoa que bebe, cê fala uma coisa pra ela, quando... ela fala pra todo mundo!
- É? Não dá pra confiar...
- Não dá pra confiar!
- Uhum...
- Aí eu num confio nele, não!
- E...
- ... e tudo que eu falo com ele, que eu peço pra ele não falar, ele vai e fala!
- Uhum... (pausa). E você não teve... que eu conversei com a C., por exemplo, ela me contou de algumas vezes que ela teve internada... que ficou muito ruim...
- ... não! Eu graças a Deus, até o dia de hoje, só foi essa pneumonia e uma vez que... como é que ela chama? Parece sapinha, mas não é sapinha...
- Uhum...
- (pausa). Acho que é herpes, que deu herpes na minha garganta...
- Aham...
- Mas foi aí, o médico que me explicou: foi pelo remédio que eu tomei, e, e... eu tomava errado, se tomar ele, faz isso: ele abaixa a sua imunidade ao tamanho que acontece isso Aí eu mal engolia... Foi só, essa vez... Mas tirando disso, graças a Deus, tem nada não!
- Uhum...
- Ainda bem.
- E... quando foi que você descobriu? Foi há quanto tempo?
- 1999.
- 99...
- (Pausa).
- E os seus filhos não são filhos do seu marido?
- Não, não... é do meu primeiro casamento. Eu vivi com ele doze anos, e tome couro! Todo tanto pensar que ele me bate, ele me bate mais! Cê num pode ir no portão que ele tá batendo... Aí ele me batia e falava pra mim: “- *É sua culpa*”. Eu falava: “- *Culpa de quê? Cê num me deixa ir nem no portão!*”.
- Ele tinha ciúme?
- Não, mas ele não queria que eu fosse na rua por causa da mulherzada que ele tinha na rua!
- Ahh, tá...
- Nós largou por um motivo: ele engravidou uma menina de quinze anos, e a menina achando que ele era meu irmão, achando que ele era meu irmão... Aí ela chegou lá em casa procurando pelo meu... meu irmão. Falei: “- *Não... meu irmão mora do outro lado. Num mora aqui, não*”. Aí ela foi, falou o nome dele, né... Aí eu falei: “- *Não, esse aí é o meu marido...*”, “- *Não, é seu irmão!*”. Falei: “- *(faz barulho com a boca sugerindo “não”)*”. Aí ela falou: “- *Uai, num era ocê que tava muito doente, e ele fica aqui a semana inteira e quando é que é no sábado, na sexta e no sábado, ele pode ir lá em casa, que aí depois nos outros dias você pode cuidar dela?*”. Aí, na sexta e no sábado ele mentia pra mim que ia jogar truqui e ia pra casa dela!
- Nossa... e ela tinha quinze anos?

- Quinze anos! Aí eu peguei e falei pra ele: “- *Eu vou embora! Porque agora, você querendo ou não, você vai ter que casar com essa menina! Que ela é de menor...*”, “- *Eu? Vou casar com ela não! Quando eu enrolei com ela, nem virgem ela num era mais, não!*”. Aí eu falei: “- *É, mas a família dela num vai querer saber disso, não!*”. Aí ela ficava indo lá no portão, né, aí eu falei pra ela: “- *Amanhã você vem e já traz as mala, que quando você chegar eu num tô aqui mais, não*”. Aí eu fui falar com ele, ele: “- *Cê num vai!*” Num sei o que... Aí esse tempo era só aqueles Oreião. Ele falou: “- *Eu vou lá! Vou ligar pra sua mãe e vou contar tudo pra ela!*”. Falei pra ele: “- *Vai lá! Vai lá ligar, mesmo!*”. Enquanto ele foi ligar, eu peguei a minha mala e fui embora! Meu maior arrependimento foi só ter deixado meus dois filho com ele... mas aí, depois, quando meu menino fez doze anos, ele veio embora ficar comigo, minha menina, quando fez (9? 12?) veio embora, ficar comigo... Graças a Deus! Hoje eles ficam aqui comigo, dá mais atenção pra mim do que pra ele, então...

- Quanto tempo você ficou longe dos seus filhos?

- Quatro mês! Foi muito ruim! Deus me livre! Eu fico pensando, aí... Tem mãe que pega os filhos depois de grande... e dá pros outro! Num sei como que elas consegue, não! Porque eu sofri demais!

- É...

- Num comia, num dormia...

- Uhum...

- Ficava parecendo um zumbi! Chegava no ponto da minha patroa mesmo danar comigo, sabe? Que ela me pegava assim nos canto, chorando...: “- *M., ergue sua cabeça!*”. Falava com ela: “- *Num dá, não! Saudade dos meus menino!*”, e começava a chorar. Porque o F., como ele era muito ruim, então eu tinha medo dele. Ele falava: “- *Se ocê for embora e levar os meus filhos, cê pode ir aonde for, que eu vou lá e te mato e pego meu filho de volta*”. Aí na hora d’eu sair eu deixei os menino...

