

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Matheus Ferreira de Castro

EU VULNERÁVEL NO DESFILADEIRO DA CRISE: masculinidades e HIV/AIDS

Belo Horizonte

2024

Matheus Ferreira de Castro

EU VULNERÁVEL NO DESFILADEIRO DA CRISE: masculinidades e HIV/AIDS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia

Orientadora: Cassandra Pereira França

Belo Horizonte

2024

150	Castro, Matheus Ferreira de.
C355e	Eu vulnerável no desfiladeiro da crise [manuscrito] :
2024	masculinidades e HIV/AIDS / Matheus Ferreira de Castro. - 2024.
	113 f.
	Orientadora: Cassandra Pereira França.
	Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
	Inclui bibliografia.
	1. Psicologia - Teses. 2. Masculinidade - Teses. 3. HIV (Vírus) – Teses. 4 AIDS (Doença) – Teses. Psicanálise - Teses. I. França, Cassandra Pereira. II Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MATHEUS FERREIRA DE CASTRO

Realizou-se, no dia 25 de março de 2024, às 10:30 horas, Online, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Eu vulnerável no desfiladeiro da crise: masculinidades e HIV/AIDS*, apresentada por MATHEUS FERREIRA DE CASTRO, número de registro 2021701098, graduado no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Cassandra Pereira Franca - Orientador (UFMG), Prof(a). Cláudia Andréa Mayorga Borges (UFMG), Prof(a). Lucas Charafeddine Bulamah (N/A).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, a presente ata, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.



Documento assinado eletronicamente por **Lucas Charafeddine Bulamah, Usuário Externo**, em 04/06/2024, às 13:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Andrea Mayorga Borges, Professora do Magistério Superior**, em 22/10/2024, às 20:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cassandra Pereira Franca, Professora do Magistério Superior**, em 23/10/2024, às 07:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3281967** e o código CRC **3D983BFE**.

*Aos homens que acompanhei e que se foram
sem a chance de serem livres em suas
palavras.*

AGRADECIMENTOS

Pensei ao longo de muitos dias se conseguiria agradecer de forma justa àqueles sem os quais esta pesquisa jamais poderia ter se concluído. Decidi que o mais justo seria pontuar meus anseios diante de um processo que não se iniciou e nem se encerrará nestas páginas. Confesso que não foram poucas as situações nas quais me senti profundamente intimidado enquanto vivia o trabalho clínico no hospital. Escutar a realidade da doença e da morte, e da vida que nos é testemunhada a partir destas realidades, não é nada simples. Particularmente, ainda não consegui entendê-las. É possível que eu nunca as entenda. Existiram momentos nos quais senti medo de não ter uma resposta ou uma palavra que nos confortasse a ambos, a mim e aos pacientes. No entanto, sempre que sentia medo, revisitava cada um de vocês em meus pensamentos. Vocês, que me resgatam para a beleza da vida em cada passo que dou:

Em memória de meu pai Paulo, que nos deixou cedo demais. Em minha imaturidade, pouco compreendi sua ausência. Hoje consigo enxergar sua herança e seus ensinamentos mesmo na saudade com a qual nos deixou. Sou grato pelo privilégio de seu amor.

A minha mãe Juvênia, com quem aprendi sobre coragem. Você me ensinou o amor como o dom de uma oferta humilde: o empenho em respeitar aquilo que se é, apesar daquilo que se é.

Ao meu irmão César, com quem vivi os melhores anos de minha vida sem entender a extensão de seu amor e cuidado. Minha admiração está contigo.

A minha tia Maria Albertina, quem me despertou para a loucura do mundo. A sinceridade de seus gestos de carinho está guardada em minhas memórias mais divertidas!

À Cassandra, minha querida orientadora e mentora, que em sua generosidade entreviu a curiosidade e desejo em um jovem interiorano que ainda não sabia ao certo o que era

psicanálise, mas já sabia que 'Freud explica'. Agradeço a confiança e o respeito pela minha liberdade de pensar.

A Michelle Silva, pela graça do encontro com a clínica. Agradeço pelos espaços de identificação, pela honestidade dos nossos momentos de cólera, pelo compromisso com o afeto e com nossa parceria.

Aos amigos de longa data: André Onofre, Dyorgia Oliveira, Rayssa Goulart e William Gonçalves. Agradeço a ousadia do incômodo diante do jeito que as coisas são e por sonharem comigo desde muito cedo em minha vida.

Aos amigos que Belo Horizonte me apresentou: Antônio Lemos, Gustavo Amaral, Lucas Teixeira, Luísa Bergara, Mariana Moreira, Pedro Teixeira, Tamara Aveline, Oli Brum. Agradeço pela presença segura nos momentos de angústia e pela companhia calorosa nos de felicidade.

Às colegas de trabalho: Aline Rabelo, Anabella Ortêncio, Lourenço, Márcia Menezes, Marina Mendes, Michele Moreira, Tamara Aveline, Thaís Menezes, Paula Alves. Toda a minha admiração e respeito pela firmeza e disponibilidade com as quais encaram o dever de assistir ao sofrimento psíquico na saúde pública.

Ao colegas de orientação: Caio Romano, Diego Rodrigues, João Paulo, Lucas Teixeira, Nayana Shimaru, Raquel Paiva, Úrsula Cavalcanti. Agradeço pela leitura atenta, pela construção conjunta de ideias e pelos ensinamentos a este jovem pesquisador.

Enfim, agradeço ao poder dos encontros com os pacientes que acompanhei ao longo deste percurso. Em memória daqueles que partiram enquanto os acompanhava. Impossível enumerar tudo o que me ensinaram, pois eu mesmo ainda estou em vias de descobrir. Guardo-os comigo em minhas lembranças.

Eu não sei o que o meu corpo abriga
Nestas noites quentes de verão
E nem me importa que mil raios partam
Qualquer sentido vago de razão,
Outra vez vou te cantar, vou te gritar
Te rebocar do bar
E as paredes do meu quarto vão assistir comigo
A versão nova de uma velha história
E quando o sol vier socar minha cara
Com certeza você já foi embora,
Outra vez vou me esquecer
Pois nestas horas pega mal sofrer
Da privada eu vou dar com a minha cara
De panaca pintada no espelho
E me lembrar, sorrindo, que o banheiro
É a igreja de todos os bêbados
Eu ando tão down
Eu ando tão down
Eu ando tão down

Down em mim (Barão Vermelho, 1982)

RESUMO

O Brasil avança para sua quinta década convivendo com o HIV/AIDS e desfruta de prestígio internacional pelo pioneirismo de suas respostas à epidemia. O ineditismo da aproximação mútua entre o Estado e a sociedade civil estabeleceu os pilares para a construção e implementação de políticas preventivas e assistenciais pautadas em princípios inclusivos e no reconhecimento da diversidade, laicidade do Estado e fortalecimento da democracia. Apesar dos progressos alcançados durante o período, a problemática da adesão às terapias antirretrovirais pelas pessoas que vivem com HIV segue como um dos principais desafios epidemiológicos enfrentados pelos pesquisadores que estudam o tema. Trata-se de um fenômeno complexo e multideterminado por suas particularidades sociais, políticas e subjetivas. Estas últimas repercutem uma atmosfera de forte intensidade afetiva, que abarca a um só tempo temas sensíveis como sexualidade, estigma e morte. A urgência do sofrimento psíquico nas circunstâncias diagnósticas contextualiza a realização da presente pesquisa, que procura investigar, por meio do referencial teórico psicanalítico no diálogo com as teorias feministas e queer, as repercussões traumáticas do recebimento de um primodiagnóstico para o HIV no psiquismo de pacientes homens cisgênero que tem sua história subjetiva atravessada pelo resultado laboratorial positivo. O interesse pelas dinâmicas de gênero como um importante operador analítico quando o assunto é HIV/AIDS – conforme assinalam diversas pesquisas sobre a temática – e a primazia da relação com o outro como elemento constitutivo para o sujeito humano, resultou na eleição de um estudo voltado para o universo metapsicológico do Eu em suas relações internas com o narcisismo e o supereu, e com seu contexto sociopolítico. Para tanto, foram utilizadas ilustrações clínicas com material proveniente da memória assistencial do pesquisador em seu trabalho com pacientes em internação hospitalar no contexto da descoberta de sua sorologia. Ressalta-se o esforço em reposicionar o sofrimento psíquico como um norte metodológico para a condução da pesquisa. Por fim, essa pesquisa busca aprofundar a compreensão psicanalítica sobre os mecanismos representacionais e identificatórios que participam do funcionamento egóico e de seu investimento na manutenção de uma identidade. O faz mapeando os efeitos do traumático na clínica com homens que se descobrem positivos para o HIV/AIDS no âmbito da atenção terciária em saúde, com o intuito de aprimorar as ferramentas teórico-técnicas para o trabalho psicoterápico com este público.

Palavras-Chave: HIV/AIDS; Masculinidades; Eu vulnerável; Psicanálise; Trauma.

ABSTRACT

Brazil is entering its fifth decade living with HIV/AIDS and enjoys international prestige for its pioneering responses to the epidemic. The unprecedented mutual approach between the State and civil society established the pillars for the construction and implementation of preventive and assistance policies based on inclusive principles and the recognition of diversity, secularism of the State and strengthening of democracy. Despite the progress achieved during the period, the issue of adherence to antiretroviral therapies by people living with HIV remains one of the main epidemiological challenges faced by researchers studying the topic. It is a complex and multi-determined phenomenon due to its social, political and subjective particularities. The latter reflect an atmosphere of strong emotional intensity, which simultaneously encompasses sensitive themes such as sexuality, stigma and death. The urgency of psychological suffering in diagnostic circumstances contextualizes the carrying out of this research, which seeks to investigate, through the psychoanalytic theoretical framework in dialogue with feminist and queer theories, the traumatic repercussions of receiving a primary diagnosis for HIV on the psyche of male patients cisgender whose subjective history is crossed by a positive laboratory result. The interest in gender dynamics as an important analytical operator when the subject is HIV/AIDS – as highlighted by several studies on the subject - and the primacy of the relationship with others as a constitutive element for the human subject, resulted in the election of a study focused on to the metapsychological universe of the Self in its internal relations with narcissism and the superego, and with its sociopolitical context. To this end, clinical illustrations were used with material from the researcher's care memory in his work with patients in hospital on the context of discovering their serology. The effort to reposition psychological suffering as a methodological guide for conducting research is highlighted. Finally, this research seeks to deepen the psychoanalytic understanding of the representational and identification mechanisms that participate in egoic functioning and its investment in maintaining an identity. It does so by mapping the effects of trauma in the clinic with men who discover they are positive for HIV/AIDS within the scope of tertiary health care, with the aim of improving theoretical-technical tools for psychotherapeutic work with this public.

Keywords: HIV/AIDS; Masculinities; Vulnerable Self; Psychoanalysis; Trauma.

RESUMEN

Brasil avanza hacia su quinta década viviendo con VIH/SIDA y goza de prestigio internacional por sus respuestas pioneras a la epidemia. El inédito acercamiento mutuo entre el Estado y la sociedad civil estableció los pilares para la construcción e implementación de políticas preventivas y asistenciales basadas en principios inclusivos y el reconocimiento de la diversidad, la laicidad del Estado y el fortalecimiento de la democracia. A pesar de los avances logrados durante el período, la cuestión de la adherencia a las terapias antirretrovirales por parte de las personas que viven con el VIH sigue siendo uno de los principales desafíos epidemiológicos que enfrentan los investigadores que estudian el tema. Es un fenómeno complejo y multideterminado por sus particularidades sociales, políticas y subjetivas. Estos últimos reflejan una atmósfera de fuerte intensidad emocional, que abarca simultáneamente temas sensibles como la sexualidad, el estigma y la muerte. La urgencia del sufrimiento psicológico en circunstancias diagnósticas contextualiza la realización de esta investigación, que busca indagar, a través del marco teórico psicoanalítico en diálogo con las teorías feministas y queer, las repercusiones traumáticas de recibir un diagnóstico primario de VIH en la psique de pacientes masculinos cisgénero cuya historia subjetiva está atravesada por un resultado de laboratorio positivo. El interés por la dinámica de género como importante operador analítico cuando el tema es el VIH/SIDA – como lo destacan varios estudios sobre el tema - y la primacía de la relación con los otros como elemento constitutivo del sujeto humano, resultó en la elección de un estudio que se centró en el universo metapsicológico del Yo en sus relaciones internas con el narcisismo y el superyó, y con su contexto sociopolítico. Para ello, se utilizaron ilustraciones clínicas con material de la memoria asistencial del investigador en su trabajo con pacientes hospitalizados en el contexto del descubrimiento de su serología. Se destaca el esfuerzo por reposicionar el sufrimiento psicológico como guía metodológica para la realización de investigaciones. Finalmente, esta investigación busca profundizar la comprensión psicoanalítica de los mecanismos de representación y de identificación que participan en el funcionamiento egoico y su inversión en el mantenimiento de una identidad. Lo hace mapeando los efectos del trauma en la clínica con hombres que descubren que son positivos al VIH/SIDA en el ámbito de la atención terciaria de salud, con el objetivo de mejorar las herramientas teórico-técnicas para el trabajo psicoterapéutico con este público.

Palabras clave: VIH/SIDA; Masculinidades; Yo vulnerable; Psicoanálisis; Trauma.

LISTA DE FIGURAS CLÍNICAS

FIGURA 1	Homem heterossexual, branco. Idade: 50 anos	18
FIGURA 2	Homem heterossexual, preto. Idade: 60 anos	36
FIGURA 3	Homem homossexual, pardo. Idade: 18 anos.	37
FIGURA 4	Homem heterossexual, pardo. Idade: 28 anos	49
FIGURA 5	Homem bissexual, pardo. Idade: 19 anos	57
FIGURA 6	Homem heterossexual, preto. Idade: 48 anos	64
FIGURA 7	Homem homossexual, branco. Idade: 26 anos	69
FIGURA 8	Homem homossexual, preto. Idade: 29 anos	77
FIGURA 9	Homem homossexual, pardo. Idade: 18 anos	77
FIGURA 10	Homem heterossexual, preto. Idade: 45 anos	83
FIGURA 11	Homem heterossexual, pardo. Idade: 46 anos.	95
FIGURA 12	Homem homossexual, pardo. Idade: 34 anos.	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
PVHA	Pessoas que vivem com HIV e/ou AIDS
ARV	Medicamentos antirretrovirais
PNH	Política Nacional de Humanização do SUS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 A metodologia da escrita memorial.....	22
2 VIVENDO NO FRONT: AIDS E A SEXUALIDADE NO CONTEMPORÂNEO.....	29
2.1 Uma metáfora para a AIDS	31
3 UM DESAFIO PARA OS HOMENS	35
3.1 Masculinidades, um espaço político	37
3.2 O que a psicanálise tem a ver com isso?	40
4 TRAUMATISMOS DO CORPO E A CLÍNICA DO HIV/AIDS	43
4.1 Corpo, fisionomia primeira de um Eu	46
4.2 Encenações viris do erótico	57
4.3 O conflito anal	61
5 CADA CABEÇA UMA SENTENÇA: CULPA E SOLIDÃO NA EXPERIÊNCIA MASCULINA COM O HIV	69
5.1 ‘Viado Amélia’? Negociando com a violência.....	71
5.2 Projetos de vida entre o pertencimento e a desumanização.....	80
6 SABER-ME VIVO, PENSAR-ME MORTO: REFLETINDO A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA CLÍNICA DO HIV/AIDS	92
6.1 Políticas do narcisismo	98
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106

1 INTRODUÇÃO

É preciso dizer palavras, enquanto houver, é preciso dizê-las, até que elas me encontrem, até que elas me digam, estranha pena, estranho pecado, é preciso continuar, talvez já tenha sido feito, talvez já tenham me dito, talvez já tenham me levado até o limiar da minha história, diante da porta que se abre para a minha história, isso me surpreenderia, se ela se abrir, serei eu, será o silêncio, ali onde estou, não sei, não saberei nunca, no silêncio não se sabe, é preciso continuar, não posso continuar, vou continuar (Beckett, 1989).

Na medida em que as primeiras palavras deste trabalho são escritas e as frases adquirem força textual, mais importantes parecem ser todas as tentativas prévias malsucedidas de introduzi-lo. Nos vãos entre estes vocábulos, no limiar entre uma palavra e outra, sobrevivem os escombros de ideias que bem poderiam ter se transformado em outros edifícios narrativos. No entanto, falar apenas nos termos daqueles conteúdos que encontraram seu caminho até o texto manifesto seria desconsiderar um elemento fundamental nesta equação: a urgência por representar nossas experiências externas e internas. “É preciso dizer palavras, enquanto as houver, é preciso dizê-las”, somos encorajados por Samuel Beckett (1989). Estranho ímpeto este que nos impele a narrar. Ânsia irremediável, desassossego do sentido, que apesar de não ser o objeto alvo sobre o qual essa pesquisa pretende se debruçar, é sem dúvidas combustível para que ela se realize. Nós, aprendizes de historiadores, para tomar emprestada a ideia trabalhada por Piera Aulagnier¹ com argúcia em sua obra, sobretudo quando esta urgência em historiar encontra seus motivos na emergência do sofrimento subjetivo. Afinal, é precisamente no contexto da urgência e emergência onde este trabalho foi gestado.

Orientados por vírgulas e pontos finais, caminhamos pelos corredores movimentados de um Hospital Geral de Urgência e Emergência da rede SUS localizado em uma região periférica de Belo Horizonte. Trata-se de uma clínica psicanalítica desafiada pelo ruído das múltiplas vozes e da aparelhagem hospitalar os quais, em conjunto, resultam em um burburinho inconfundível; nas hastes frias e metálicas das macas que competem pelo espaço de passagem; no alerta sonoro da ambulância que captura a todos em um sobressalto. De repente, escuta-se um grito de horror distante vindo do interior de alguma das enfermarias nos andares. O contraste é notável, pois naquele mesmo momento se observa o riso emocionado

¹ Piera Aulagnier foi uma psicanalista italiana radicada na França que conduziu trabalhos com casos de pacientes psicóticos e desenvolveu uma complexa teoria da constituição egóica e dos processos identificatórios. Chega a concluir que o Eu é "condenado a investir para e pela vida a colocação em pensamento e em sentido" de sua própria realidade. Em sua última obra, publicada no ano de 1984, o Eu surge como um eterno aprendiz de historiador em seu árduo embate contra as forças do Id, um mestre-feiticeiro.

daqueles que recebem a notícia de alta após um longo período de internação. A cena afetiva está colocada: surge nos atendimentos sob o formato de explosões coléricas ou choros incontidos e muitas vezes se encerra no silêncio angustiante do corpo debilitado pela morbidade.

A doença parece ser essa experiência que nos retira do conforto do lar e nos vira do avesso como fazemos com a capa de uma almofada. Deixa explícitas as costuras afetivas de uma vida. De repente, os fiapos do amor, da revolta, da culpa ou do medo. As linhas pelas quais tentamos suturar o silêncio e estancar a angústia. Tão grande a força de sua capacidade expositiva que assombra nossas fantasias onipotentes diante da irremediável mortalidade da carne, a doença não apenas revela alterações orgânicas e agentes patogênicos, mas parece estar dotada do estranho poder de ratificar os usufrutos do corpo e desenrolar o carretel de nossos segredos mais íntimos. A doença, portanto, nunca é apenas uma doença (Sontag, 1989). No início da década de 1980, os Centros de Controle de Doenças (CDC) em Atlanta, nos Estados Unidos, iniciaram as notificações daquela que parecia ser uma onda de infecções por citomegalovírus comórbido ao quadro mais amplo de imunodeficiência. Sob uma atmosfera de profundo pânico social, descobríamos uma enfermidade capaz de chacoalhar os limites entre o amor e o sexo, a vida e a morte, o público e o privado, colocando “em pauta os destinos da sexualidade na pós-modernidade” (Birman, 1994, p. 113): a AIDS.

Desde o início de minha trajetória como psicólogo clínico, a princípio realizada na condição de estagiário na clínica hospitalar - uma exigência de estágio externo do curso de graduação em psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais - e posteriormente firmada como psicólogo integrante da equipe de psicologia de um Hospital Geral de Urgência e Emergência, acompanhei, por diversas vezes atônito, casos nos quais os pacientes que conviviam com o vírus do HIV e desconheciam sua sorologia eram admitidos em internação hospitalar gravemente acometidos pela doença após um longo período sofrendo com sintomas diversos, alguns pouco específicos, outros de alta proporção. Durante os atendimentos ficava atestado que o medo e a vergonha eram elementos decisivos para que a drástica perda ponderal, febre intensa e contínua, diarreia e até mesmo feridas genitais fossem ignorados por meses, o que muitas vezes resultava em episódios de desmaios e crises convulsivas que viriam pôr a termo o circuito de silêncio e angústia a que muitos se submetiam.