- Ele falava isso... que te mataria se você levasse os filhos...

- ... os meninos! Eu sei que a capacidade dele era essa...

- E ele também batia nos meninos?

- Batia! Bate! Falo que bate porque qualquer coisa, ele quer bater!

- Até hoje?

- Até hoje! Olha pro cê ver: os filhos dele, com a outra mulher, prefere ficar na MINHA CASA, que num sou a mãe, do que ir lá morar com ele!

- Ele casou com aquela... com a menina?

- Não... Não... Ela foi, ela foi pra lá, aí diz ela que não sabia como é que aguentou, porque ele estava assim: Se ele chegasse em casa, e tivesse um palito de fósforo riscado lá no chão, cê pode preparar... Que a ladainha (???). Pouquinhas horas que ele tava chegando, ela já ia lá no banheiro, corrigia tudo porque assim (????). “- *Que que cê ficou fazendo que cê num arrumou essa casa?*”. E é assim até hoje! Ele mora suzim, cê chega lá, cê acha que lá mora uma mulher! Que a casa dela é impecável! Cê num vê uma sujeirinha na parede, cê num vê nem nos vitrô assim, oh. Parece que fica com o pano na mão o dia inteiro!

- Ele limpa... Ele que limpa?

- Ele que limpa! Num paga ninguém!! Que agora ele é aposentado..., paga ninguém pra fazer nada pra ele! Às vezes ele chama os menino pra ir lá, os menino vai almoçar, ele já vai lá pra cozinha: “-

Não! Pode deixar que eu vou ajudar ocês pra andar depressa!”. Falei: “ - *Ele num vai pra ajudar, não, ele vai é pra olhar se ocês tá fazendo direito, eu conheço a peça!”*.”

- É... o seu atual marido também é violento?

- O de agora? (estala a língua sugerindo não). É a bondade que ele tem. Ele bebe, mas não bate. Num bate... de jeito nenhum. Igual ele falou pra minha mãe: “- *Oh, o dia que for pra mim dar um tapa na filha da senhora, esse dia eu vou mandar ela fazer as mala, vou trazer ela aqui e vou explicar o porque que eu trouxe.*” (falas confusas). Porém, tinha oito anos que eu tava com ele, minha mãe faleceu, então... Até o dia de hoje ele vem cumprindo a palavra dele! “ - *Se for pra levantar a mão pro cê, nesse dia...*”. Ele falou: “- *Nem você tem direito de me bater, nem eu tenho o direito de te bater*”. Falei: “- *É... isso é verdade...*”.

- E a sua mãe morreu e você não contou pra ela, também?

- (estala a língua sugerindo não). A minha mãe, eu vou te contar porque que eu não contei pra ela: minha mãe alugava uma casa pra um rapaz, aí o rapaz descobriu que tinha HIV. Ele foi lá e falou pra minha mãe. No mesmo dia a minha mãe pediu a casa a ele! Falei: “- *Mãe! Agora que ele precisa de carinho, você pediu a casa?*”, “- *Não! Já falei pra ele! Num precisa nem me dar esse aluguel de agora. Ele pode ficar com esse aluguel de agora: num precisa dele pagar água, num precisa dele pagar luz, num precisa dele pagar nada! Pra ele alugar outra casa pra ele...*”. Eu fiquei assim... Aí eu fui lá, conversei com ele, ele falou assim: “- *Não, eu sabia que quando eu falasse pra ela, ia ser essa reação! Ninguém aceita as pessoas com essa doença, não*”. Aí um dia, eu já sabia que eu tava assim, aí eu fui e falei pra ela: “- *Mãe, se um dia ou eu, ou o Jairo, ou as filhas pegasse essa doença? Como é que a senhora ia fazer?*”, “ - *Uai, eu pegava eles, e levava... deve ter um lugar que as pessoas que têm isso fica lá! Eu deixava lá pra eles cuidar!*”. Nesse dia, o meu olho encheu de água, tive que segurar, né... Falei: “ - *Nossa, mãe, seria assim? A senhora não ia querer saber de nós?*”, “ - *Ah, não, ficar aqui pra pegar, pegar ni mim, pegar nas outras pessoas...*”. Aquela coisa, sentava ali e pegava, né? Ela achava que seria assim, né!

- Pegar de encostar...