O contexto de doenças oportunistas como herpes cutâneas, candidíases orofaríngeas, neurotoxoplasmoses e tuberculoses (Soares; Armindo; Rocha, 2014) é a infeliz cena comum encontrada pelos profissionais psicólogos que conduzem atendimentos a pessoas convivendo com HIV/AIDS internadas na assistência terciária em saúde. A fragilidade subjetiva dos

pacientes primodiagnosticados e/ou que convivem com a morbidade concretiza o desassossego que em muitos momentos estremece as próprias convicções internas daqueles que se propõem a escutar suas histórias.

“Hoje a AIDS já não é mais uma sentença de morte” é o que costumamos dizer para o outro e a repetir para nós mesmos como parte de nosso esforço em afastar a impotência diante da morte literalizada pelos corpos esqueléticos do início da epidemia. Embora a afirmação celebre o entusiasmo diante dos avanços farmacológicos no combate à doença que foram capazes de transformá-la atualmente em uma condição crônica, seu uso defensivo não deveria ser capaz de fazer-nos menos chocados e desavisados a respeito da morte de pessoas de todas as faixas etárias sob os signos estereotipados do ‘paciente aidético’ das décadas passadas. Inúmeros foram os dias nos quais me surpreendi cantarolando trechos da música “O tempo não para”, o hit emplacado por Cazuza em 1988, enquanto caminhava pelos corredores entre enfermarias e atendimentos. Sem que me desse conta, durante aqueles momentos parecia experimentar nos “subterrâneos” (Freud, 2006/1900) de minha vida psíquica tentativas constantes de simbolizar o material que mobilizava minha escuta. Afinal, enquanto testemunhava a narrativa de sofrimento de jovens adultos em seu leito de morte para a AIDS e presenciava cenas que em nada perdiam para as produções hollywoodianas sobre a doença, sentia-me visitando um futuro que repetia o passado, transitando pelas galerias de um “museu de grandes novidades” (Cazuza, 1988).

O conteúdo penetrava a privacidade de aposentos ilusoriamente assegurados pelas bodas de ouro e prata dos relacionamentos heterossexuais monogâmicos até a pontualidade de encontros sexuais na noite gay. Ao contrário do que muito se debateu a respeito da ideia de grupos de risco (Schaurich, 2014), comum nos anos iniciais da epidemia de HIV/AIDS e determinante para os direcionamentos posteriores da gestão epidemiológica da doença, a clínica me conduzia por lugares que elevavam ao extremo a máxima popular de que “o HIV não tem rosto”. Entretanto, o acúmulo desta casuística foi-me guiando ao encontro daquele que parecia um impasse importante para os acompanhamentos em questão, o qual posteriormente viria a tomar nota como sendo uma das grandes problemáticas que desconcerta os pesquisadores e prolonga resultados epidemiológicos preocupantes no contexto do HIV/AIDS: a adesão, mais especificamente a ausência ou baixa adesão, ao tratamento antirretroviral (Melchior *et al.*, 2007; Teixeira, Paiva, Shimma, 2000).

As dificuldades, no entanto, não viriam desacompanhadas, e em pouco tempo pude colher outras peças desse quebra-cabeças. Para a aflição da equipe médica, os pedidos de interconsulta direcionados ao atendimento de pacientes em má adesão ao tratamento eram

mais comuns do que se queria crer, e em sua grande maioria diziam respeito a pacientes homens. No relato das mulheres debilitadas pelo avanço da infecção pelo HIV, a atividade sexual dos homens surgia sob alvo de suspeitas e, na grande maioria das vezes, denúncias. Nos atendimentos aos homens que conviviam com o HIV ou adoecidos pela AIDS, questionamentos acerca da própria sexualidade ou identidade de gênero eram observados com curiosa frequência. Apesar dos dados epidemiológicos oficiais² sobre a estatística de casos no Brasil, além de outros estudos que apontam para a importância do recorte de gênero nos debates sobre prevenção e adesão (Mota, 1998), pesquisas recentes conduzidas com homens cis heterossexuais que convivem com o HIV concluem que, mesmo após 25 anos do início da epidemia de HIV/AIDS, essa população se acredita imune ao vírus, sendo comum receberem seu diagnóstico a partir de exames realizados pelas parceiras (Knauth *et al.*, 2020).

De fato, narrativas como “eu nunca mais quero transar de novo”, “uma pessoa gay traz doença para casa” ou “agora que tenho Aids vão achar que sou viadinho” eram lugares-comuns durante os atendimentos a esses homens. Estes elementos pareciam sugerir uma face única para a doença, ou melhor, tomá-la como expressão do desgoverno da volúpia sexual e da “possibilidade intrínseca e fatal de uma determinada escolha sexual” (Birman, 1994, p. 112).

Embora ciente de estar desprovido de muitas das respostas pelas quais ansiava diante das perguntas que a clínica do HIV/AIDS colocava para a prática psicanalítica com estes pacientes, começava a compreender que sua condução exigia um olhar atento que considerasse os rumos sociopolíticos³ da epidemia como um de seus aspectos mais importantes. Não bastava ter em conta os regimes de prazer-desprazer próprios ao funcionamento psíquico, mas ampliar o entendimento sobre como estas dinâmicas adquiriram certo gerenciamento normativo por aquilo que Néstor Perlongher denominou de “Dispositivo da Aids” (Perlongher, 1987). Em menção ao conceito de dispositivo cunhado por Michel Foucault, que fala sobre um conglomerado de discursos e práticas “materializados em saberes e poderes e cuja potência reside no controle e produção de verdades que moldam as

² Os dados oficiais apontam que dos 489,594 casos de infecção pelo HIV notificados no período de junho de 2007 a junho de 2023, expressivos 70,5% se referem à contaminação entre homens e em relação aos casos de AIDS, no período de 1980 a 2021, dos 1,124,063 casos notificados, os homens ocupavam os também expressivos 66,2% sendo eles também maioria quando o assunto é a mortalidade produzida pela AIDS (Brasil, 2023). Entretanto, em consonância com o artigo de Agostini *et al.* (2019), vale ressaltar o desmonte dos programas de HIV/AIDS no Brasil e adensamento da precarização nos serviços de saúde em contexto da Pandemia de COVID 19, o que compromete os processos de notificação e a base de dados como um todo.

³ Refiro-me ao fenômeno de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização da epidemia que parece se embrenhar no solo da desigualdade social brasileira (Brito; Castilho; Szwarcwald, 2001).

subjetividades” (Pelúcio; Miskolci, 2009), Perlongher denuncia a moral heterorreprodutiva por detrás das produções científicas sobre o HIV/AIDS e seu papel no lastreamento de subjetividades coibidas pela culpa e vergonha públicas. O que entra em jogo no campo da AIDS é o “reconhecimento do pluralismo do desejo”, ou melhor, o cerceamento do “direito à vivência da sexualidade na sua sinfonia polimorfa, na multiplicidade de desejos dos indivíduos” (Birman, 1994, p. 112).

Nos atendimentos, narrativas de forte teor mortífero que sinalizavam para o risco de autoextermínio competiam espaço com meticulosas revisões sobre o exercício do ato sexual e preenchem a cena clínica com fantasias de morte e contágio, além de violentas auto-recriminações. Testemunhava-se os ruídos do ataque interno. O corpo, este nosso íntimo conhecido, encontrava na drástica perda ponderal e em erupções cutâneas os signos de um estrangeirismo desestruturante capaz de tensionar a estabilidade de sua imagem familiar. O drama de ter se infectado com uma ‘doença de rua’, como alguns se referiam ao próprio adoecimento, reunia impressões de sujeira, desordem e prazer em um mesmo pacote. “Quando voltar para casa, quero arredar os móveis do lugar, revirar e limpar tudo. Aspirar toda aquela poeira do telhado, dos canos, até aquelas mais difíceis de limpar, sabe? Quero deixar a casa brilhando”, certa vez me disse um paciente⁴ que aguardava pela alta hospitalar após longas semanas na internação onde receberia seu primodiagnóstico. Os atendimentos, marcados pelo tom cáustico de suas colocações, eram quase sempre utilizados para que provasse a mim, por meio de fotos e vídeos, o quanto seu corpo era forte e bem cuidado.

A força desses eventos parecia ser capaz de criar uma rusga no edifício narcísico destes sujeitos, não apenas em razão de sua potencialidade traumática, mas precisamente porque pareciam adquiri-la em função da alta carga de estigma social que circunvizinha a doença. Conforme assinalou Simon Whatney (1996),

[...] É preciso entender com clareza e precisão quais as forças e valores estão se mobilizando em relação à crise da Aids. Afinal, a Aids não é apenas uma crise médica sem precedentes, ela envolve uma crise da própria representação, uma crise de todo o enquadramento de saberes a respeito do corpo humano e de suas capacidades para o prazer sexual (p. 9, tradução nossa)⁵.

Seria preciso atentarmo-nos para a impossibilidade de desconsiderar os condicionantes sociais e políticos capazes de promover um vírus à categoria de veículo ideológico de

⁴ Figura 1.

⁵ [...] We need to understand clearly and precisely what forces and values are mobilising in relation to the ongoing crises of Aids. For Aids is not only a medical crisis on an unparalleled scale, it involves a crisis of representation itself, a crisis over the entire framing of knowledge about the human body and its capacities for sexual pleasure. (Whatney, 1996, p. 9)

inúmeros discursos empenhados em definir a verdade do corpo e do desejo, uma dietética para os prazeres (Foucault, 2014/1984). Se os marcos ideológicos fixados pelo Dispositivo da Aids são coextensivos à delimitação de um campo de inteligibilidade para o exercício do corpo e seus prazeres no contemporâneo, e se essa dinâmica foi capaz de transformar o primodiagnóstico em um atestado de marginalidade que metaforiza a pertença do paciente a uma “comunidade de párias” (Sontag, 1989) – cristalizando a infecção pelo HIV como a ‘doença do outro’ – ela assim procede introduzindo a fisionomia da proscricção na própria experiência corporal, fazendo com que “o horror dos corpos que adoecem e morrem pareça se tornar mais pavoroso quando se adivinha, na origem das contorções de agonia, os espasmos do gozo” (Perlongher, 1987).

No contexto clínico, a circunstância extrema do desamparo estampado pelos pacientes primodiagnosticados parecia ignorar as palavras de conforto da equipe assistencial quase sempre resguardada pela segurança técnica nos avanços médico-farmacológicos de tratamento e convívio com a doença. Era sempre contra a AIDS do início da década de 1980 que se travava o embate intrapsíquico. Uma fantasmática com apetite privilegiado para travestis e homossexuais, sobretudo os que se comprazem no ato sexual passivo, e inatingível ao homem brasileiro comum, lê-se o homem cis heterossexual: o macho. A figura do ‘aidético’ construída com o aval epidemiológico das primeiras campanhas de combate à AIDS e reiterada pela imprensa conserva a potência de orientar seu curso ficcional “nunca deixando de se reinscrever no imaginário que cerca essa pandemia” (Moreira, 2012).

No índice dos maiores danificados, o Eu em sua localidade eminentemente corporal (Freud, 2006/1923). De fato, a clínica com pacientes convalescidos diante da ameaça de crise subjetiva provocada pelo recebimento do primodiagnóstico de HIV quase sempre estimulava uma escuta atenta para as cicatrizes do Eu. Materializa-se uma verticalidade extrema entre o sujeito e o outro. O primeiro, tomado pela desorientação psíquica que testemunha o colapso de seu edifício egóico, está entregue às idiossincrasias de seu circuito relacional. O segundo, por sua vez, munido de um incerto poder de influência, capaz de prestar socorro, ou não, ao processo de vinculação da pura excitação à deriva em uma sequência de sentidos. Dissimetria que encontra seu clímax na introdução de um terceiro e fundamental elemento: a densidade de um discurso capaz de decidir os rumos da experiência de sofrimento vivida pelo sujeito e desestabilizar seu contato com as próprias percepções.

Está firmado o alicerce da violência traumática para o Eu acrescida de seu principal pilar, o desmentido (Ferenczi, 2020/1934). Cumpre assinalar que a qualidade propriamente excessiva e violenta de um trauma apenas adquire efeitos de desestruturação quando conta

com a presença deste último ‘ingrediente’ (Pinheiro, 1995). Situação traumática, portanto, porque conduz ao dismantelamento da consistência subjetiva mediante a reabertura da cena de desamparo psíquico em razão de uma agressão vinda de fora com força suficiente para adulterar as relações de intimidade do sujeito consigo mesmo.

A despeito daquilo que já foi mencionado aqui em relação aos discursos que orbitam a epidemia do HIV/AIDS, mesmo décadas após os primeiros casos temos provas periódicas do modo pejorativo e criminoso⁶ com o qual o debate sobre a doença muitas vezes é travado na arena pública. Do ponto de vista metapsicológico, por sua vez, uma outra problemática de grande complexidade se anunciava nos termos daquilo que a psicanalista Sylvia Bleichmar (2010) já havia pontuado sobre o trauma:

A problemática do traumatismo coloca sempre em questão as concepções de um psicanalista a respeito das relações entre o aparelho psíquico e o mundo externo e, a partir disso, como se entendem as relações no interior do aparelho psíquico. Ou seja, entre o inconsciente e o eu, e como são entendidas as relações estabelecidas entre a sexualidade e os acontecimentos externos (p. 16, tradução nossa)⁷.

A acentuação deste circuito interno-externo da qual é testemunha a situação traumática atesta o ambiente de opressão que cerceia as instâncias mediadoras e escancara a luta aflitiva entabulada pelo aparelho psíquico em prol de sua sobrevivência. Fracasso dos mecanismos de fixação da carga excitatória, malogro do ímpeto erótico pela vinculação da energia desligada diante de um excesso que sobrepuja a influência do princípio do prazer, rasgo narcísico que cerceia o sentimento de onipotência tão caro ao funcionamento psíquico (Ferenczi 2020/1913). Não obstante, trata-se de ponderar que o circuito psíquico que torna a emergência da angústia e da representação de morte como expressão “genuína do aparelho mental em seu árduo trabalho de arregimentação do interno com o externo, ou do corpo pulsional com o entorno social” (Labaki, 2006, p. 56) não é nem de longe linear. Pelo contrário, a arquitetura de inscrição deste evento capaz de violar uma determinada biografia

⁶ No ano de 2019, a pastora neopentecostal Ana Paula Valadão viria a público em seu programa televisivo para dizer que “A bíblia chama qualquer opção contrária ao que Deus determinou de pecado. E o pecado tem uma consequência que é a morte. Tá a Aids para mostrar que a união sexual entre dois homens causa uma enfermidade que leva à morte” (Altman, 2020). Mais cedo naquele mesmo ano, o então ministro da saúde Luiz Henrique Mandetta daria início ao dismantelamento das políticas de prevenção ao HIV/AIDS sob o argumento de que elas precisariam ser revistas para “não ofender aqueles que entendem que isso possa ser uma invasão do Estado no seu ambiente familiar” (Cancian, 2018). No ano de 2021, o então presidente Jair Messias Bolsonaro, no auge da crise econômica e sanitária agravada pelo avanço da pandemia de COVID 19 no Brasil, encabeçaria o alerta negacionista de que as vacinas contra a COVID estariam provocando a infecção pelo vírus do HIV nos vacinados (Leão, 2021).

⁷ La problemática del traumatismo pone siempre en juego la concepción de un psicoanalista sobre las relaciones entre el aparato psíquico y el mundo exterior y, a partir de ello, cómo entiende las relaciones en el interior del aparato psíquico. Es decir, entre el inconsciente y el yo, y de qué manera entiende las relaciones que se establecen entre la sexualidad y los acontecimientos externos (Bleichmar, 2010, p. 16).

subjetiva parecia adquirir sua impossibilidade traumática de maneira indissociável aos modos pelos quais o próprio exercício da sexualidade no contemporâneo foi radicalmente adulterado pelo surgimento do HIV/AIDS.

Embora a problemática narcísica esteja à mostra por excelência tanto por tratar-se de um estudo clínico circunscrito ao trabalho com o traumatismo, quanto por tratar-se de pacientes que sofrem com graves alterações orgânicas e corporais, o destaque adquirido pela realidade externa e sua particularidade sociopolítica no HIV/AIDS terminou por reconduzir o interesse da pesquisa à experiência metapsicológica do Eu. Atacada desde suas certezas íntimas, a unidade egóica se aprofunda em uma desesperada luta contra a angústia de morte. Para fazê-lo, iniciará uma lenta peregrinação ao longo das trilhas representacionais e identificatórias que compõem sua estrutura, com a responsabilidade de redescobrir os fios afetivos de desejos que podem religá-lo à vida. A exterioridade topológica do Eu no que diz respeito a topologia psíquica arregimentará esta procura a partir de traduções baseadas nas dinâmicas do gênero, um verdadeiro mapa para a localização de seus erotismos e de seu sofrimento. Ao registrarmos a qualidade mediadora do Eu nos contextos de urgência psíquica, resgatamos a importância do ‘mundo exterior’ para o conjunto do funcionamento mental, o que indica a irreduzibilidade da dimensão intersubjetiva à dialética pulsional (Mezan, 1982). No diálogo contínuo com os estudos sobre o fenômeno do HIV/AIDS, encontramos que estes marcadores de gênero são tão importantes quanto para o aprofundamento de investigações sobre o tema (Knauth *et al.*, 2020; Schwarz *et al.*, 2012). Importância autenticada pelo cotidiano assistencial com pessoas primodiagnosticadas como portadoras do vírus.

Este percurso pelo sofrimento dos homens diante da fragilização de suas certezas íntimas se inicia com a hipótese de que um diagnóstico para o HIV adquire sua força traumática no interior de um regime psicopolítico heterossexual e masculinista que dispõe os critérios de inteligibilidade para a experiência sexual em nossa cultura. Portanto, o principal objetivo da pesquisa recai em uma investigação das implicações desta normatividade para a metapsicologia do funcionamento psíquico no que diz respeito ao conjunto de conciliações e conflitos que estão em operação contínua no que diz respeito a manutenção de uma identidade. O que, por sua vez, se ramifica nos objetivos específicos de aprofundamento do estudo sobre o lugar do corpo para a economia psíquica, a apreciação dos danos traumáticos sobre o tecido egóico, a análise de sua conflitiva com as instâncias ideais e o supereu e, por fim, a extensão do entrelaçamento entre vivências psíquicas e políticas.

Seguimos com a impressão de que a rigidez de suas convicções não castiga os homens apenas no derradeiro momento de seus diagnósticos para o HIV. Pelo contrário, lidar com a

realidade do vírus os confronta com a própria rigidez através da qual vivem suas vidas, seus prazeres e sua dor. Posicionados em um lugar de escuta a beira de seus leitos, acompanharemos questionamentos que transitam desde suas vivências afetivas mais tenras a considerações sobre a vida em uma sociedade que assistiu suas próprias balizas morais profundamente abaladas pela AIDS.

1.1 A metodologia da escrita memorial

Uma vez que este trabalho parte de vivências a princípio desprovidas de interesse acadêmico, a desorientação foi o sentimento inicial que acompanhou o crescente entusiasmo com a possibilidade de sua formalização em uma pesquisa. Era preciso um norte para dizer aquilo que precisava ser dito, e de repente me encontrei em um estado de angústia que lembrava ao de meus pacientes. Não era possível ter certezas do que aconteceria nem de onde chegaria com a escrita sobre um assunto tão complexo. Doença ainda incurável e transmissível a partir do contato direto entre fluidos corporais, a AIDS teve seu horizonte de mortalidade progressivamente modificado pelo da cronificação ao longo dos anos. Ainda assim, apesar de todos esses avanços médicos e farmacológicos, a temática da morte continua reinscrita no imaginário social sobre a doença e na gramática do sofrimento daqueles que vivem sua experiência diagnóstica.