- Então nunca falei pra ela... Até... eu fiquei com ela 45 dias no hospital, o médico falou pra mim e falou que ela num escapava, que ela ia morrer... Então eu podia muito bem ter falado, que eu sabia que ela num... Mas mesmo assim! Eu num falei! Lá no caixão eu falei: “ - *Mãe, não sei se cê tá escutando, se cê tiver escutando, pelo o que eu já estudei, eu sei que cê tá escutando... mas tem gente que não acredita...*”. Então, eu falei pra ela: “ - *Oh, o seu maior medo, você tá deixando sua filha aqui na Terra desse jeito... peça a sua benção, perdoa porque eu não te falei!...*”. Sabe?

- Uhum...

- Só assim... que eu falei.

- O que que ela teve?

- Ela... é... enfisema. Fumava demais. O médico chegou e falou pra ela: “ - *Oh, a senhora tá no comeciinho da enfisema. Se a senhora parar de fumar, e tomar os remédio, os trem, senhora vai tomar, vai limpar o seu pulmão, a senhora não vai morrer*”. Durante um ano e meio ela fez belezinha. Aí, depois...: “ - *Ah, eu vou voltar pro meu cigarro!*”. Aí pegou o cigarro, começou a fumar... teve jeito, não. Quando ela deu a crise, deu pra valer, ela foi pro hospital, ficou os 45 dias e Deus levou.

- Uhum... E o seu pai?

- Meu pai morreu com câncer. Tem 29 anos... Que ele mexia com fazenda, aí diz o médico que foi um veneno... que batia nas plantas, fez um câncer no intestino dele.
- Uhum...
- Mas o meu pai, se ele tivesse aqui, seria outra coisa! Se eu desse uma dor de cabeça, ele nem saía de perto!
- Então pra ele você poderia ter contado?
- Poderia ter contado de boa, que ele ia me dar todo o apoio, todo carinho! Às vezes ele nem contava pra ela...
- Uhum...
- Mas... Deus levou ele muito cedo. (pausa).
- E o seu marido, assim? É... Vocês nunca transaram de camisinha? Ou vocês usam camisinha?
- Não, agora ultimamente, que o médico falou que num tem problema, né...
- Ele falou?
- É! Aí eu peguei e falei com ele: “ – Ah, não! Vamos deixar de usar essa camisinha?”. Aí ele falou: “ – Uai!”. “ – Ah, não, depois, se precisar, se cê quiser voltar usar a gente usa, mas num tá precisando disso! Então vamo usar mais não”. “ – Então tá!”. Achou foi bom!
- Você que chegou e falou, então? “ – Deixa a camisinha”.
- É...Ah, não... é: “ – Vamo deixar de mão essa camisinha”. Aí ele falou que num tinha perigo mais de nada, né.
- Uhum...
- Se ele acha que num tem, então...
- Quando foi que o médico falou que não tinha mais perigo?
- Faz uns três anos.
- Uhum...- E antes disso, ele num questionava a camisinha? Porque a mulher sabe que tem homem que num...
- Não, porque desde o primeiro dia que a gente foi ficar junto...
- ... cê já falou?
- ... Não, ele mesmo falou!
- Ah!!!
- Ele mesmo chegou e falou, né: “ – Se você preferir a camisinha, eu prefiro a camisinha”. Então aí, foi aquela coisa, foi ele mesmo que... então não tinha jeito nem dele mesmo brigar...
- Aham!
- ... porque foi ele mesmo que falou!
- É, que assim, é difícil achar um homem que, né...
- É, porque igual ele falava, que lá na firma que ele trabalhava, de seis em seis meses tem aquelas palestras, né? Então eu acho que por isso que a mente ficou bem... assim... sobre a camisinha.
- Palestra sobre DST?
- De tudo! De tudo! Tem hora que ele chega lá falando uns trem, eu falo: “ – Ixa! Nem sabia que existia isso!”. Ele fala: “ – É... mas existe, viu?”. Esses dias ele chegou: “ – Nossa, fiquei numa vergonha..”. Falei: “ – Vergonha de quê?”. Ele falou: “ – Nossa, a dona levou um peito, levou uma valgina, assim. E socava ^a. e abria... Tinha senhoras, tinha moças, tinha nós”. “- Deu vontade de

sair correndo! Num podia!”. Falei: ahhh! Ele é bem acanhado... Só quando bebe, fica pra frente... Mas dentro do serviço não pode beber...

- Uhum... quando ele bebe ele se solta?

- É... ele fica... mas tirando disso...

- E ele bebe é cerveja ou é cachaça?

- 51!

- M., eu tô escutando um neném chorando, eu acho que é o meu... a gente pode combinar semana que vem?

- Sexta-feira eu venho!

- Eu venho também. Tá? Podemos continuar?

- Beleza.

- Então tá. Obrigada, viu?

- De nada.

APÊNDICES