O diálogo sobre a morte e a terminalidade presente desde os momentos iniciais desta epidemia refletiu com graves repercussões na imposição de uma cena de luto individual e coletivo sobre suas vítimas. Hoje o processo de enlutamento vivenciado por aqueles que cruzam com este diagnóstico em suas histórias de vida se refere menos a uma resposta aflitiva à terminalidade e mais a uma exigência de trabalho interno diante de um acontecimento que prova ter alto potencial traumático. Esse era o material com o qual contava para formular as primeiras ideias de pesquisa que, enfim, ofereciam um caminho possível de escrita. Em termos metodológicos, a cena de sofrimento psíquico dos homens em convívio com o HIV e/ou AIDS se transformou em uma bússola que conduziu todo o raciocínio desta investigação.

No que isso implicou, para tratar do assunto em termos práticos, foi na reconstrução memorial de cenas e narrativas do trabalho clínico com homens cisgênero brasileiros, residentes de Belo Horizonte e região metropolitana, primodiagnosticados como pessoas que vivem com HIV e/ou AIDS no ambiente de um hospital de urgência e emergência ou em um período de no máximo 6 meses de suas internações. Por trabalho clínico nos referimos a uma oferta de acompanhamento psicológico que compreendeu a realização de atendimentos individuais com periodicidade semanal aos pacientes durante sua internação. Os atendimentos

eram realizados tanto em espaços reservados para a atividade, como em salas específicas para uso do serviço de psicologia, quanto a beira de seus leitos, alternativa que dependia do estado de saúde em que se encontravam e que impunha limitações funcionais para que pudessem deambular de forma segura entre as alas de internação. Como veremos ao longo da pesquisa, em muitas ocasiões estes atendimentos também foram ofertados aos familiares que eram acometidos por sofrimento psíquico intenso na ocasião.

Este sofrimento, portanto, não foi abordado como uma ação ou condição, mas como uma vivência corporal, afetiva e socio subjetiva sentida em suas vidas cotidianas e reexperimentada nos espaços de acolhimento e acompanhamento psicoterápico. Nessa perspectiva, por sofrimento nos referimos a um fenômeno que adquire inteligibilidade na relação de escuta clínica entendida como “uma prática de instalação de certos campos de possibilidades para a emergência de fenômenos e a ocorrência de processos psíquicos” (Figueiredo, 2018, p. 45). Cientes de que estes procedimentos ressaltam uma situação de encontro entre experiências que não exclui a implicação vivencial do próprio pesquisador, do contrário situando-a como uma das condições de possibilidade para a construção de seu objeto, este estudo encontrou afinidades com as propostas de Spink (2003) no sentido de uma compreensão processual do campo de pesquisa. Sua escrita é a própria delimitação deste campo investigativo, compreendendo “lugares, eventos, pessoas, rostos, artefatos, documentos, impressões, recortes, lembranças, fotos e sons em partes e pedaços (muitos pedaços); um confronto de saberes, uma negociação de sentidos numa busca de ampliar possibilidades de transformar práticas” (Spink, 2003).

O material disponível ao longo do texto sob o formato de ilustrações clínicas esteve embasado pelo referencial teórico-técnico psicanalítico que fundamentou a leitura de aspectos psicopatológicos e psicodinâmicos a partir dos quais foi lida a dinâmica de acolhimento e acompanhamento dos pacientes no momento de suas internações hospitalares. Para seguir com nossos interesses metodológicos, a metapsicologia foi compreendida aqui como um dos espaços da experiência da pesquisa psicanalítica no qual se expressam e articulam “modos de relação historicamente determinados com o outro e consigo próprio, com a doença e com a saúde, com os indivíduos e com as coletividades, com os espaços e com os tempos (Figueiredo, 2018, p. 45). Seu uso esteve comprometido com os ideais éticos de confidencialidade e anonimização dos dados, conforme sugere França (2022).

Norteadas pelo fenômeno do sofrimento psíquico, conforme assinalado, a pesquisa bibliográfica procurou investigar os efeitos psicoafetivos do primodiagnóstico considerando a experiência metapsicológica do Eu no que compreende sua presença nas dinâmicas de

manutenção de um senso de identidade e pertencimento. Essa apreciação sobre o tema da identidade só foi possível a partir do desafiador entrecruzamento da teoria psicanalítica com outras regiões do conhecimento, como o foram a psicologia social, as teorias feministas e a teoria queer. De maneiras semelhantes, ressalta-se a proveitosa importância de uma vasta literatura sobre HIV/AIDS produzida em solo nacional que enriqueceu o aprofundamento destas investigações clínicas. Ainda que se refira a uma ocorrência epidemiológica de grandes proporções, vale reiterar que esta pesquisa não pretende realizar uma análise sociopolítica do HIV/AIDS confiando à mão de outros pesquisadores uma abordagem ao tema. A despeito disso, mantém-se a convicção de que as características sociais e políticas da epidemia são forças indiscutíveis na produção da singularidade da experiência de sofrimento neste contexto.

A articulação destes dois eixos de pesquisa, que poderiam ser grosseiramente nomeados como um eixo prático (vivências clínicas) e um eixo teórico (revisão sistemática e estudo bibliográfico) resultou em uma experiência metodológica que aqui nomeamos de escrita memorial. Por experiência, evocamos a dimensão emocional da escrita, no ponto em que ela pode nos ser capaz de trazer algo da realidade sensorial vivenciada no espaço clínico. Desta forma, produz-se memória, enquanto uma capacidade de acessar este conjunto de fragmentos da realidade clínica que orientam a pesquisa e escrita do estudo. Apenas através desta articulação é que foi possível construir ferramentas de análise satisfatórias para o aproveitamento do material e das ideias aqui contidas. Restava ainda o grande desafio de sua execução e do embarque em uma viagem por caminhos sinuosos, desavisados sobre sua extensão e parada final.

1.1. Sobre os conceitos de trauma e Eu

Finalmente, duas definições importantes para nosso estudo e que marcam presença ao longo de toda sua extensão são os conceitos de trauma psíquico e Eu. São esses motivos suficientes para que seja apreciada de modo mais detido a aposta na exploração do universo metapsicológico do Eu, suas necessidades econômicas, seu funcionamento dinâmico e sua localidade tópica em relação ao inconsciente, às instâncias ideais, ao supereu e a realidade externa em que vive. Está nas próprias raízes da palavra traumatismo o vocábulo grego *traûma*, que significa lesão ou ferida, e sua proximidade a *traumatós*, que fala sobre o ato de perfurar. O curioso de seu fundamento etimológico é que por trauma nos referimos a uma certa corporeidade na ideia de que há alguma perturbação, que não havia, mas que se insinua

de fora sobre essa corporeidade. O arrombo por uma lesão que precipita transtornos em sua homeostase: hemorragias, infecções, gangrenas e uma vasta gama de agravos. ‘Veja, nasceu na minha boca essa ferida’, poderia nos dizer um dos pacientes a respeito das manifestações iniciais de sua doença. E a impressão daquilo que não estava ali antes desencadeou alterações em seu sono, na perda de apetite, e um processo de angústia paralisante sentida como se não tivesse fim.

Para o Freud de 1920, a neurose traumática⁸ teria como diferencial essa conotação abrupta. A experiência do susto indicaria uma circunstância de despreparo, a impossibilidade de antever e se proteger do dano. ‘Quando percebi outra ferida como essa na virilha, eu já não sabia o que fazer e comecei a ficar só trancado no quarto’, nosso paciente hipotético poderia complementar. Essa situação inercial tem uma correspondente na economia do próprio trauma, descrito por Freud (2006/1920) como um fenômeno energético extremo capaz de curto-circuitar nosso funcionamento interno. Tamanho o empenho para continuar funcionando através de um grande dispêndio de energia que contrabalanceie as irregularidades energéticas produzidas pelo traumático. O que na prática sugere o empobrecimento do próprio sistema psíquico “de maneira que as funções psíquicas remanescentes são grandemente paralisadas ou reduzidas” (Freud, 2006/1920, p. 40). A conceituação do trauma compreende um evento em que há uma desproteção subjetiva grave que larga a vida emocional às traças, danificando todo o processo de construção e oferta de representações para o vivenciado. Os estados de crise são exemplos da violência pela qual é feita a descarga destes excessos traumáticos e assinalam os últimos recursos dos quais dispõe um aparelho psíquico para não sucumbir a sua morte (Uchitel, 2011).

Do ponto de vista intrapsíquico, a instância que responde à agressão é precisamente o Eu. Mediante aos avanços no estudo da instância egóica ao longo dos anos, novas considerações funcionais a seu respeito puderam ser formuladas: o discernimento, o pensamento, a atividade de representação, a operação de linguagem e até o controle da motilidade e da percepção (Mezan, 1982) permanecem sob seus domínios. Atribuições notadamente precarizadas pelo trauma e danificadas nas situações de crise. Nesse sentido, foi importante resgatar convicções muito iniciais sobre o Eu na obra freudiana (Freud,

⁸ O conceito de neurose traumática caiu em desuso ao longo das décadas. Para Uchitel (2011), isso possivelmente se deve a confusões que podem ser geradas pela articulação entre os conceitos de neurose e trauma. Segundo ela, “toda neurose contém no seu interior traumas”, mas a própria condição de desenvolvimento de neurose por si já indica a capacidade de elaboração do trauma. De outro modo, a experiência traumática é aquela inelaborável, desvinculada e ausente de representações (Uchitel, 2011).

2006/1893; Freud, 2006/1895) que apontavam para sua participação moderadora na economia psíquica. Os graves danos à saúde do corpo observados nas situações diagnósticas ou do convívio com o HIV/AIDS na atenção terciária nos forçou a considerar útil uma primeira aproximação ao Eu que ressaltasse seus esforços autoconservadores. Pela menção ao conceito nos referimos às preocupações egóicas mais básicas com a proteção de sua integridade e restituição de quaisquer danos infligidos ao tecido psíquico (Freud, 2006/1911).

Explorar essas preocupações mais elementares da vida psíquica provou ser um processo extremamente complexo. As produções da psicanalista Piera Aulagnier (1986) serviram como ferramentas chave ao propósito de estudo da 'filiação' Eu-corpo. O desgaste orgânico e o risco de óbito que se manifestou em tantos episódios de nossa casuística clínica só fazia realçar a grande aflição narcísica dos pacientes em função de sua sobrevivência. Escutá-los a partir deste ecossistema traumático foi o que tornou tão úteis as contribuições de Aulagnier (1986) sobre as vicissitudes dos investimentos narcísicos, isso é, o esclarecimento dos processos pelos quais a excitação psíquica encontra vias de ligação e representação compatíveis com a economia da continuidade da vida subjetiva. Em contrapartida, o vigor de suas convicções teóricas foi também o responsável pela possibilidade de apreciações mais exatas a respeito da extensão do dano traumático sobre as reservas narcísicas e suas repercussões na abertura de um conflito no interior do próprio Eu.

Mas os relatos dos pacientes ainda pareciam apontar para uma outra dimensão de suas experiências que forçava sua importância incontestável ao estudo. Tratar de sua sobrevivência e dos temores pelo agravamento de suas condições clínicas implicava em profundas considerações sobre as relações que mantinham com a família ou pessoas próximas, com as parcerias afetivo-sexuais e com os outros que viviam em suas memórias. A urgência pela escuta de seu sofrimento agudo exigia que o estudo do traumático e do Eu considerasse as proporções relacionais destas dinâmicas.

Ao valor heurístico do patrimônio conceitual de Freud e ao rigor com o qual sua teoria foi apreciada por Piera Aulagnier, um outro autor precisou ser acrescentado à pesquisa para que o estudo dos compromissos econômicos do aparelho psíquico violado pelo trauma fosse aprofundado no sentido de sua execução dinâmica e relacional. O conceito de introjeção formulado por Ferenczi (2020/1908) e suas perturbações diante do trauma se tornou um importante operador analítico para esse trabalho. Por introjeção, Ferenczi (2020/1908) descreve um processo definitivo para a continuidade da vida do Eu: no sentido de resguardar sua economia interna e evitar o colapso de seu funcionamento pelo aumento excessivo de excitações residuais, o Eu procura neutralizá-las nos objetos do mundo inserindo-os em seu

ambiente psíquico⁹. O uso do conceito traz implicações importantes para o tratamento do material clínico. Knobloch (2022) nos lembra que sob esta perspectiva “não há sujeito sem objeto” desde que a introjeção é “um processo que cria, ao mesmo tempo, o Eu e o objeto” (p. 59). Nossos estados afetivos trazem efeitos reais para o conjunto das relações que estabelecemos com os outros e modulam formatos variados pelos quais encaramos, e produzimos, nossa realidade. Como a introjeção atenua os limites entre o Eu e o outro, “não há um fora e um dentro” (Knobloch, 2022, p. 59), o que sugere uma experiência topológica para o psiquismo sempre aberta e vulnerável.

Essas se colocaram como condições importantes no estudo do trauma e de seus efeitos sobre uma história subjetiva. O acesso à palavra e ao sentido só pode se concluir através da mediação de um outro e de sua introjeção nos regimes psíquicos (Pinheiro, 1995). O processo é gravemente enrijecido pelo trauma e pelas repercussões econômicas de um evento que só alcança sua grandeza traumática em uma situação denegativa. O contexto a que esta ideia se refere é o do enrijecimento dos sentidos a partir de uma “afirmação denegativa” (Knobloch, 2022, p. 61) sobre vivências senso-perceptivas, afetivas e simbólicas. O Eu encontra na inerência de sua vulnerabilidade uma porta aberta para que o outro, a partir de seu discurso e de sua realidade afetiva, estabeleça uma palavra final a respeito de suas experiências. O traumatismo logo se repete como uma experiência sem fim, fora do tempo, nos mais penosos sentimentos nomeados por muitos homens em convívio com o HIV há anos, mas que amargavam a dor da mudança como se diagnosticados há poucas horas de seus atendimentos.

Estes esforços no sentido da tentativa de integrar as contribuições teóricas dos três autores mencionados se justifica pela preocupação de não ignorar as particularidades do material com o qual lidei enquanto testemunhava o sofrimento dos pacientes, seu convívio com uma infecção pelo vírus do HIV e/ou pela condição da AIDS. Como destaca Uchitel (2011),

“O trauma tem e não tem, ao mesmo tempo, um valor em si mesmo. Se em princípio só poderíamos falar de trauma a partir do efeito traumático que um acontecimento gera, supondo que o evento em si não é traumático, mas só o é a significação que o sujeito lhe atribui, é também necessário observar que a atribuição singular traumática de um evento vincula-se à atribuição que o social faz dele” (p. 49).

Aquilo que poderia justificar o potencial traumático de uma microforma de vida era o ingresso de sua atividade viral em uma cultura baseada no repúdio à sexualidade e aos prazeres do corpo. Eram muitos e variados os motivos para que esses homens sucumbissem

⁹ Para maiores informações sobre a introjeção, ver Mezan (1993).

ao desmoronamento de suas masculinidades em uma clínica na qual a concretude do trauma facilmente se confundia com a realidade da violência e da segregação social. Mesmo após a amenização de sua urgência, a efetividade do evento traumático expunha um roteiro de violências e violações que sempre esteve ali: o da constituição e manutenção de identidades tão rígidas e ao mesmo tempo tão frágeis.

2 VIVENDO NO FRONT: AIDS E A SEXUALIDADE NO CONTEMPORÂNEO

“Agora me diz, que prazer eu vou ter em assar uma carniinha sabendo que eu tenho AIDS? Mesmo que eu não tenho mais sintoma nenhum, dentro de mim, na minha mente, eu vou continuar sabendo que tenho AIDS”. Sua sentença já estava dada: impossível continuar sendo o mesmo homem depois de descobrir a doença. Em seus momentos de maior desespero, vi aquele paciente¹⁰ pedindo por eutanásia e reclamando seu direito de morrer em paz. A morte do corpo não era o que lhe preocupava. Estava aparentemente bem, em vias de receber a tão esperada alta hospitalar, e fazia questão de ressaltar sua silhueta atlética diante dos que vinham conhecê-lo. Ainda assim, mesmo o acesso a todas as informações sobre sua condição não bastava para demovê-lo de seu martírio. Estava decidido de que aquele vírus não infectava apenas seu corpo, mas contaminava sua alma.

O HIV (Human Immunodeficiency Virus ou Vírus da imunodeficiência humana) é um vírus da família Retroviridae e do gênero Lentivirus. Por ser um retrovírus, carrega em seu genoma uma fita única de RNA e atua predando células cujos receptores lhe são compatíveis. O vírus coloniza a célula hospedeira e perturba sua síntese de DNA, que passa a acontecer a partir do RNA viral pelo uso da enzima transcriptase reversa (Soares; Armindo; Rocha, 2014). Neste caso, a predileção do vírus são os linfócitos T CD4+ (lê-se CD4 ativado) que compõem a resposta imunológica celular do organismo contra agentes invasores. A modificação do DNA das células hospedeiras a partir de seu próprio RNA viral garante ao vírus do HIV um alto poder de replicação (Soares; Armindo; Rocha, 2014). Em contrapartida, por ser um Lentivírus, permanece adormecido no corpo durante um longo período de incubação após o qual inicia violentos ataques imunossupressores.

Estariamos enganados ao presumir a linearidade dessas descrições como fruto do incansável trabalho científico. A história é clara ao demonstrar a corresponsabilidade do discurso científico na construção de uma mitologia para a doença, capaz de torná-la expressão do uso inadequado do corpo e atribuir-lhe a alcunha de ‘doença gay’. A AIDS enquanto fenômeno patológico e discursivo permitiu que visualizássemos o exercício político e ideológico da medicina. O cenário biomédico surge como um espaço onde “as lutas entre representação e conceitualização se iniciam” (Bessa, 1997). Adotando técnicas direcionadas ao manuseio de objetos com feições fortemente subjetivas como o afeto, o desejo e a

¹⁰ Figura 1.

sexualidade, desde o início da epidemia do HIV a literatura médico-científica estaria despida de sua ilusória neutralidade.

A historiografia das doenças infectocontagiosas sugere um contexto similar em outras grandes epidemias no passado, como o foram a hanseníase e a sífilis. Essa última teve seu panorama nosológico radicalmente alterado pelo avanço da microscopia e bacteriologia na segunda metade do século XIX. O costume popular da época enxergava nas lesões por sífilis secundária os signos bizarros de uma vida sexual ativa, ostentados por homens orgulhosos de sua virilidade (Freyre, citado por Carrara, 1994). A moléstia só adquiriria uma conotação moral e pavorosa com os discursos da medicina higienista baseada no compromisso de preservação das famílias e aprimoramento eugênico da raça (Carrara, 1994). Dessa forma, a gestão epidemiológica das doenças se justifica não apenas pela preocupação de cuidado, mas sobretudo pelo estabelecimento de um estratagema ideológico que aparentemente cria lugares antagônicos delimitados pela métrica da medicina moderna. Do corpo físico individual à metáfora do corpo social e seus membros, como a família e o Estado, a repercussão política nesse contexto é patente e inevitável.

A extensão política das interpretações sobre as doenças venéreas se concretiza nas letras garrafais impressas em cartazes das campanhas de prevenção. Afixados em pequenos quadros de aviso facilmente encontrados nos transportes públicos das grandes capitais, lê-se: “Mês de combate à Sífilis”, “Venceremos a guerra contra o vírus da AIDS?”. Segundo Susan Sontag (1989), a gramática bélica funda o pensamento médico moderno, embasado por uma compreensão microbiológica de doença. A metáfora da invasão é o mote para modalidades de cuidado nas quais a morbidade é compreendida como o cenário de uma guerra invisível entre organismos ‘alienígenas’ e a mobilização das ‘defesas’ do corpo (Sontag, 1989). Nesse sentido,

Enquanto antes era o médico que empreendia a *bellum contra morbum*, a guerra à doença, agora é toda a sociedade que o faz. De fato, a utilização da guerra como oportunidade para a mobilização ideológica em massa faz da ideia de guerra uma metáfora adequada para designar qualquer campanha cujo objetivo seja apresentado como a derrota de um “inimigo” [...] A metáfora dá forma à visão de uma doença particularmente temida como um “outro alienígena”, tal como o inimigo é encarado nas guerras modernas; e a transformação da doença em inimigo leva inevitavelmente à atribuição de culpa ao paciente, muito embora ele continue sendo encarado como vítima. A ideia de vítima sugere inocência. E a inocência, pela lógica inexorável que rege todos os termos relacionais, sugere culpa (Sontag, 1989, p. 50).

A demanda pelo controle epidemiológico torna necessária a personificação do vírus. De repente, o HIV passa a ser algo em que alguém se transforma. Você passa a ocupar as fileiras do batalhão inimigo e na própria expressão de seu corpo são identificadas as insígnias

deste adversário. A fixação do não saudável ou do contraindicado pelos padrões sociais é uma flecha que atinge em cheio o alvo da sexualidade. Deste modo, embora outras pesquisas (Labaki, 2006) insistam na reiteração do corolário bélico como via metafórica de aproximação ao fenômeno do HIV/AIDS utilizando-se da imagem do front de guerra como uma efígie afetiva para a cena de desamparo psíquico, é preciso sempre fazer a ressalva de que ainda que a guerra nos torne a todos suas potenciais vítimas, seus desdobramentos levam a concluir que esse recrutamento não acontece de maneira homogênea.

Pretender neutralizar temas como a morte e o sofrimento psíquico na clínica com pacientes que convivem com HIV resultaria na desconsideração da história da doença e no ilusório apagamento de sua dimensão política (Bessa, 1997). As narrativas sobre o HIV provaram cumprir, a um só tempo, a reiteração de roteiros heterossexuais para a sexualidade e a regulação patologizante de todas aquelas práticas que foram consideradas dissidentes em relação a este paradigma. Afinal, na cronicidade dos fatos, as primeiras notificações de mortes por AIDS adquirem visibilidade epidemiológica enquanto ainda vivíamos a efervescência da revolução sexual da década de 1960, quando a desconstrução da estrutura familiar tradicional e a despatologização da homossexualidade pela Associação Psiquiátrica Americana estavam em pauta (Pelúcio; Miskolci, 2009). Naquele contexto, as representações de saúde e doença e de vida e morte foram mobilizadas por mecanismos de regulação e materializadas sobre os corpos a partir de sua gestão identitária.

O vírus desarma o sistema defensivo e adultera a replicação celular com vias a garantir sua própria sobrevivência. O vírus enquanto expressão da insuportabilidade do desejo sexual – de sua plasticidade radicalmente estrangeira e contraidentitária – exterioriza os mecanismos de funcionamento destas prerrogativas heterossexuais em sua possibilidade sempre iminente de dissolução, como um insulto contínuo à “moral sexual civilizada” (Freud, 2006/1908). Sob essa ótica, a história da AIDS se entrelaça ao percurso de questionamento dos regimes de dominação identitária e às lutas pela emancipação da diversidade sexual. Em contrapartida, manifesta um infeliz contra-ataque segregatório e regulador com força suficiente para reconduzir as sexualidades ao silêncio da hipocrisia e da angústia moral.

2.1 Uma metáfora para a AIDS

Você não viu nada, você nem viu o amor. Que idade você tem, vinte? Tem cara de doze. Já nasceu de camisinha em punho, morrendo de medo de pegar aids. Vírus que mata, neguinho, vírus do amor. [...] Ô boy, que grande merda fizeram com a tua cabecinha, hein? Você nem beija na boca sem morrer de cagaço. [...] Você vê pela tevê, eu sei. Mas na tevê também dá, o tempo todo: amor mata amor mata amor mata. Pega até de ficar do lado, beber no mesmo copo. Já pensou se eu tivesse? Eu, que já dei pra meia cidade e ainda por cima adoro veado. (Abreu, 2018/1988, p. 482)

A personagem anônima do conto escrito por Caio Fernando de Abreu responde por ‘Dama da noite’. Um bar é o ambiente deste diálogo entre gerações. Sua conversa ressentida com o *boyzinho* inexperiente vacila entre a miragem nostálgica dos tempos de liberdade sexual e a tonalidade ácida empenhada em corroer os pudores paranoicos de alguém que “já nasceu de camisinha em punho” (Abreu, 2018/1988). A AIDS se tornou a pedra angular do edifício do medo. Ao redor da doença construiu-se uma nova arquitetura para os prazeres do corpo, o plano de sua domesticação, ou ainda, conforme a não menos ácida denúncia feita pelo antropólogo Nestór Perlongher, um projeto para “disciplinar os poros e as paixões” (1985).

Em seu texto, Perlongher (1985) tece considerações interessantes a respeito do conceito de grupos de risco, utilizado a exaustão ao longo das primeiras décadas da doença, sugerindo seus efeitos reguladores e normativos para a gestão epidemiológica da AIDS. De início, segundo o autor, seria preciso ressaltar que a noção de identidades monolíticas hétero e homossexuais que integra todo o ideário de grupo ou comportamento de risco é mais usual nas classes média e alta, adquirindo força nos Estados Unidos, principal eixo científico para informações sobre a doença na época, o que resultou em uma experiência de gueto no solo norte-americano. Nesse sentido, o alto índice estatístico das infecções entre homossexuais que embasa a criação da ideia de grupo de risco residiria no fato de que naquele país as práticas homossexuais seriam experienciadas dentro dos limites de um círculo social mais restrito, o que ajudaria a forjar “a ideia de um grupo mais ou menos fechado” (Perlongher, 1985) e mais vulnerável à infecção.

De fato, as primeiras notificações realizadas pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) em Atlanta, nos Estados Unidos, contavam com uma curiosa nota sublinhada: todos ressaltavam a homossexualidade comum entre os diagnosticados. Novos casos foram levados a público por outros médicos nos últimos anos da década de 1970, nos quais também se enfatizava a prática sexual de quem adoecia. Não por acaso, o primeiro nome científico do quadro clínico, publicado no *American Journal of Dermatology* em 1981, seria o *Gay Compromise Syndrome* (Síndrome do comprometimento gay). Ao quadro mórbido da imunodeficiência adquirida, doou-se uma identidade expressa pelos vários nomes com os quais se chamou a doença: Pneumonia gay, câncer gay, peste rosa e GRID (Gay-related immune deficiency ou Deficiência Imunológica relacionada à Homossexualidade) (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015).

A despeito das especificidades da vida sexual brasileira que assiste diluída a rigidez identitária dos gêneros em uma multiplicidade de práticas no entorno dos pólos atividade-passividade (Parker, 1994; Bessa, 1997), a lógica dos grupos de risco foi importada e marcou presença nos debates a respeito da doença recém-descoberta em solo nacional. A ineficiência desta racionalidade identitária no plano assistencial em saúde parece ter sido contrabalanceada pela firmeza com a qual fincou suas raízes no solo da moralidade cristã do país, confluindo para um encontro explosivo entre o discurso médico e a imprensa nacional.

Desde muito cedo na história da AIDS no Brasil, notícias sobre um ‘câncer raro’ que vinha atingindo os homossexuais nos Estados Unidos estampavam as principais manchetes. A revista ‘Isto É’, de abril de 1983, lançava uma coluna intitulada ‘A praga gay no Brasil’ (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015). Em 1989, o cidadão brasileiro se assustava com um Cazuzu esquelético na capa da revista Veja, sob o título sensacionalista: ‘Uma vítima de Aids agoniza em praça pública’. Em contrapartida, o aceno da medicina à mobilização da sociedade civil e das lideranças gays que reivindicavam ações governamentais contra este novo mal que se avizinhava resultou na reconfiguração das tecnologias médico-científicas que naquele momento adentravam os ambientes eróticos das boates e saunas gays sob as mais higienizadas intenções de catalogação das práticas de risco.

Assim foi organizada uma das reuniões precursoras das políticas públicas para o HIV/AIDS no Brasil, em 1983, encabeçada por Darcy Penteado, artista plástico, cenógrafo, figurinista, autor teatral, junto de João Silvério Trevisan, escritor, jornalista e dramaturgo, ambos pioneiros da militância LGBTQIA+ nacional. O encontro, realizado na Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, contou com a presença do então médico diretor do setor de epidemiologia da unidade, Álvaro Escrivão. Relatos da reunião observam a clareza e naturalidade com a qual Darcy Penteado descrevia o cotidiano dos grupos gays no Brasil, nomeando pormenores do funcionamento das saunas, das práticas e comportamentos sexuais e, até mesmo, do uso dos *poppers*¹¹ (Trevisan, 2018). Quando os primeiros casos de pacientes heterossexuais começaram a ser publicizados no fim do ano de 1981, a AIDS receberia uma nova identidade, sendo renomeada por ‘Doença dos quatro H’: homossexuais, haitianos, heroínômanos e hemofílicos (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015).

¹¹ Os poppers são substâncias voláteis compostas por nitritos comumente utilizadas para o tratamento de angina ao fim do século XIX. Seu uso terapêutico foi descontinuado em razão dos efeitos colaterais, como o relaxamento muscular, euforia e intensificação da sensopercepção. A droga ganhou as graças do público jovem com o movimento *Hippie* e seu uso se popularizou entre a comunidade gay. Os adeptos buscavam na substância um aumento do prazer sexual associado ao relaxamento muscular, o que facilitava relações com penetração anal.

Dessa forma, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana avançava o caminho da desigualdade social e política, colocando um desafio para os serviços de saúde ao revelar as linhas de vulnerabilidade¹² do corpo e os limites para o alcance dos programas preventivos e assistenciais. No plano sociosubjetivo, estes organismos nanométricos foram ganhando as feições marginais de um outro porta-voz da finitude orgânica e do aniquilamento simbólico, em função do qual montou-se toda uma estratégia preventiva empenhada em garantir proteção ao Eu soronegativo (Paiva, 2002). A utilização sistemática do conceito de risco e sua rápida difusão no discurso popular revela a perversidade dos mecanismos de poder em seu funcionamento constante para manutenção da estrutura da desigualdade. Conforme assinalou Paul Preciado,

A gestão política das epidemias põe em cena a utopia da comunidade e as fantasias de imunidade de uma sociedade, exteriorizando seus sonhos de onipotência (e os fracassos retumbantes) de sua soberania política. [...] O vírus atua à nossa imagem e semelhança, não faz mais do que replicar, materializar, intensificar e estender a toda a população as formas dominantes da gestão biopolítica e necropolítica que já estavam trabalhando no território nacional e em suas fronteiras (Preciado, 2020).

Na ocasião de um primodiagnóstico para o HIV a experiência de sofrimento vacila na corda bamba entre o indecifrável da angústia em sua materialidade fantasmática e uma concretude existencial caracterizada por sua densidade histórica e política. A situação primodiagnóstica nos confronta com o grande desafio de escutar o sofrimento em um cenário de trânsito entre as variadas dimensões e tempos da experiência destes homens.

Guerras políticas, conflitos eminentemente psíquicos. O que eles tem a dizer sobre a AIDS? Ou melhor, o que a AIDS pode nos dizer sobre eles? Interrogados pela vastidão de suas sexualidades, os homens alimentam o desespero pelo sentimento da perda de algum paraíso após ousarem morder a maçã. Seu corpo, seu prazer, e a forma como os gerenciam a partir de seus lugares de gênero convergem para a integração destas duas modalidades de experiência. Convites para escutá-los como participantes e produtores de um regime normativo a partir do “ponto de intersecção entre cultura, poder e diferença”, considerando as raízes pulsionais deste último aspecto, por meio do qual as dinâmicas de estigmatização procedem com a “transformação da diferença em desigualdade” (Parker; Aggleton, 2001).

¹² Ao longo dos anos, as políticas de prevenção sofreram modificações que acompanharam a mudança no perfil epidemiológico do HIV/AIDS. Hoje, fala-se em vulnerabilidade, em detrimento às antigas noções de grupo ou comportamento de risco (Schaurich, 2004).

3 UM DESAFIO PARA OS HOMENS

*I would tell you that I loved you
 If I thought that you would stay
 But I know that it's no use
 That you've already gone away [...]
 So I try to laugh about it
 Cover it all up with lies
 I try to laugh about it
 Hiding the tears in my eyes
 'Cause boys don't cry
 Boys don't cry
 (The cure, 1979)*

Por que estudar os homens? Pergunta fundamental para o início dessa conversa e que, de fato, inaugurou os primeiros passos no sentido da escrita de uma pesquisa sobre o HIV/AIDS. Sua resposta surgiu rápida e de aparência simples: porque a grande maioria da casuística clínica da qual dispunha para pensar nesta problemática resultava da oferta de acolhimento e acompanhamento psicoterápico aos homens primodiagnosticados com HIV ou que padeciam pelos desdobramentos da AIDS. Mas não foi preciso muito tempo para que o prazo de validade desta resposta incipiente e imatura começasse a vencer. Afinal de contas, seu contexto não era outro senão o da atenção terciária em saúde, dos equipamentos de alta complexidade e dos ambientes de urgência e emergência. Logo, aquela questão inicial que não exigia grandes respostas se multiplicava em outras várias interrogações tão rapidamente como as cabeças da Hidra de Lerna.

Porque, em relação às mulheres com as quais encontrei em situação similar, os homens compunham a grande maioria dos primodiagnosticados no contexto da atenção terciária em saúde? E por que também eram a esmagadora maioria amargando os momentos derradeiros diante do falecimento pelas complicações da AIDS? O que aquelas circunstâncias me diziam sobre a experiência das masculinidades? Chamava a atenção os modos com os quais lidavam com o assunto. Muitos o evitavam como se o diagnóstico não existisse e mantinham-se resistentes ao uso da medicação antirretroviral. Com certa frequência, a inibição em falar a respeito de seus diagnósticos no ambiente de acolhimento se espalhava para outros assuntos de suas histórias, sobretudo aqueles que se associavam à vida sexual. Quando finalmente o assunto era mencionado, faziam-no aos gritos ou aos prantos, como se o

vírus fosse capaz de despertá-los de uma guerra fria silenciosa com a própria sexualidade. De repente era ruim sentir tesão e o prazer, grande motivo de vergonha e razão para o silêncio.

Uma única vez ao longo desses anos tive a oportunidade de presenciar uma situação diferente. Conheci um senhor¹³ internado por complicações pulmonares que recebeu o resultado de uma primeira testagem positiva para o HIV no hospital. Na tarde em que o conheci, no entanto, encontrei um homem atormentado pela angústia: o resultado de seu segundo teste dera negativo. Seria preciso uma testagem Western-blot¹⁴ para a confirmação final. O processo diagnóstico, que se arrastou por semanas, suscitava um tom moroso nos atendimentos nos quais pouco se falava a respeito de sua intimidade. Ele assim o evitava e a tudo que se aproximasse de suas experiências sexuais. Sofria enquanto pensava em contar para a filha, sua caçula, e amargava um conflito interno sobre a esposa (de quem estava separado de corpos há alguns meses): se eu a amo, pensava, então vou precisar contar para que ela se teste. Quando os resultados de seus exames saíram confirmando a sorologia não reagente para o HIV, o ambiente afetivo dos atendimentos mudou. Parecia sentir-se novamente encorajado a expor detalhes de sua vida sexual. Bem-humorado com a notícia, recebeu minha visita na data em tom de celebração. “Ei, primo, até o ‘miguelinho’ subiu enquanto eu tomava banho. E olha que já fazia tempo que não subia viu?”, dizia referindo-se a um episódio de ereção na noite anterior ao atendimento, “Eu já até falei pra novinha que quando eu sair daqui vai ter”. Era vendedor de cachaças e aproveitava sua frequência nos botecos para negociar práticas sexuais com as “novinhas”. Tinha uma vida sexual particularmente ativa, envolvendo-se com mulheres mais novas a troco de presentes e dinheiro. Fez questão de me mostrar em seu telefone celular a foto de uma de suas parceiras. No canto inferior da tela, o nome do contato salvo: “Bundudinha”.

As preocupações inequívocas com a saúde mental destes homens e seu autocuidado começavam a dividir espaço com um grande interesse pelo estudo sobre os modos pelos quais organizavam seu mundo interno e viviam suas relações afetivo-sexuais. Abordar suas masculinidades pareceu o elo oportuno para que ambas as esferas de suas experiências pudessem ser aprofundadas nos espaços de acolhimento e acompanhamento psicoterápico. O que antes parecia ser a ‘clínica do primodiagnosticado ou da pessoa que vive com HIV’

¹³ Figura 2.

¹⁴ O teste Western-Blot é caracterizado como um dos testes complementares para o diagnóstico de HIV. Isso significa que esta modalidade de testagem é utilizada para diferenciar resultados falso-positivos para a infecção ou pacientes controladores de elite (pacientes que possuem sorologia positiva para o HIV, mas mantém uma carga vira indetectável e índices de CD4+ estáveis. Para maiores informações, ver Brasil, 2013.

começava a se transformar em uma clínica do universo masculino e da virilidade. Conteúdos que tomavam a proa da escuta clínica e funcionavam como importantes articuladores de sentidos para o material colhido nos atendimentos. Dessa forma, a relevância imediata de nosso estudo recai sobre como entendemos a masculinidade e a partir de quais perspectivas pretendemos estudá-la. Abordaremos a temática a seguir.

3.1 Masculinidades, um espaço político

Os homens a respeito dos quais nosso material de pesquisa se refere viviam momentos de tensão e fragilidade emocional. “Desde quinta-feira passada [dia em que o paciente havia recebido seu primodiagnóstico em consulta na assistência primária] estou me sentindo em um sonho. Parece que estou vivendo um pesadelo”, disse-me uma vez um homem jovem¹⁵ diante de sua sorologia recente. Comoções similares a essa caracterizavam a quase totalidade de nossa casuística clínica. Tinham em mãos um diagnóstico que parecia questionar suas masculinidades. Ou melhor, em alguma medida, sob os efeitos de um estado intenso de angústia, eram atacados pelos próprios questionamentos sobre como vinham vivendo suas masculinidades. O fenômeno clínico possibilitava a quaisquer de seus espectadores a impressão de que alguma racionalidade, alguma lógica de coerência interna, governava o formato das reações do universo masculino ao conflito, lembrando-nos as considerações de O’Donell e Sharp (2000) de que “na medida em que os homens passam a desacreditar de suas masculinidades, então, este é um sinal claro de que o próprio patriarcalismo está perdendo credibilidade¹⁶” (p. 89).

A insegurança dos homens no contexto de seu primodiagnóstico expunha um raciocínio, uma ordem de funcionamento, os modos como visualizavam suas relações afetivas e sexuais, os processos de saúde e doença, e outros fatos de sua vida emocional como a vergonha, o orgulho e o medo. Estes conteúdos ajudaram a definir as ferramentas teóricas a partir das quais decidimos pensar a masculinidade nesta pesquisa. Dessa forma, a masculinidade pôde ser compreendida “simultaneamente como um lugar nas relações de gênero, nas práticas através das quais homens e mulheres engajam em seus locais de gênero, e os efeitos destas práticas na experiência corporal, na personalidade e na cultura” (Connell, 2005, p. 71). A perspectiva fala sobre o gênero como um espaço onde experiências corporais e afetivas se organizam e, na medida em que as organiza, é também organizado por estas

¹⁵ Figura 3.

¹⁶ “Once men begin to lose belief in their masculinity, then, it is a sure sign that patriarchy itself is losing credibility” (O’Donell; Sharp, 2000, p. 89).

mesmas experiências, produzindo-se no ato de sua performance. Além disso, Connell (2005) reitera uma crítica a compreensões estáticas do gênero, sugerindo seu dinamismo como um “projeto” relacional.

Na posse dessas considerações, a análise sobrecaía aos modos como estes corpos em crise produziam gênero. Como falavam a respeito de suas relações – ou tratavam de sua aflição com a iminência de rupturas nessas relações – generificando sua experiência de maneira a organizá-la sob sentidos inteligíveis. Visto que, como a define Connell (2005), a prática de gênero é “onto-formativa, constitutiva da realidade” (p. 81), importava-nos o aprofundamento de noções pelas quais os homens construam a realidade do diagnóstico e das perspectivas de sobrevivência associadas a adesão aos medicamentos antirretrovirais. A cena de acolhimento era, de fato, um ambiente no qual podíamos escutar o processo de construção e desconstrução dessas realidades: a realidade da catástrofe, do abandono, da violência social, bem como a realidade da união e da procura pelo abrigo de pessoas amadas. Seus corpos, que nos momentos derradeiros da internação hospitalar portavam as insígnias do agravamento mórbido, protagonizavam o agenciamento dos sentidos de suas masculinidades, substantivando a produção do gênero a partir das relações que estabeleciam tanto com a equipe assistencial, quanto com o serviço de psicologia ou com seus familiares.

Mas a experiência do corpo adoecido nunca parecia ser apenas a de um grito de dor, e sim a de um apelo por dignidade. Um aspecto que se associava à história da condição clínica com a qual se defrontavam na ocasião. A vida com HIV nuançava com anseios a prática de suas masculinidades. Por isso escutei tantos deles jurando votos celibatários e investindo na vida conjugal como uma saída para o risco. Era contra imagens que achavam promíscuas que lutavam internamente, o que sugeria limites algo rígidos para que o corpo alcançasse algum sentimento de seguridade nas performances de gênero. Da forma como o gênero está disposto enquanto uma dinâmica relacional e contínua, nossos pacientes viviam o drama da segregação social, histórica para o que diz respeito a epidemia do HIV/AIDS. Nesse sentido, o conceito de masculinidade com o qual lidávamos pedia por uma outra consideração que alcançasse este outro lado das práticas de gênero, não apenas como produtoras de realidades, mas também como mantenedoras de desigualdades e subalternizações. Além de expô-los aos efeitos propriamente traumáticos da violência, o flagelo da segregação social acomodava na vida subjetiva de muitos desses homens sentimentos de desumanização e violação de direitos. Enquanto na clínica com outros homens – aqueles que viviam masculinidades dissidentes do circuito heterossexual – a trajetória de violação de direitos era o lugar comum de onde sua demanda pelo acolhimento psicológico junto ao primodiagnóstico partia.

Haveria, portanto, que se considerar que o exercício de suas masculinidades abordava um paradigma de gênero, um campo normativo para a própria experiência do gênero. Segundo Butler (2022), o gênero funciona como uma engrenagem que produz as noções de masculinidade e feminilidade ao passo em que as normaliza como um conjunto estável e naturalizado de performances, vivências orgânicas e corporais e produções psicoafetivas. Para a autora, “a norma governa a inteligibilidade, permite que certos tipos de práticas e ações se tornem reconhecíveis como tal, impondo uma grade de legibilidade ao social e definindo os parâmetros do que vai e do que não vai aparecer dentro do domínio social” (Butler, 2022, p. 76) surtindo efeitos regulatórios sobre a experiência com o saldo de naturalizar formulações hegemônicas sobre os corpos e suas vivências. O drama dos corpos viris infectados pelo vírus do HIV no ato de seu exercício viril tornava ainda mais claras as fronteiras de legibilidade social, como na divisão bastante mencionada pelos pacientes entre sexo de rua e o sexo considerado ‘normal’. E porque algumas dessas práticas habitavam o extremo oposto de seus lugares de gênero - assegurados pelo matrimônio, pelo vínculo laboral estável, pelo desempenho de um corpo forte e robusto, pelo lugar em uma comunidade religiosa, e por aí vai – pareciam ser puníveis com repúdio e constrangimento.

A grande questão, para o infortúnio dos homens, é que suas práticas sexuais pouco respeitavam a rigidez a que se propõem as estereotípias viris de seus lugares masculinos. Eis o conflito. A própria noção moderna de virilidade é um construto relativamente recente que incorpora um conjunto de prescrições e caracteres¹⁷ historicamente associados às condutas dos homens no ocidente ao longo dos séculos (Corbin; Courtine; Vigarello, 2013). Mas sua extensão se enraíza em civilizações de cultura bélica como a Romana, imprimindo a ambição pelo poder e pela dominação ao alcance destes roteiros para a conduta do homem. A história da virilidade através dos séculos é muito clara no que diz respeito ao desprezo dos homens em relação à própria vida emocional e a preocupações em relação a saúde física e/ou mental. De fato, a manutenção deste compósito de performances e sentidos esclarece as operações de partilha e segregação pelas normas de gênero, decisivas para a constituição dos campos de hegemonia e dissidência¹⁸ próprios a experiência identitária dos gêneros na cultura (Zanello, 2018).

¹⁷ Desde a alvorada do século seguinte [XIX], o homem é convidado a dominar os seus fluxos e a contê-los quer se tratasse de lágrimas ou esperma. Controlar o seu prazer, regular a sua energia sexual, é dar provas de sua virilidade” (Corbin; Courtine; Vigarello, 2013, p. 440).

¹⁸ Como nos lembra Connell (2005), o estudo do gênero nos exige ir além do gênero. Sua sugestão é a de que as análises de gênero precisam ser consideradas a partir de uma perspectiva interseccional que também articule

O destino viril de suas performances adquire uma funcionalidade valiosa para a negociação da legibilidade do corpo e das experiências afetivas na cultura. E não o faz sem custos, pelo contrário, e disso a clínica de acolhimento aos homens é testemunha, prossegue alcançando objetivos de estabilidade psicossocial sob um alto preço subjetivo manifestado nas cenas de crise em saúde mental. As vicissitudes do masculino e da virilidade sob a mira de um diagnóstico positivo para o HIV foram um convite para a constatação de que o gênero é também lugar de produção de sofrimento psíquico. Perspectiva fundamental para que alguma abordagem interventiva ao sofrimento fosse eleita e refletida.

3.2 O que a psicanálise tem a ver com isso?

Em verdade, as cenas e narrativas que ilustram essa pesquisa não foram, a princípio, fruto das intenções de um estudo acadêmico. Conforme já explicitado anteriormente, sua fonte originária foram os encontros clínicos de acolhimento com homens primodiagnosticados e/ou em convívio com HIV/AIDS. Isso significa que desde os primeiros contatos com este material a teoria psicanalítica mediou sua elaboração em sentidos coerentes e orientou intervenções compromissadas com a demanda de sofrimento dos pacientes acolhidos. Apesar do grande desafio posterior de conjugar um material tão singular quanto uma história subjetiva ao estudo de dinâmicas que ultrapassam o escopo da vida privada, a psicanálise forneceu um arsenal teórico-metodológico importante para a abordagem ao gênero a partir da premissa de que sua constituição e manutenção ao longo da vida é profundamente conflituosa e acidentada.

Quais os termos deste conflito? Para início de conversa, há que se considerar as ranhuras produzidas pela psicanálise naquilo que se compreende por sexualidade. O deslocamento operado por Freud (2006/1905) ao conceito de sexualidade foi o de valorizar sua extensão para além do sexo genital, diríamos até para além da própria anatomia do corpo e de suas supostas bases instintuais. O erótico é irreduzível a qualquer fixação ou satisfação prazerosa e independe do exercício das funções biológicas (Laplanche; Pontalis, 2016). Isso significa que a abrangência da sexualidade humana não é concomitante aos lugares sociais a partir dos quais o gênero se performa, como vimos, como a masculinidade e a feminilidade. A sexualidade, portanto, é “desnaturalizada”, implicando em um motivo importante para o

intersecções como raça e classe. Apesar de não termos privilegiado estes marcadores na atual pesquisa em virtude de seu escopo e tempo de investigação, estamos conscientes de que “o gênero, enquanto configuração de uma prática, está simultaneamente posicionado em relação a um conjunto de estruturas relacionais as quais seguem diferentes trajetórias históricas” (p. 73-76).

controle social a partir do tracejo de “linhas de demarcação entre o obrigado, o permitido e o proibido” (André, 2019, p. 30). De acordo com Bleichmar (2009),

Dessa forma, uma delimitação se faz necessária: se, como temos visto, masculino e feminino correspondem a um ordenamento que se sustenta pela lógica da disjunção, resulta difícil sustentar a afirmação de que a identidade de gênero constitui o núcleo central da problemática psicanalítica da sexualidade, já que seu estatuto não corresponde ao do inconsciente a partir da legalidade¹⁹ que o rege. (p. 79)²⁰

A atividade do gênero, portanto, cumpre um papel secundário no que diz respeito ao delineamento de excitações psíquicas destituídas, a princípio, de vínculos com quaisquer conteúdos qualitativos. Delineamento que compreende um projeto para estas equações de satisfação e desprazer viabilizando ao sujeito seu próprio reconhecimento, desde que “a sustentação da articulação masculino/feminino só pode se estabelecer ao lado do sujeito do pré-consciente [...] não podendo ser posicionada, senão, ao lado do Eu” (Bleichmar, 2009, p. 79). O estudo das masculinidades, neste sentido, deverá ser localizado a partir da perspectiva de um estudo do Eu, considerando que sua estrutura de coesão é permanentemente desfeita pela coisa inconsciente.

Temos de considerar a participação tradutiva e continente do campo normativo do gênero nos processos de constituição de um sentimento de si. Circunstância que compreende desde as necessidades metapsicológicas do Eu – considerando as exigências tópicas, econômicas e dinâmicas para que essa parcela da vida psíquica se mantenha investida e atuante – à sua materialidade histórica e política. Sua determinação histórica nos insere novamente ao lado da problemática da virilidade, dissecada em uma oferta de identificações e ideais por meio dos quais os homens socializam sua sexualidade e a inteligibilidade de suas experiências subjetivas. Prosseguir no sentido dessa investigação implicou em adotar um posicionamento crítico pelo uso de conceitos caros à antropologia psicanalítica da identidade, mais especificamente ao conceito de Complexo de Édipo. Conforme assinala Ayouch (2020), são conceitos que compreendem uma imaginarização do corpo e do desejo e, como tais, se inscrevem nas próprias condições sócio-históricas de valorização do gênero e da diferença sexual. O conceito manteve sua utilidade para o presente estudo em virtude de acomodar uma

¹⁹ Laplanche e Pontalis (2016) nos lembram os termos desta legalidade: “mobilidade livre dos investimentos, ausência de negação, de dúvida, de grau de certeza, indiferença perante a realidade e regulação exclusivamente pelo princípio de desprazer-prazer (visando este restabelecer pelo caminho mais curto a identidade de percepção)” (p. 237)

²⁰ Una delimitación se hace necesaria desde otro orden: si, como hemos visto, masculino y femenino corresponden a un ordenamiento que se sostiene en una lógica de la disyunción, resulta difícil mantener la afirmación de que la identidad de género constituye el núcleo central de la problemática psicoanalítica de la sexualidad, ya que su estatuto no corresponde al del inconsciente en la legalidad que lo rige (Bleichmar, 2009, p. 79).

racionalidade normativa compatível com processos de subjetivação em uma cultura familista e patriarcal.

Na posse dessas considerações, compreende-se que as experiências egóicas generificadas sobre as quais falamos retiram do falicismo um fundamento para sua própria estabilidade. Mantenedora da unidade e coerência do Eu (Lattanzio, 2021), nos aproximaremos da lógica fálica tanto em sua utilidade quanto em sua inconveniência defensiva que colabora com a precarização das vivências masculinas. Dessa forma, além de nossas óbvias preocupações com os efeitos metapsicológicos do gênero, justificadas pela urgência dos episódios de crise em saúde mental no contexto diagnóstico, integramos a também decisiva necessidade de situar os determinantes da sexualidade no interior das relações de poder e seu condicionamento à experiência do desejo na cultura e ao acesso a discursos que garantam a legibilidade das “relações de amor, desejo e gozo” (Reitter, 2021, p. 83).

O que a soma dessas escolhas teóricas apontou ao longo da realização desta clínica foi a convicção de que uma abordagem ao sofrimento psíquico precisa considerar sua determinação normativa junto ao estudo de suas repercussões afetivas e relacionais. Houve, de fato, um esforço para que a escuta aos homens lograsse algum êxito no aprofundamento das sutilezas da experiência de suas realidades subjetivas e sociais. Destituído de sua carga afetiva, o acontecimento de seus diagnósticos era apenas mais um em uma extensa coleção de vivências traumáticas muito pouco nomeadas, mas sentidas a flor-da-pele. Assim como eram sentidas suas práticas sexuais. Acompanhá-los à fala, por si só, já constituía um trabalho complexo ao tropeçar nas performances a partir das quais produziam seu gênero e, através delas, construía seu mundo. Uma prática sem dúvidas desafiadora, sobretudo se considerarmos que esse mundo ruía diante do temor da morte e da sensação de que suas vidas nunca mais seriam as mesmas.

4 TRAUMATISMOS DO CORPO E A CLÍNICA DO HIV/AIDS

Para prosseguir neste estudo, será necessário retomar um de seus aspectos mais importantes: o ambiente em que se passa. Imagine que um de nossos interesses centrais está em tatear, tijolo por tijolo, as instalações de um casebre de alicerces sabidamente precários. A tarefa não seria nada absurda, quase inofensiva, se não tentássemos executá-la durante um terremoto de forte intensidade. Afinal, é no epicentro do abalo sísmico provocado pelo primodiagnóstico para o HIV onde somos capazes de visualizar a instância egóica empregando esforços conciliatórios para remediar a catástrofe. Nem a passagem dos anos, tampouco a cronologia dos fatos, parecem ter sido suficientes para inscrever modificações no imaginário popular e afastar da infecção pelo vírus do HIV as feições de um carrasco que empunha o machado da finitude. Uma tal situação é tão desconcertante que o trabalho com esta clínica conduziu Labaki (2006) a concluir que a vivência de dor – e toda sorte de alterações corporais, tomo a liberdade de acrescentar – impõe ao psiquismo do paciente que se descobre portador do vírus do HIV um contato com angústias impensáveis e o sempre iminente risco de desmoronamento, realidade que invade o setting “transformando o lugar da clínica em UTI Psicológica” (p. 31-32). A morte é o assunto inadiável que força sua presença nestas linhas, um convidado com o qual tentamos avidamente firmar hora marcada, mas que insiste em nos pegar desprevenidos.

Este embaraço com a factualidade da morte é oportuno porque antecipa o ponto de partida adotado neste trabalho para o estudo dos mecanismos de funcionamento do Eu no psiquismo de homens diagnosticados como pessoas que vivem com o HIV. Estimadas as devidas características da matéria inconsciente, sua atemporalidade e ausência de negação, desde Freud temos considerado a não inscrição da morte enquanto finitude ou negação da vida no aparelho psíquico (Freud, 2006/1915). A figura da morte aponta para o irrepresentável e seu encontro tensiona, em justaposição, o lugar e as funções exercidas pelo Eu entre instâncias. Por tratar-se de uma experiência que conduz o psiquismo aos seus próprios limites, a situação se comporta como o momento de “vacilação de uma organização subjetiva” (Knobloch, 2022, p.161).

Com o trauma e a morte, assistimos cerceadas as reservas da vida erótica e da experiência humana como um todo. De fato, no primodiagnóstico a linguagem cifrada por meio da qual narramos nossos desejos mais obscenos perde seu êxtase provocante. A ideia da

morte adquirida enfeia o segredo e transforma o prazer²¹ no mais melindroso dos vilões. Inesperado antagonista, sob cuja ação contraditória parece repousar um processo de descaracterização de suas próprias qualidades redutoras para a tensão psíquica. Como poderíamos pensar em um prazer, outrora íntimo conhecido, agora de aparência tão estrangeira ao ponto de ser experienciado como um invasor interno? Penso que seria mais pertinente nos perguntarmos a respeito dos processos pelos quais um Eu se modifica e transforma ao ponto de cravar distâncias relativamente espessas em relação ao próprio erotismo. Seria preciso uma leitura atenta aos circuitos que equacionam as relações de egodistonia e egossintonia em um esforço de ampliar nossa compreensão sobre “como soçobra a sublimação social” dos erotismos, para tomar de empréstimo uma expressão utilizada por Ferenczi (2020/1908, p. 192).

No contexto aqui ressaltado, a manutenção de suas funcionalidades tradutivas e conciliadoras submeterá o Eu à obrigatoriedade de um exercício de coerência constante, a busca por um sentido por meio do qual será capaz de contrainvestir a ameaça iminente de seu próprio aniquilamento. Vê-se que essa ‘situação-crise’ nos confronta com a fragilização de uma história, o “estilhaçamento de nossas próprias representações” (Knobloch, 2022, p. 92). O que não nos situa longe das observações de Simon Whatney (1996) a respeito da AIDS: a de tratar-se de uma “crise da própria representação, uma crise de todo o enquadramento de saberes a respeito do corpo humano e de suas capacidades para o prazer sexual” (p. 9), constatação que levou o autor a concluir que “as formas com as quais respondemos à AIDS dependem das relações que mantemos com nossa própria sexualidade” (p. 10). O estremecimento desta “massa ideativa” (Bleichmar, 2010) resulta no desarranjo dos circuitos de prazer/desprazer pelos quais um psiquismo responde ao desafio de conciliar a fruição singular dos erotismos e a exigência de sua socialização, em última instância garantindo a manutenção dos investimentos compatíveis com a vida.

O que não nos autoriza a supor, contudo, que a ameaça de aniquilamento é a pauta por excelência de ameaça a estrutura egóica na experiência de contaminação pelo HIV. Há, além do terror do fim, a ameaça das representações que organizam outros aspectos identitários para o Eu. O HIV invade o terreno de exercício das identidades de gênero pela via das experiências sexuais de cada um. Isso quer dizer que, além do espaço propriamente intrapsíquico do Eu, aquele que se refere ao erotismo de autoconservação para durabilidade da própria vida,

²¹ Veremos a seguir que, em certa medida, a caracterização prazerosa ou desprazerosa de uma determinada moção só faz sentido a partir da perspectiva da identidade do Eu e de sua atividade de vinculação dos erotismos.

sempre sexual, o HIV termina por trazer à superfície um debate societário sobre os usos normativos ou antinormativos encaminhados pela identidade egóica para manter suas balizas eróticas de existência. E, nesse aspecto, a identidade de gênero é esburacada em suas frágeis convicções, mantidas a preço alto no campo da vida pública do sexual que o gênero quer infantilmente afirmar e defender para o Eu na relação com o outro.

Afinal, a morte para a qual direcionamos nosso olhar apreensivo não se resume apenas à finitude do corpo ou à tormenta da alma, mas sobretudo ao definhamento institucional e político. Se há, de fato, uma instância egóica que funciona como centro identificatório-representacional para o psiquismo, uma primeira escuta clínica bastaria para questionarmos a capacidade de o vírus melindrar toda a organização de sua estrutura e funcionamento. O teor paranóico dos endereçamentos com os quais os pacientes muitas vezes se referem à própria sexualidade parecem fornecer uma radiografia das fraturas deste esqueleto psíquico. Mais ainda, sugerem que estas microformas de vida são dotadas por múltiplas significações capazes de fragilizar nossas certezas mais íntimas. “Você acha que quando eu chegar em casa ela não vai me apontar, não vai falar: seu viadinho, seu gay, você pegou HIV e me colocou na merda?”, protesta um homem de meia idade²² às voltas de conduzir uma conversa com a esposa a respeito de sua sorologia recém-descoberta. Conteúdos como esses recentram os termos da análise proposta: é preciso considerar que a manutenção de uma imagem de si todo-coerente investida pelo Eu, os processos de aquisição de sua forma e consistência, são dinâmicas que acontecem no interior de um regime normativo de sexo/gênero.

De maneiras que nos são ainda pouco claras, a norma parece auxiliar o psiquismo a construir um Eu estável, a prosseguir com a regulação dos erotismos através de um conjunto de performances pelas quais as equações de prazer e desprazer adquirem exequibilidade no interior dos processos de subjetivação. Além da manutenção de uma imagem coerente de si como centro organizador para o aparelho psíquico, alia-se a também necessária garantia de que esta mesma imagem esteja adequada aos regimes de inteligibilidade que dispõem os critérios para o reconhecimento de um corpo e de uma vida no circuito sociopolítico. Sob essa perspectiva, tomar a norma de gênero enquanto dinâmica tradutiva contínua e sempre inacabada que circula, a um só tempo, entre o fantasmático e o cultural²³, é o nosso grande

²² Figura 1.

²³ Penso aqui no caso publicado na íntegra por Melanie Klein em seu livro ‘Narrativa de uma análise de criança’ (1994/1961). Nele, a autora narra as sessões da análise de Richard, um menino inglês de 10 anos acompanhado por Klein durante o período da segunda grande guerra. Observamos com riqueza de detalhes o

desafio, apontando para a ineficiência dessa presumida dicotomia ao reafirmar a sutileza do funcionamento egóico e seu empenho em garantir alguma imagem inteligível de si no tempo e no espaço, parte integrante de uma identidade.

4.1 Corpo, fisionomia primeira de um Eu

Para o psicólogo que trabalha no hospital de urgência e emergência e que, portanto, conduz sua clínica entre enfermarias, leitos e macas de aço carbono, o corpo daquele que sofre tende a ser a dimensão por excelência das adversidades de seu padecimento. São muitos e variados os corpos com os quais lidamos no ambiente hospitalar. Alguns deles, rijos, consagram uma espécie de estranhamento diante da aparência saudável do corpo, como se perturbados por um surpreendente impasse: mas como posso estar doente se meu corpo não parece ter nada²⁴? Outros portam na superfície epitelial indícios de que há algo acontecendo ali, provas que contrariam qualquer presunção de inocência daqueles que alegam adesão suficiente às propostas assistenciais. Há sempre margem para um desencontro fundamental entre aquele que relata a história de seu adoecimento e o corpo que dele padece.

Essa condição específica do corpo, que à beira de um leito muitas vezes nos assombra por sugerir a eclosão de um conflito com ‘sua própria pessoa’, serve de antemão como um aviso de que seu estudo não é tarefa simples. Do ponto de vista clínico propriamente dito – considerando que o dispositivo de escuta nunca se encerra apenas na situação de encontro com o paciente, mas que se amplia posteriormente no encontro do psicólogo com a teoria que fundamenta sua escuta – a participação do corpo nos atendimentos, apesar de parecer óbvia, costuma ser de algum modo acidentada. Em um interessante artigo de sua autoria, o psicanalista Flávio Ferraz (2008) estabelece algumas afirmações a respeito do corpo na teoria e clínica psicanalíticas. A primeira, e mais fundamental delas, conclui que “o corpo, em psicanálise, trata-se essencialmente de um ‘resto’” (p. 57). Daí acrescenta que em matéria de produção teórica, o corpo foi, de algum modo, escamoteado enquanto objeto psicanalítico tendo para si reservado este lugar de ‘resto’ da teoria. Para Ferraz (2008), tal movimento de abandono do corpo na metapsicologia se justifica no fato de que o próprio corpo *resta* do

trânsito entre sua fantasmática inconsciente e os elementos da cultura, que vão se alinhando progressivamente a partir das investidas tradutivas da instância egóica sobre conteúdos de sua realidade psíquica.

²⁴ É frequente a afirmação que um de meus pacientes mais recentes fez a respeito do uso do antirretroviral: ‘quando a gente tá bem, pensa que não tem nada’. Essa característica da infecção pelo vírus do HIV, que pode infectar um corpo durante muitos anos sem a manifestação de quaisquer sinais patognomônicos, implica em grandes desafios para a adesão programática e assistencial de homens vulneráveis à doença. Ver Martins *et al.* (2023).

sujeito psíquico (p. 57). Em suas palavras, o corpo é “resto da ontogênese psíquica, ou seja, aquilo que permaneceu, como um remanescente do corpo somático, fora da área de ação do apoio (*Anlehnung*); permaneceu, portanto, como um corpo somático propriamente dito, sem se ‘converter’ em corpo erógeno” (Ferraz, 2008, p. 57, grifos do autor).

No relevo do corpo, entre a costura inalienável de suas dobras, arestas, sobrevivem territórios ocultos, impensados, e uma permanente sensação de ameaça²⁵ (ou seria mais conveniente para esta pesquisa dizer ‘risco’?) que juntos se assomam em imposição de trabalho à psique. “Para que eu seja utopia, basta que eu seja um corpo”, pensa Foucault (2013, p. 11). Afinal, se na condição de resto ou presença, é preciso pensá-lo, ao corpo, delegação fundamental e intransponível que arremata de uma só vez precipitadas intenções de esquematização da experiência de adoecimento entre um corpo que fenece e uma alma que sofre. Mais especificamente no processo infeccioso do HIV, corpo e desejo mostram que são dimensões inseparáveis da experiência humana. Desde o corpo que se deita para fazer o amor àquele que faz de amor o ato de aleitamento, o corpo reivindica seu lugar privilegiado para a economia psíquica.

Temos na clínica freudiana figuras do corpo que enlaçam a temática do sofrimento sob dois vieses importantes para as intenções de nossa pesquisa sobre os efeitos psíquicos de um primodiagnóstico para o HIV, quais sejam, o do trauma e da angústia. Vemos uma abordagem ao tema, por exemplo, em seu empenho inicial para circunscrever as características do sofrimento psiconeurótico. Naquele momento, Freud trabalhava com uma nosografia organizada entre dois grandes modelos de adoecimento cujas distinções residiam em seus respectivos mecanismos. A problemática do corpo comparecendo de modo sutil, mas não menos importante: no grande grupo das neuroses atuais (neuroses de angústia, neurastenia e hipocondria), a manifestação sintomática predominaria no corpo, portanto, com extensão predominantemente somática. Considerando sua discriminação das psiconeuroses (histeria e neurose obsessiva), isso significa que em termos etiológicos o sintoma nos adoecimentos ‘atuais’ não é dotado de sentido, de significado psíquico (Freud, 2006/1917). Em outras palavras, a formação somática que se destaca nestes adoecimentos resulta de uma ausência de mediação psíquica, aquém da representação (Ferraz, 2008).

²⁵ Aulagnier explora as relações do Eu com o corpo e a capacidade deste último de transformar-se para aquele, em certas condições, em um objeto persecutório motivo para um grave conflito incompatível com a continuidade da vida psíquica. Para a autora, “a realidade do corpo – realidade anatômica, realidade das doenças, realidade do envelhecimento, do desgaste – impõe, tanto senão mais que a realidade social, compromissos, renúncias, lutos sempre repetidos, sempre por serem re-superados” (Aulagnier, 1986, p. 78).

O assunto, no entanto, estava longe de ser encerrado por Freud, vez ou outra sendo retomado ao cabo de sua obra. A distinção entre neuroses atuais e psiconeuroses, que a princípio poderia sugerir uma certa rigidez nosográfica, é revista pelo autor que chega a concluir que “um sintoma de neurose ‘atual’ é frequentemente o núcleo e o primeiro estágio de um sintoma psiconeurótico” (2006/1917, p. 391). O ‘fator atual’ de toda neurose indica que mesmo em se tratando da vida anímica nos deparamos com o rochedo intransponível do orgânico.

Duas são as figuras de corpo²⁶ com as quais podemos avançar, ambas profundamente relacionadas como os dois lados de um mesmo espelho: aquela de um organismo acorrentado pelos circuitos instintuais da necessidade, na sempre renovada atualidade de sua fisiologia, seu relevo submetido à permanente ação erosiva de agentes exógenos e endógenos; um outro corpo pervertido pela sexualidade, suas próprias funções vitais subvertidas pelo domínio da pulsão, ao *appetitus* irredutível à fome, um organismo manipulado pelo drama fantasmático inconsciente, embalado pela linguagem e pelo sentido. Figuras interligadas e irredutíveis à simples divisão mente/corpo. Um índice desta irredutibilidade pode ser encontrado no próprio conceito de angústia, especialmente caro a essa pesquisa porque aponta para uma dimensão facilmente observada nos pacientes que cursam com uma infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Se buscamos pela origem dessa angústia, diria Freud (2006/1926), “estaremos deixando o domínio da psicologia pura e penetrando na fronteira da fisiologia” (p. 97). Não bastasse a aproximação fronteira entre os corpos, sugerindo a indiscernibilidade do trânsito entre as camadas da pele sejam elas fantasmáticas ou fisiológicas, conclui: “Os estados afetivos têm-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primevas, e quando ocorre uma situação semelhante são revividos como símbolos mnêmicos” (Freud, 2006/1926, p. 13).

Tudo se passa como se percorrêssemos uma longa e espinhosa trilha que se estende desde um acontecimento corporal e se prolonga montanha acima, no sentido de sua reexperimentação enquanto memória afetiva. Uma soma de relações de pura excitação é submetida a sucessivas organizações que reeditam a significação da própria vivência orgânica em diferentes níveis de subjetivação. Que teríamos a dizer, então, sobre a fisionomia do

²⁶ Devemos tomar uma boa dose de cautela para não visualizarmos neste esquema uma separação tosca entre mente e corpo. Como nos lembra Mezan (1982), não é novidade alguma o apreço freudiano pela biologia, de fato, os empréstimos anatômicos e fisiológicos da neurologia clássica a partir dos quais o autor construiu um modelo para o funcionamento da mente, e sua insistência nas ciências naturais. Na metapsicologia, em contrapartida, herdamos uma noção de psiquismo que não se reduz de forma alguma à simples oposição psique/soma.

adoecimento? Ocasão em que os estados afetivos parecem fervilhar em resposta ao menor vestígio de alterações na compleição física. Uma dor que não se espera, o nódulo sensível ao toque enquanto se faz a barba ou a erupção cutânea que nunca esteve ali, vestígios da atualidade de um organismo que não pede licença para existir. Nestes breves e inesperados lembretes de independência, o corpo avança com sua capacidade de envolver a alma em receios.

Um paciente jovem²⁷ recém diagnosticado para o HIV, procurou pela sala da psicologia em um plantão de fim de tarde sob efeito de intensa angústia. Havia recebido seu primodiagnóstico há cerca de duas semanas daquele atendimento. Pesaroso, utilizava-se do sigilo da escuta psicológica para retomar em detalhes a trajetória de seus encontros sexuais no último ano, ressaltando sua grande quantidade e a conotação compulsiva do ato, certo de que “estava demais”²⁸ durante o período. Lamentava a falta de uso da camisinha em todas essas relações. Estava atormentado pela culpa. “Eu dormia com uma e acordava com outra. Só pensava nisso dia e noite”, referindo-se ao engajamento na atividade sexual. Apesar da alta vulnerabilidade ao risco, nega ter jamais imaginado contrair HIV, para ele uma possibilidade distante. Na medida em que suas poucas palavras adquiriram força associativa, limpando o ambiente psíquico da angústia paralisante que parecia agir como força centrípeta tendente a um silêncio sepulcral, recuperou de sua memória uma cena curiosa. Há alguns meses esteve sozinho em seu local de trabalho, o que lhe era um hábito, e naquele dia fora acometido por forte náusea e episódios de vômito. Na sequência de seu mal-estar, modulou uma crise aguda de angústia que explodiu no choro incontido e solitário²⁹. Não sabia dizer por que chorava. Durante o atendimento, no entanto, encontrara uma resposta imediata: “acho que ali eu já estava com HIV”.

Cenas como a descrita acima não são incomuns no atendimento a estes homens, que relatam até com alguma frequência momentos de angústia ou cólera no curso de seu adoecimento. Do ponto de vista analítico, observamos a resposta inicial de angústia

²⁷ Figura 4.

²⁸ Importante ressaltar a ambiguidade de sua expressão “estava demais”, que tanto pode se referir ao pesar pelo grande número de relações sexuais desprotegidas, quanto pode indicar sua vaidade diante deste grande número de parceiras. No curso de seu tratamento, o material foi tratado como uma formação expansiva de seu narcisismo, expressão de movimentos de onipotência.

²⁹ Nesta outra cena, assistimos ao esvaziamento de suas reservas narcísicas com a experiência de adoecimento do corpo. O que se observa, de antemão, é o desarranjo da experiência afetiva que acompanha este ataque ao sentimento de segurança de si em uma situação traumática. Despido de seu estoque narcísico, o Eu vê-se incapaz de equacionar a excitação psíquica e sua identidade é asfixiada pela angústia automática.

automática³⁰ modulada pelo psiquismo deste paciente nos primeiros momentos a que se seguiram seu mal-estar. No presente daquele atendimento, em contrapartida, meses após este episódio e com um primodiagnóstico em mãos, tinha seu aparelho psíquico cerceado por intenso sentimento de culpa que enlameava as memórias de uma vida sexual agitada. O que se observa é a progressiva transição de um acontecimento corpóreo, combustível para a inundação excitatória de seu psiquismo em um primeiro momento, na tecelagem do afeto em sequências representacionais posteriores. Nesse sentido, vemos que o afeto corresponde a um novelo de excitações organizadas ao nível da identidade do Eu, portanto inscritas em uma extensa teia de elos representacionais articulada a partir das mais primordiais expressões orgânicas da qual dá provas uma organização psíquica.

Uma intrincada rede de circuitos psíquicos se estabelece entre o erótico e a construção de uma identidade, naquilo que compete à delimitação de um sentimento de si, primordialmente corporal, que embasa uma primeira atitude sensorial unitária e aponte para a individuação. Sob a perspectiva de sua constituição identitária, podemos concluir que a infecção pelo HIV para aquele paciente era motivo de punição, pena que lhe foi imputada por transar demais. Uma feição comum para o vírus da imunodeficiência adquirida e que retira suas forças no registro do estigma e da violência social, como mostra a literatura a respeito do tema (Parker; Aggleton, 2001). Apesar do quanto sofridos podem ser estes conteúdos, e voltaremos a abordá-los na sequência desta argumentação, neste momento encaramos o fato de que a correspondência representacional que realoca a infecção pelo HIV ao lado de sentimentos culposos por si só já é produto de alguma elaboração subjetiva³¹ realizada sobre as modificações anatômicas e fisiológicas que resultam deste adoecimento, o inundamento psíquico por cargas de excitações à deriva.

³⁰ No contexto da publicação de “Inibições, sintomas e ansiedade” (2006/1926) e da reformulação de uma segunda teoria da angústia, Freud descreve a angústia como uma expressão do estado de desamparo do ser humano. A angústia automática, nesse sentido, significaria “uma resposta espontânea do organismo à essa situação traumática ou sua reprodução” (Laplanche; Pontalis, 2016, p. 27). Sob uma perspectiva metapsicológica, a angústia automática seria a contraparte do sinal de angústia, processo que já indicaria uma reação do Eu ao perigo traumático com função protetiva.

³¹ Uma hipótese trabalhada por Maria Elisa Labaki (2006) a respeito da clínica da morte, contextualizada por sua atividade clínica com pacientes adoecidos de AIDS, sugere um percurso nesta direção. Para a autora, o confronto com a morte é matéria que pressiona ao exercício do pensar, às atividades ideativas e representacionais. Sua proposta é a de que na clínica com pacientes acometidos pela certeza da morte, a emergência de angústias primárias e vivências de desmoronamento subjetivo assinalam o choque de nossas garantias e certezas imaginárias pelo traumático (p. 47). Labaki vê no conceito de angústia-sinal um instrumento para a garantia da vida, uma defesa auto-preservativa com efeitos vitalizadores utilizada pelo psiquismo ao longo de uma série de experiências de perda e separação. Para ela, um conceito chave com o qual o psicólogo deve trabalhar e para o qual deve direcionar seus investimentos, no sentido de que erotize o sofrimento acompanhando os caminhos de ligação de um sinal de angústia a partir da vivência de angústia automática, retirando aquele que sofre do encontro com o vazio psíquico (Labaki, 2006).

O traumático susta este preparo, confundindo o panorama econômico dos investimentos caros à manutenção da vida subjetiva. Sua atualidade reside nos estados de aflição que testemunham uma grave desconfiguração do afeto. Em diálogo com as propostas de Dejours, Flávio Ferraz (2008) vê no conceito de angústia automática, revisto por Freud em sua segunda teoria da angústia, uma retomada daquele fator atual de toda neurose, uma modalidade de descarga afetiva eminentemente somática que expressa falhas do aparelho psíquico em criar um sinal que singularize a excitação. O trânsito afetivo do corpo está ameaçado pelo que há, no próprio corpo, de desinvestido ou não representável. A redistribuição identitária do erótico tende a vacilar no fatídico tempo de um estado febril. Nem mesmo as mais inflexíveis ambições narcísicas e identificatórias suportam a passagem de uma sonda nasoentérica ou a realização de uma sessão de diálise. Naquele corpo que se dobra sobre o leito, uma identidade é colocada à prova.

Não trataremos especificamente da conceituação de identidade³² aqui, considerando ser este um assunto inacabado para o conjunto da teoria psicanalítica e que se abre a uma série de outras produções sobre o tema. Ademais, sustentamos juntos com Green (1988) que “a identidade não é um estado, é uma busca do Eu que só pode receber sua resposta reflexiva através do objeto e da realidade que a refletem” (p. 43). Diríamos que esta pesquisa retira material de uma pedra de tropeço no percurso dessa busca. Aos suspender o “exercício de um ‘princípio de prazer relativo³³’ e o ‘trânsito representacional’, o traumático lança holofotes sobre o Eu em sua atividade de ligação dos representantes libidinais (Campos, 2009, p. 143).

A preocupação pela procura de um sentido para a experiência de corpo e a execução de todos os compromissos econômicos que se implicam nestas dinâmicas fica a cargo do Eu. Seu protagonismo laboral é indiscutível. A embrionária noção de Eu na teoria psicanalítica como um aglomerado de representações, contemporânea aos textos sobre As Neuropsicoses de Defesa (1894), ao Projeto para uma Psicologia Científica (1895) e aos Estudos sobre a Histeria (1893-1895), se associa à teoria da representação e a teoria energética em Freud. Ambas as propriedades representacionais e afetivas ajudam a compor o esquema freudiano de

³² A questão da identidade em psicanálise é um tema por demais espinhoso que mereceria um estudo a parte. Em consonância com os trabalhos de Green (1988), entendemos uma possibilidade de aproximação da identidade em psicanálise considerando a organização de um ‘sentimento’ de unidade, sempre incompleto, que envolve o Eu consciente e inconsciente e suas relações com o narcisismo.

³³ Campos (2009) nos ajuda a compreender o intrincado panorama econômico da teoria pulsional freudiana. O autor sugere uma oposição didática entre um Princípio de Prazer Absoluto tendente a zero, à descarga completa da excitação, nirvânico por excelência, e um Princípio de Prazer Relativo comprometido com a manutenção de uma constância energética decisiva para que o psiquismo continue funcionando. A experiência do Eu rearticula ambos os princípios ao princípio de realidade no sentido de assegurar a integridade da vida subjetiva.

aparelho psíquico que pode ser encontrado nos artigos sobre a metapsicologia, como aquele reservado ao recalamento (2006/1915). A extensão de sua atividade moderadora sobre a economia psíquica seria assegurada pela criação de circuitos energéticos específicos, as chamadas “inervações laterais” (Freud, 2006/1985), cumprindo com um atraso da satisfação pulsional alucinatória que se torna essencial para o desenvolvimento da vida subjetiva. Sua fidelidade aos regimes de prazer relativo e à gestão de um diferencial entre percepção e memória através do agenciamento dos signos da realidade (Frota, 2013, p. 104) garantem ao Eu um lugar conciliatório no seio das dinâmicas entre instâncias.

Para Mezan (1982), a noção de Eu como um conjunto de representações³⁴ é incipiente e pouco clara, surgindo como uma das “obscuridades conceituais” com que Freud se defrontava naquele momento” (p. 160/161). O autor encontra dificuldades conceituais na função censória atribuída por Freud ao Eu neste momento de sua teoria, ideia pouco trabalhada até então, mas que justificaria a exclusão das representações incompatíveis da consciência por esta instância. Segundo Mezan, o detalhe importaria um problema metapsicológico desde que uma tal função “não pode ser assimilada a uma representação” (Mezan, 1982, p. 160). Concordamos com o autor e ressaltamos que a clínica do HIV reserva um lugar de importância a esta ‘função censória’ antevista por Freud à época, sobre a qual falaremos nos capítulos seguintes. O que nos interessa neste momento são as ressalvas de Mezan sobre a particularidade do conceito de representação em Freud:

O termo representação é ambíguo; devemos eliminar imediatamente qualquer conotação intelectualista, pois a pulsão é completamente inconsciente. A ideia de representação parece-nos aludir aqui à tradução, para uma outra ordem de realidade psíquica, das exigências corporais; mas esta tradução se parece mais com um texto bilíngue³⁵, em que o original aparece ao lado da sua versão, pois a pulsão conserva uma face voltada para o somático, ou, na linguagem de Freud, para as ‘forças orgânicas’ (1982, p. 160).

³⁴ Laplanche e Pontalis (2016) nos lembram que a palavra *Vorstellung*, designação daquilo “que se representa, o que forma o conteúdo concreto de um ato de pensamento” (p. 448), é um termo clássico na filosofia alemã. Sua participação é decisiva para os rumos epistemológicos tomados pela obra freudiana desde o texto sobre as afasias (1891), que garantia à representação um lugar de destaque entre a linguagem e o sentido produzindo uma ruptura com a tradição localizacionista famosa no metiê neuropsiquiátrico da época em prol de uma etiologia funcional para as enfermidades psíquicas.

³⁵ Processo tradutivo que antes resulta em um ‘texto bilíngue’, como aponta Mezan (1982), expressão da irredutibilidade das formações elaborativas do corpo à uma materialidade que pressiona por representação. Para retomá-lo, sugerimos que o termo alude a uma tradução para outra ordem de realidade psíquica que se pretende “bilíngue” em razão do estratagema conciliatório próprio a um Eu ávido pela garantia de sua inteligibilidade, mas que se aprofunda em uma textualidade poliglota, polimorfa, reiteradamente cerceada pela regulação normativa do erótico.

Quando abordamos o conceito de representação, retomamos, inevitavelmente, questões como a do corpo e a metapsicologia do trabalho psíquico. A codificação tradutiva deste corpo em uma imagem inteligível de suas exigências, isto é, uma imagem que possa ser pensada e intersubjetivada, exige a conciliação das reações de prazer e desprazer de modo a torná-las exequíveis para a vida subjetiva. Entende-se por esta exequibilidade a evitação de um conflito que poderia colocar em risco definitivo a economia psíquica. Piera Aulagnier (1986) assinala que a primeira e mais fundamental tarefa do Eu é investir seu próprio corpo, este fragmento de realidade, ou mesmo preservar estes investimentos sob o risco de fracassar mortalmente. É de fundamental importância para a sobrevivência de uma organização psíquica que seja firmado um convívio relativamente amistoso entre o Eu e o corpo no decorrer dos processos de ligação da angústia a representações e elaboração do afeto. Na condição de objeto de investimentos, diz-nos Aulagnier (1986), o corpo é fonte de prazer e de sofrimento. Para livrá-lo de suas capacidades desprazerosas, evitando assim um conflito, o Eu procurará por motivos para seu próprio sofrimento além dos limites de sua experiência orgânica.

Em outra situação clínica, um paciente³⁶ convivia com sintomas ansiosos proeminentes em razão de ter recebido seu primodiagnóstico para o HIV durante uma crise conjugal com a companheira com quem vivia há mais de 20 anos. Nos atendimentos, esbravejava. “Vou te contar que acho que fizeram isso para mim. As pessoas tinham inveja da vida que eu tinha, uma boa casa com cobertura, família bonita e feliz, as pessoas têm óh”, simula olhos grandes com os dedos, “e fizeram esse tipo de coisa”. Em outro atendimento, lembrou-se de ter desfeito um despacho de macumba em um parque próximo ao local onde vivia. “Precisa ver, ficou limpinho, só que eu acho que a entidade deve ter ficado com raiva de mim porque depois disso foram várias doenças em seis, sete meses”.

O estratagema para remediar um possível colapso narcísico e impedir que uma solução regressiva desligante³⁷ se instaure diante da experiência da dor será concluído pelo Eu na medida em que ele mantenha íntegros os representantes psíquicos que suportam seus investimentos, grosso modo, as referências identificatórias que lhe permitem “reconhecer e para que possa fazer reconhecer pelo outro sua qualidade de existente” (Aulagnier, 1986, p.

³⁶ Figura 1.

³⁷ Não é raro que os encontros clínicos com pacientes gravemente acometidos pela AIDS nos deixem estarecidos diante de psiquismos empobrecidos incapazes de eleger saídas consistentes para a contradição imposta pelo corpo infectado mesmo anos após um primodiagnóstico. Nestas ocasiões tem-se a impressão de que o corpo é alvo de constantes estratégias de ataque, motivo de ódio pelo Eu que encontra na própria silhueta um estranho e vil objeto. Assistimos ao miserável conflito prenunciado por Aulagnier (1986) entre o Eu e o corpo.

281-283). Sobre isso, o exemplo deste paciente é bastante ilustrativo. Localizava a si como o chefe detentor de uma ‘família bonita e feliz’, além de encontrar no despacho de macumba um objeto mau dotado de forças espirituais poderosas. Curiosamente estes conteúdos apontavam para uma certa moralidade cristã neopentecostal³⁸ – ressaltada, sobretudo, ao ataque às religiosidades afro-brasileiras e sincréticas – performada como parte importante de sua identidade, um veículo para a localização identificatória do afeto. Sua religiosidade seria confirmada ao longo dos atendimentos pelo paciente que se dizia ‘cristão evangélico’, ainda que não contasse com uma trajetória de frequência nestes cultos e reuniões adorativas.

Quando cotejamos aspectos das duas cenas clínicas trabalhadas neste subtópico, somos capazes de observar respostas de culpa e punição associadas a atividade sexual frequente, insinuações à destruição da família e testemunhos de adoração a fê cristã (os quais, devo dizer, em grande parte dos casos adquirem feições estereotipadas que contrastam com trajetórias de volúpia sexual e uso de substâncias). Para o que nos interessa, visualizamos o lastro moral impresso no corpo contaminado por infecções sexualmente transmissíveis como parte integrante de uma espécie de política sexual que acompanha as subjetividades confrontadas pelos discursos sobre a AIDS. Fazemos bem em ressaltar a especificidade dos processos diagnósticos para um adoecimento crônico como o HIV, entendendo que a dinâmica da cronificação, por si só, já colocaria em primeiro plano a metapsicologia do trabalho psíquico.

Suas necessidades vitais acabam gravando as exigências metapsicológicas do Eu com o índice de alguma incompletude, redirecionando-o ao outro na procura por conteúdos que excedem seu campo narcísico de possibilidades. As circunstâncias do evento traumático realçam em muitos níveis a dependência do Eu em relação aos seus objetos de amor. Ferenczi (2020/1927) nos ajuda a aprofundar a escuta do poder de influência dessas relações sobre a constituição e o funcionamento egóicos a partir de um convite ético para pensarmos no convívio conflituoso de nossas experiências sexuais com o mundo adulto. Pensa que, a princípio, somos confrontados com uma doutrina erótica muito estranha em relação aos prazeres do corpo. Nossa “vivência pessoal efetiva, agradável ou desagradável” é permanentemente reorganizada pelo outro, a partir de uma complexa dinâmica que envolve

³⁸ Conteúdos comuns no atendimento aos recém-diagnosticados, os assuntos religiosos pareciam sugerir o teor defensivo de uma barganha conduzida pelo Eu em seu confronto com as poderosas forças superegoicas, que ganham terreno no ambiente de segregação e marginalização do desejo que ronda a experiência de uma infecção sexualmente transmissível em nossa cultura. O tema será melhor explorado no capítulo sobre Superego e Narcisismo.

suas interpretações sobre o conjunto de regras morais e de convívio social e conteúdos latentes próprios a suas histórias de vida (Ferenczi, 2020/1927). O Eu aprende a educar o erotismo³⁹, ou seja, constitui uma identidade sensorial própria que assinala a (re)descoberta da sensorialidade do corpo a partir de suas relações com esses outros. Sob o conceito de desmentido (Ferenczi, 2020/1933), o autor aponta para o abuso deste lugar tradutivo que concede ao outro o poder de uma assimetria – simultaneamente simbólica e afetiva – sobre a precariedade de um Eu que não sobreviveria sozinho. A densidade agressiva deste discurso alcança as entranhas da organização egóica e adultera suas relações internas a partir de violentos processos defensivos acionados em função da sobrevivência psíquica. De toda forma, mesmo os processos de vinculação da angústia, ou a singularização identitária da excitação psíquica nos termos de uma experiência afetiva cognoscível para o Eu, dão prova de uma topologia corporal sempre aberta e inacabada.

Sob a identidade do Eu, o conjunto de equações de egossintonia e egodistonia que vimos participar da balança de angústia mobilizada pelos pacientes nas vinhetas clínicas anteriores sugerem uma imagem de corpo erógeno mergulhado nos processos de subjetivação. A performance corporal do desejo se reatualiza em sentidos que traduzem a excitação psíquica com os quais a instância egóica agencia sua inteligibilidade para o restante das relações intrapsíquicas e intersubjetivas. Conforme assinalou Bleichmar (2009):

O Eu não opera de outro modo quando avalia desejos inconscientes no sujeito singular: como um antropólogo europeu etnocêntrico⁴⁰, considera, em muitos casos, que não é admissível para seu sistema representacional, para sua coerência identitária e sua legitimação moral, a admissão de desejos dirigidos a partes do corpo do outro ou de si mesmo que não seriam lícitas desde o ponto de vista de sua perspectiva homogeneamente estabelecida. Por isso, não pode deixar de avaliar como ‘homossexuais’ muitas moções desejanças que em si mesmas não são nem homossexuais nem heterossexuais, em razão de que se constituíram à margem da diferença sexual que marca a lógica identitária da bipartição sexual” (p. 49, grifos da autora).

À totalidade de experiências que correspondem a suas realidades interna e externa, o Eu precisa concluir o objetivo fundamental de sintetizar a experiência para que se torne compreensível e comunicável. A novidade, entretanto, é considerar a dimensão contextual de

³⁹ A dinâmica não é, de modo algum, simples. Textos ferenczianos como ‘O problema da afirmação do desprazer’, publicado em 1926, ‘A adaptação da família à criança’, original do ano de 1928, e ‘A criança mal acolhida e sua pulsão de morte’ publicado em 1929, são produções importantes do autor no sentido desta investigação. Tratar dos níveis de dependência do Eu em relação ao outro implicaria considerar todas as modificações representacionais e identificatórias produzidas por esta relação em seu tecido metapsicológico, como o são a constituição e funcionamento do Supereu e das Instâncias Ideais.

⁴⁰ Ressaltamos a argúcia de Silvia Bleichmar ao descrever uma atividade colonizadora do Eu sobre os registros eróticos, mas que, ao nosso ver, indica um Eu que foi, ele mesmo, colonizado pela norma.

sua experiência, ou seja, considerá-la socio-historicamente como expressão de uma época. Desde que o Eu se constroi ou desconstrói, ou acaba se desconstruindo pelo trauma, essas são operações que adquirem sentido e extensão traumática a partir de determinados alicerces sócio-históricos. Os processos de subjetivação, nesse sentido, definem as próprias condições de possibilidade para que estes mecanismos psíquicos aconteçam no interior de um circuito relacional.

Os murmúrios de tristeza, seus gritos de ódio e até perspectivas de cura dos homens que vivem com HIV vão mostrando seu trânsito pelas possibilidades de construção de suas próprias realidades e denunciam uma performance corporal conduzida aos limites de sua identidade. Como assinalam Bleichmar (1992) e Laplanche (2015/2003), uma identidade que opera a inteligibilidade de sua experiência a partir das dinâmicas de gênero. Afinal, como nos diz Bleichmar (1992), o gênero fala sobre a consolidação de uma “identidade ontológica, com efeitos de humanização, a partir da qual constrói-se um núcleo egóico que será a sustentação das identificações secundárias, posteriores” (pp. 27-29). Enxergar a vida nos limites deste paradigma de gênero pode ser desorganizador para os homens, o que muitas vezes acontece. Ao sentirem sua identidade violada por um vírus que se transformou no arauto da morte e da promiscuidade em nossa cultura, muitos deles correm o risco de estabelecer uma relação conflituosa com o próprio corpo e seus prazeres. Afinal de contas, na medida em que vivem a fragilização identificatória e representacional imposta ao seu Eu pelo diagnóstico, são expostos aos discursos de segregação sobre o prazer e a performance sexual que ajudam a definir os limites do gênero, desta “forma de poder social que produz o campo inteligível dos sujeitos” (Butler, 2022 p. 87).

A condição do HIV/AIDS explicita um lugar precário tanto para o corpo, quanto para o Eu. Na medida em que este último se constroi, não só garante sua consistência ontológica na relação com o outro em termos de uma silhueta generificada, mas também assimila, através de um jogo de regulações normativas do erótico, uma imagem corporal de si com a qual organiza e promove a execução do prazer. Portanto, a vinculação da excitação em afeto, ou em sinal que equipa o psiquismo defensivamente, neste contexto, todo processo elaborativo sobre a experiência de morbidade que acompanhamos nos espaços de acolhimento e atendimento psicoterápico, acontece sob a influência de uma psicopolítica dos erotismos que pauta a regulação da experiência a partir de um paradigma de gênero.

4.2 Encenações viris do erótico

Até este momento, esperto ter sido exitoso ao esclarecer alguns dos pontos de vista que se apresentam no horizonte desta pesquisa a respeito do Eu e a experiência de sua identidade. Os movimentos de inscrição e elaboração realizados sobre o corpo exprimem o trânsito contínuo entre as dimensões propriamente subjetivas e as formas de subjetivação na cultura. Desde as traduções de uma corporeidade generificada, da qual o reconhecimento do Eu é herdeiro, à história traumática que vitima a experiência egóica ao longo de sua trajetória subjetiva, está pressuposto um exercício de assimilação ontológica e acesso a uma historicidade que permitem ao psiquismo a garantia, para si, de um reconhecimento tanto afetivo quanto institucional. Protagonista neste jogo tradutivo, o Eu participa de verdadeiras negociações internas com suas representações sobre gênero, sexo e prazer.

Enquanto escrevia este capítulo e revisitava as várias memórias dos atendimentos realizados aos homens em ocasiões especialmente difíceis para suas histórias de vida, comecei a me atentar com grande curiosidade para os movimentos de expressão de suas masculinidades. Movido pelo interesse no assunto, decidi realizar uma busca rápida pela internet com a pergunta: O que é ser homem? Os resultados, que não apresentavam novidade alguma, ainda assim foram surpreendentes. Faziam referência a uma masculinidade “verdadeira”, de origem natural como a cor dos olhos. Força e coragem são suas maiores virtudes, a sabedoria do controle e liderança alguns de seus talentos. Compreensões sobre o masculino produzidas nos limites entre uma biologia instintual e uma teologia cristã com as quais formulavam os fundamentos espirituais do homem.

Lembro-me com viva nitidez do sofrimento dos pais de um jovem⁴¹ que havia sido primodiagnosticado durante sua passagem pela internação hospitalar. Constituíam uma família cristã e eram lideranças de sua comunidade religiosa. Há alguns meses daquela ocasião este filho decidiu assumir sua bissexualidade, para o terror do tacanho universo moral daquela família. A severa angústia do par parental transformava os atendimentos em um verdadeiro campo de batalhas no qual podiam exercitar em transferência o ódio pela sexualidade do filho. “Ele falou para mim que foi um descuido: ‘ah mãe, eu descuidei e aconteceu’. Disse que pegou de mulher. Teve medo de falar que foi com homem né?”, conta. A convicção daquela mãe de que seu filho só poderia ter se infectado com o HIV em uma

⁴¹ Figura 5.

relação homossexual já me antecipava algumas de suas formulações a respeito do gênero e da sexualidade.

O diagnóstico do filho a conduziu a revisitar seus ideais parentais: “Quando você tem um filho homem, você pensa o que? Que ele vai ser um homem e não que vai se deitar com um homem. Mas eu digo um homem, um macho, vamos dizer assim. E pra ser macho precisa deitar com fêmea, é assim que somos ensinados. A natureza criou o homem para procriar com a mulher, Deus fez assim”. Não encontrei palavras menos duras no atendimento a seu pai. “Quando ele veio me falando da sexualidade dele eu disse: meu filho, você está tomando uma decisão que vai te levar pro caminho da doença e da tristeza. Nós seres humanos somos felizes porque temos a dádiva de ter filhos, de casar um dia”, conta em tom infeliz. O que se observa neste microcosmo familiar é a partilha de ideais heteronormativos sobre o exercício do corpo que se reeditam na experiência diagnóstica de um familiar. Para eles, o ‘macho’ adquire a legitimação de sua masculinidade através de uma escolha de objeto heterossexual. Herança ao mesmo tempo genética e divina assinalada pela dádiva do sexo reprodutivo. O ato sexual não seria apenas um ato, mas a expressão de uma essência capaz de definir perspectivas de vida e justificar a morte. A heterossexualidade era uma garantia de bem-aventurança e realização pessoal, como um imunizante para a miséria da vida. Da mesma forma que aqueles homens que se deitam com outros homens admitiriam para si um tipo de satisfação perigosa, antinatural e amaldiçoada, que corresponde ao cenário da doença e da tristeza.

Consideramos que essas narrativas são contextualizadas por um conflito geracional entre pais e filhos que conviveram com a realidade social da epidemia de HIV/AIDS em épocas distintas. A própria discussão acerca de outras possibilidades sexuais introduzida nesta família pela narrativa do jovem paciente sobre sua bissexualidade é prova de um outro posicionamento diante da sexualidade e do prazer. Mesmo para aqueles pais relativamente jovens, que não deveriam contar com idades além da casa dos 50 anos, uma tal concepção moralista enrijecida sobre os sexos nos pareceria estranha. Contudo, seríamos muito inocentes em desconsiderar que estas formulações sobre os gêneros e as sexualidades sobrevivem na cultura como ideais normativos e constituem parte de nossa herança simbólica. Enquanto oferta tradutiva da cultura, para o bem ou para o mal, são capazes de imprimir graves conflitos identificatórios e sofrimento psíquico intenso na vida de alguém, como vi acontecer com este jovem primodiagnosticado.

Imerso neste caldo de significados e compreensões sobre os erotismos do corpo que vão desde a reprodução de valores morais a concepções menos populares e mais íntimas sobre

o sexo, o Eu tem a difícil tarefa de vingar para si uma experiência que seja minimamente autêntica em relação às suas sensações e aspirações. Considerando sua metapsicologia, observamos que o conjunto identificatório-representacional do Eu a partir do qual o corpo é performado na execução de seus erotismos expressa uma certa materialidade fantasmática desta corporeidade. O corpo transita entre realidades, psíquica e sociopolítica. Está permanentemente inserido no afeto de quem reivindica seus prazeres e decididamente ancorado a um lugar social que legaliza essas reivindicações.

A performance de um corpo não é matéria acessória para esta pesquisa, afinal, quando trabalhamos com a escuta a estes homens diagnosticados com HIV – contos de paixão e ódio, perdão e vingança, as diversas cenas do teatro afetivo de suas vidas – somos capazes de vislumbrar o lugar de importância da dimensão prática para a vida anímica em geral. Para a cientista social Raewyn Connell (2005), a ‘constituição da masculinidade através da performance corporal significa que o gênero se torna vulnerável quando a performance não pode ser sustentada – por exemplo, como o resultado de uma doença física’⁴² (p. 54), sugerindo um processo que não se conclui no corpo, mas que opera no exercício performático do corpo a substancialização e produção do gênero.

De certa forma, quando consideramos esta materialidade fantasmática para o corpo, supomos ser impossível desvincular o prazer erógeno e o prazer identificatório, o que corresponde ao fato de que “o prazer experimentado numa zona erógena, assim como mais tarde o gozo, são inseparáveis do prazer que resulta da posição identificatória na qual se situa aquele que o experimenta (Aulagnier, 1989, p. 76). A concomitância entre os desenvolvimentos da libido e do Eu nos convida a considerar com mais atenção os modos pelos quais a identidade egóica aprende a se satisfazer. Através do uso de mecanismos introjetivos (Ferenczi, 2020/1909; 2020/1912) o Eu conduzirá uma perpétua reorganização de seus circuitos colaterais, enriquecendo-se ao longo de sua existência relacional. Do ponto de vista de suas relações afetivas, para que sobreviva ao risco econômico imposto pela perda de um objeto, o Eu poderá internalizá-lo através de uma identificação narcisista: enganará a pulsão, que permanecerá investindo nele como outrora o fez neste objeto perdido e garantirá a permanência de seu amor (Freud, 2006/1917; 2006/1917; 2006/1923). A introjeção e a identificação são o próprio núcleo destes processos através dos quais se produzem

⁴² “The constitution of masculinity through bodily performance means that gender is vulnerable when the performance cannot be sustained – for instance, as a result of physical disability”.

modificações no tecido do Eu que resultam da atualidade de sua exposição à relação com a alteridade (outro interno e externo).

Conforme já antecipava Freud, a masculinidade não está dada como algo pronto, mas se constitui a partir de um longo e arenoso processo de vinculação da libido (Freud, 2006/1917). As famosas etapas do desenvolvimento libidinal – refiro-me as fases oral, anal, fálica e genital – dizem respeito a estes momentos chave da constituição psíquica nos quais a estrutura do Eu é tensionada pelo desprazer que resulta do compromisso imposto pela relação com o outro. Veremos essa alça adaptativa do Eu em ação na medida em que o aparelho psíquico é confrontado com as exigências sociais de vinculação dos erotismos. A imposição do princípio de realidade provocará alterações definitivas no tecido egóico, não apenas porque serão criados circuitos colaterais para a satisfação da pulsão, mas sobretudo porque o Eu aprenderá, na relação identificatória com o outro semelhante, modos inteligíveis de satisfazê-la dentro de uma cultura. De acordo com a descrição feita por Ferenczi (2020/1928):

As primeiras opiniões da criança são, é claro, as suas: os doces são bons, as troças são más. A criança defronta-se então com toda uma série de opiniões diferentes, profundamente enraizadas no espírito de seus pais: os doces são ruins, ser educado é bom. Assim, a sua vivência pessoal efetiva, agradável ou desagradável, opõe-se aos dizeres das pessoas encarregadas de sua educação, pessoas a quem ama profundamente [...] Por amor a essas pessoas, deve adaptar-se a esse novo e difícil código. [...] Enquanto lhe batiam, pensava de um modo inteiramente consciente: ‘Como será bom quando eu for pai e tiver que corrigir meu filho’. Em imaginação, ele já tinha, nesse momento, o papel futuro do pai. Tal identificação significa uma mudança em parte da personalidade. O ego se enriqueceu a partir do mundo circundante, aquisição esta que não é hereditária. Também é assim que nos tornamos conscienciosos. No princípio, teme-se a punição, depois identifica-se com a autoridade que pune (p. 12-13).

Ao nível do conjunto de suas identificações secundárias, o Eu não apenas reatualiza a vivência da excitação psíquica em uma experiência afetiva, mas também reedita suas próprias possibilidades identificatórias para usufruir deste prazer. Ao longo do desenvolvimento psicosexual estamos expostos, na relação com o outro, ao aprendizado de modos legítimos e ilegítimos de satisfação dos erotismos.

Nestes termos, a experiência emocional é composta tanto pelo delicado processo de redistribuição identitária das excitações psíquicas no plano afetivo, como também pela acomodação de formatos identificatórios possíveis para a fruição deste prazer. A cada ponto de fixação da libido corresponde um modelo de relação de objeto, um determinado desenho identificatório destes vínculos, que se abrem para a dimensão de como este Eu-corpo pratica sua satisfação em uma historicidade. O Eu tem sede pelo reconhecimento afetivo, identificatório e político, e tanto sua generificação quanto sua genitalização dizem respeito a processos decisivos para que mantenha resguardada a inteligibilidade de sua experiência. De

outro modo, a experiência identitária será permanentemente atravessada por essa contradição econômica imposta por uma certa hipocrisia fundamental, como a bem definiu Ferenczi (1931), que descaracteriza o prazer em nojo, a satisfação em vergonha e o gozo em medo.

Conduzida aos limites identitários de suas vivências, como acontece no âmbito de um adoecimento tão específico como o da infecção pelo vírus do HIV, a masculinidade procura nestas representações e identificações viris a segurança narcísica de sua sobrevivência. Essa masculinidade atacante e reprodutora, asseada de afetos e purificada de qualquer indício de passividade, é a caricatura de uma norma. Para efeitos de regulação das subjetividades, encontra na experiência erótica um plano de ação fundamental porque se confunde com nossos anseios mais profundos: o respeito à interdição de um prazer é sentido como a garantia de amor dos pais, o acesso a modos de satisfação são vivenciados com culpa e exclusão social, a angústia solitária de descobrir que o exercício erótico do corpo trai aquelas que entendíamos ser suas possibilidades mais saudáveis

O que a escuta do sofrimento destes homens diagnosticados para a infecção pelo vírus do HIV pode nos ensinar sobre a vida subjetiva é que a norma está nos próprios fundamentos do processo de humanização. O acesso à experiência do desejo e o ingresso a dimensão da cultura é desde o início cis-normatizada e hetero-regulada a partir de um modo de produção compulsória das subjetividades porque confere inteligibilidade aos exercícios do corpo e da mente. Tratar do assunto das infecções sexualmente transmissíveis é lidar com mensagens de forte teor moral e com velhas concepções sobre modos normais e patológicos de exercício da sexualidade que participam ativamente do funcionamento de nossas identidades. Para aquilo que interessa ao próprio estudo teórico-clínico de escuta, encontramos que o conjunto de suas afeições morais, identificatórias e eróticas assinalam o fato de que o Eu é um legítimo herdeiro da hipocrisia⁴³ com a qual aprende a experienciar sua própria vida erótica.

4.3 O conflito anal

Em diversos trechos de seu livro “Pelo Cu: políticas anais”, Javier Sáez e Sérgio Carrascoza retomam curiosas passagens⁴⁴ de “O anti-édipo” que introduzem uma problemática fundamental a ser considerada quando falamos da vida erótica dos homens: o

⁴³ Para prosseguir com nossas intenções de articular subjetividade e cultura, em relação a esta hipocrisia fundamental na experiência da sexualidade entre os gêneros, direciono o leitor para a obra *Devassos no Paraíso*, de João Silvério Trevisan. A escrita ácida desta historiografia da homossexualidade no Brasil está repleta de ironias sobre como gozamos em segredo com a homossexualidade em terras tupiniquins.

⁴⁴ “Somente o espírito é capaz de cagar”, frase de Deleuze e Guattari retomada pelos autores em vários trechos de sua obra para pensar sobre a sublimação da analidade nos regimes de heterossexualidade compulsória.

erotismo anal. Em nosso país não há dúvidas de sua importância; objeto de um dos fetiches mais cobiçados entre eles – consagrado pela icônica afirmação de Gilberto Freyre para a Revista Playboy em 1984 de que o bumbum é “paixão nacional” – está também presente nos mais vulgares dos insultos entre homens. Para os autores, “a repressão do anal tem um papel chave na construção da masculinidade contemporânea” sendo essa uma questão que “faz parte de um entrelaçamento de ódio e violência” (Sáez; Carrasosa, 2017, p. 75). Uma psicopolítica para os corpos, para seu exercício, quer nos refiramos ao tesão ou à agressão, no plano afetivo, a esta nossa capacidade orgânica de experimentar prazer e desprazer.

De fato, não são poucas as ocasiões nas quais a analidade é localizada pelos homens como motivo de desonra ou uma contraparte de sua virilidade. O tratamento viril destas identidades compõe aquilo que, para esses homens, é parte decisiva de sua autoestima. A historiografia da virilidade mostra que ser ou não ‘macho’ diz respeito a um estado, sempre inacabado, uma coleção de performances corporais, afetivas, sexuais, uma “rede de obrigações ansiogênicas, frequentemente contraditórias” (Corbin; Courtine; Vigarello, 2013, p. 460), que no seio de sua vida relacional parecem estabilizar o narcisismo do homem. Operando nesta condição de atributo, daquilo que se pode perder ou estar privado, a sobrescrição viril do erótico, vulgarmente confundida em nossa cultura pela imagem erétil e rija de um genital, escamoteia os circuitos de excitação anal em razão de uma “lógica circular entre a masculinidade e a impenetrabilidade” (Sáez; Carrasosa, 2017, p. 85).

A despeito das certezas sexuais que anunciam até com certa violência, como temos visto para eles a vida erótica tende a ser sobremaneira conflituosa. A disposição viril de seus erotismos para eles, muito mais que um detalhe, é uma questão de honra. O artigo de Alonso e Koreck (1993) publicado na famosa compilação “The Lesbian and Gay Studies Reader” encontra diferenças importantes entre as experiências masculinas anglo-saxã e hispânico/latinas. Se nos primeiros observa-se uma masculinidade fundamentada pela noção de mau uso do corpo biológico (mensurado a partir da concepção religiosa de corpo reprodutivo), o que se observa nestes últimos é uma experiência sexual pautada pela distinção ativo/passivo (Alonso; Koreck, 1993). Nesse contexto, o erotismo anal planifica as possibilidades de orientação do desejo e da experiência de prazer sensual, instalando a ameaça da penetrabilidade no âmago das dinâmicas identitárias masculinas. Dinâmicas que nos ajudam a compreender as vivências contraditórias destes homens entre seu gozo e seus ideais morais.

Estas estereotipias identitárias, facilmente observadas nas manifestações públicas de uma masculinidade viril, indicam o grande esforço econômico do Eu, como dissemos

anteriormente, para equacionar as relações de egodistonia e egossintonia com a intenção de delimitar uma certa coerência, inteligibilidade, para a experiência do corpo e de seus erotismos na cultura. Isso não quer dizer de modo algum que este grande esforço é livre de contradições, pelo contrário, e a própria desarmonia entre estas identidades de gênero e a experiência de seu prazer sexual é grande prova. O desempenho sexual ativo, que em nada se reduz apenas ao lugar penetrante na relação sexual, mas, como sabemos, a um amplo conjunto de performances afetivas e corporais no circuito social, e que está culturalmente vinculado às masculinidades, convive com os mais variados formatos de fantasias de penetrabilidade⁴⁵ que assombram as representações destes pontos privilegiados para a fixação da libido. Fantasias de “feminização” ou “fantasias homossexuais”, para retomar o estudo de Bleichmar (2009), que em uma cultura misógina como a nossa traduzem a penetrabilidade do copo e suas potencialidades para o prazer passivo. É sobretudo uma questão de poder, como assinala Leo Bersani (2010):

Afinal, talvez, seja principalmente a adulteração do sexual em uma relação o que condena a sexualidade e se transformar em uma luta pelo poder. Assim que as pessoas são posicionadas, a guerra começa. É o Eu/Self que se preenche de excitação com a ideia de estar por cima (ser ativo), o Eu/Self que torna o jogo inevitável dos impulsos e renúncias no sexo um argumento para a autoridade natural de um sexo sobre o outro (p. 25).⁴⁶

Com este jogo de identificações o Eu sela um estratagema defensivo para usufruir do prazer e manter intactas suas reservas narcísicas. Seu compromisso é o de assegurar esta ‘impenetrabilidade’ enquanto elege respostas que fixam a libido sob determinados formatos de relação viabilizados pela cultura. Nesta mesma medida, a sexualidade é encarnada socio-historicamente, submetida à inteligibilidade dos pares de oposição veiculados pela cultura como ativo/passivo, dominante/dominado, fálico/castrado, masculino/ feminino. No que concerne à problemática propriamente masculina, a rigidez defensiva de sua posição identificatória e de gozo cobrará o preço de abandonar o homem ao confronto sempre iminente com seu próprio corpo e suas potencialidades para o prazer.

Prazer... ou risco? Afinal, quando sentimos caminhar com tantos escrúpulos por esse campo minado, nunca temos a certeza do que acontecerá no passo seguinte. As próprias

⁴⁵ Uma das hipóteses de trabalho de Silvia Bleichmar (2009) é a de que a sexualidade masculina é fundamentalmente paradoxal, na medida em que tanto as identificações de gênero quanto o exercício viril da sexualidade, tão caro aos homens, pressupõem a internalização do pênis do pai, deste seu atributo masculino de potência, a partir de uma série de fantasias de felação oral e recepção anal.

⁴⁶ “For it is perhaps primarily the degeneration of the sexual into a relationship that condemns sexuality to becoming a struggle for power. As soon as persons are posited, the war begins. It is the self that swells with excitement at the idea of being on top, the self that makes of the inevitable play of thirsts and relinquishments in sex na argument for the natural authority of one sex over the other”.

noções de risco⁴⁷ ou vulnerabilidade, apesar de teoricamente embasadas e conceituadas, se diluem na singularidade de uma conceituação muito subjetiva sobre o corpo, o sexo, o prazer. Esta rigidez identitária dos homens sobre a qual falamos, que dão prova de um modelo de subjetividade comum na cultura, resultará em respostas muitas vezes onipotentes com prejuízos para seu autocuidado e até mesmo na negação do mal-estar orgânico ou de qualquer indício de fragilidade psicossocial. Para a clínica com pacientes homens primodiagnosticados para a infecção pelo vírus do HIV, as representações e ideais enrijecidos da masculinidade ainda são alguns dos grandes desafios a serem enfrentados.

Vejamos um exemplo de como estes tensionamentos identitários surgem no trabalho clínico com homens primodiagnosticados para o HIV. Eu havia sido chamado para o atendimento de um homem⁴⁸ que naquele momento contava com idade próxima aos 50 anos. Estava internado por complicações com o HIV após um primodiagnóstico para a condição há poucos meses dali. A equipe médica se queixava de sua intransigência, sua postura colérica e irritada e seu hábito de ameaçar evadir da internação diante de uma permanência hospitalar que se prolongava no tempo. Quando o encontrei, quase não acreditei no que via. Estava sarcopênico, a pele negra pendia de sua perna, repuxada como couro ressecado. Na data de nosso primeiro encontro, acabava de voltar de uma sessão de hemodiálise após ter de ser submetido ao procedimento por complicações renais. Seu visível cansaço não lhe retirava a empáfia de falar que era um homem “ignorante” e “difícil de conversar”, mas que sempre aprendia um pouquinho com a equipe. Aliás, era comum que se localizasse a partir desta dicotomia entre uma postura agressiva e comportamento sóbrios, reticentes. Apesar de se qualificar como muito “namorador, mulherengo”, jurava que todos os seus filhos e ex-companheiras o tinham como um homem “honesto e de caráter”. Qualidades que naquele momento preenchiam sua narrativa orgulhosa e pareciam enganar a experiência íntima de habitar um organismo tão depredado pela doença como aquele.

Novamente, o que se apresenta de antemão é este projeto identificatório, esta “autoconstrução contínua do Eu” (Aulagnier, 1979, p. 154), este conjunto de ideais “que o Eu se propõe a si mesmo” (Aulagnier, 1979, p. 156), um conjunto de referências identificatórias a partir das quais esta instância pode investir sua experiência afetiva e manter, para si, uma existência histórica. Na cena clínica observamos a função propriamente curativa destes ideais, investidos como uma resposta ao esvaziamento de suas reservas narcísicas no contexto da

⁴⁷ Ver Barreto, 2017.

⁴⁸ Figura 6.

vivência do corpo adoecido. O recurso a estas identificações masculinas, como vimos, facilita a manutenção de um sentimento onipotente e assinala a robustez desta ilusão narcísica a partir de um lugar de dominação pela violência que em muitos momentos se expressava pelas ameaças de evasão. “Eu não tô aguentando ficar mais aqui não, Matheus”, avisava semanalmente, “se os médicos não me darem alta eu vou quebrar tudo aqui”. Ilusão de uma virilidade e potência que naquele momento destoava do corpo magro apassivado no leito e que muito provavelmente não sobreviveria fora do hospital.

Após a notícia de seu diagnóstico, viveu alguns meses sem iniciar o uso dos ARV porque estava assintomático, motivo pelo qual não acreditava que a doença teria uma progressão tão rápida. Achava ter se infectado em uma noitada com outro amigo, regada pelo uso de álcool e cocaína. Procurou por uma “mulher de rua” com quem teve uma relação desprotegida. No entanto, aquela que parecia ser uma estória razoável começou a vacilar através de uma série de imagens dissociadas umas das outras. Conteúdos que me faziam sentir como se escutasse uma produção oniroide. Sua voz era um sussurro. Ele me contava que esteve em um lote vago ao lado do motel próximo de um shopping, quando foi “encurralado” por homens. “Eles queriam me comer”, disse. Com as calças abaixadas, “não sabia se ia pra frente ou para trás: se fosse pra frente eles me matavam, se fosse pra trás o pau entrava”.

Atordoado pela gravidade daquela cena, procurei por indícios⁴⁹ de tratar-se de algum processo confusional de base orgânica, talvez um *delirium*, mas apesar seu visível cansaço o paciente não exibia quaisquer outros sinais de um processo como aquele. O conteúdo não retornaria nos atendimentos em nenhum outro momento ao longo de seus quase 5 meses de internação, circunstância que criava a estranha impressão de que aquele relato sequer havia acontecido. No entanto, uma intensa atmosfera sexual continuou caracterizando os momentos de nossas conversas, o que muitas vezes me deixou embaraçado. “Me colocam de lado, enfiam a gomeirinha no meu cu e depois tiram, me viram de novo e colocam no meu cu do outro lado”, assim descrevia os procedimentos realizados pela equipe assistencial. Em seguida, lamentava o acontecido por se achar um homem “tímido”.

Certo dia o encontrei bravo. “Eu sou um homem da pá virada”, esbravejou. Na ocasião, respondia às denúncias de sua companheira sobre seu jeito ignorante, de pavio muito curto. A fidelidade desta companheira, que esteve presente no cotidiano da internação, era celebrada com muitos elogios pelo paciente. Entretanto, até o formato de seus elogios eram

⁴⁹ Refiro-me ao conjunto de sintomas que vão desde a agitação psicomotora, nos casos de delirium hiperativo, ao rebaixamento da atividade psicomotora (letargia, apatia) específicos dos casos de delirium hipoativo (Ver Faria & Moreno, 2013).

curiosos: “Ela é uma mulher muito trabalhadeira. Pagou meus aluguéis atrasados. Você precisa ver, carrega até mesa sozinha. É uma mulher muito forte, ela tem mãos de homem”.

Ao longo da progressiva reconquista de coesão interna que pude acompanhar durante essa internação, sua intensa cólera revelava a profundidade dos danos narcísicos sofridos pelo psiquismo daquele paciente. A experiência do corpo gravemente adoecido parecia desmontar os mecanismos protetivos de seu Eu, circunstância a partir da qual encaminhava traduções violentamente literais sobre a qualidade invasiva tanto da doença quanto do ambiente hospitalar. Em sua fantasmática, a grave exposição de seu corpo era representada pelo ânus invadido no contato com o outro; o conteúdo adquiria sentido como expressão de um frágil tratamento identitário a esta desorganização erógena sob a perspectiva de sua masculinidade. Observamos que estas formações erógenas adquirem um tratamento sublimatório mais robusto na medida em que a identidade de seu Eu foi sendo reorganizada, ainda que a contradição imposta a esta experiência retornasse nos atendimentos posteriores. Ser um “homem da pá virada” para uma “mulher com mãos de homem” é um destes exemplos. Nele se observa a desordem de suas representações sobre o gênero, portanto, uma certa desorganização no referencial identificatório disponível para que a excitação fosse experimentada ao nível identitário na relação com o outro.

Mas o clímax de sua odisseia identitária aconteceu nos momentos finais da internação, quando todos acompanhávamos com entusiasmo sua notável melhora clínica. Os momentos de sonolência e cansaço extremos se tornaram raros e nossas conversas já não se limitavam à gravidade de sua condição atual. Sentia termos superado a luta contra a morte. A recuperação de sua integridade egóica nos permitia rememorar eventos do passado e a juventude rural no interior de Minas Gerais. Uma vez ele, conta, pernoitou na cadeia após ter sido acusado por furto. “Era uma cela com 20 homens, mas todos me trataram com respeito e não fizeram nada comigo”, ressaltou. Curioso pelo conteúdo sexual que aquela afirmação sugeria, perguntei o que é que eles poderiam ter feito e sua resposta foi imediata: “Ah, maldade né? Você sabe que os caras na cadeia fazem maldade com outro homem”. Em um de nossos últimos encontros, ele me confiava sua grande expectativa para retomar o trabalho em uma obra que estava inacabada. Dizia ser um mestre de obras famoso pelo capricho de seus feitos. Era líder de uma equipe de pedreiros, todos amigos. “Já reformamos outro motel ali perto do shopping, um que tem um lote vago do lado. Numa dessas obras acabei machucando com uma viga”, conta. Minha reação inicial foi o silêncio diante do susto com o conteúdo que imediatamente me transportou para seu relato a respeito da situação de violência em nossas conversas iniciais. Eram o mesmo shopping e motel. Estes fragmentos foram o mais próximo que chegamos

daquele conteúdo traumático. Ele pareceu não notar meu sobressalto. “Lá tem quartos de sadomasoquismo. Os caras amarram a mulher e sentem tesão por isso”, produzindo uma extensa associação sobre os detalhes sórdidos das dependências do motel.

Chama atenção o fato de que os processos de reorganização egóica, que envolvem sua construção e reconstrução a partir de mecanismos introjetivos/projetivos, acompanharam a lenta recuperação de seu vigor orgânico. Os sentidos para essa organização estavam embasados por uma equação simbólica entre os quartos de sadomasoquismo, a cela com 20 homens e as dependências da enfermaria hospitalar, compondo um cenário fantasmático a partir do qual seu psiquismo articulava reações de prazer e desprazer que traduziam a condição ambígua do corpo para o conjunto de suas relações intra e intersíquicas. A dinâmica também integrava imagens de arrombamento subjetivo a traduções para o processo infeccioso pelo HIV, este último associado sob formas mais ou menos dissimuladas à prática sexual entre os homens (“maldade”). Estava em vigor um projeto identificatório a partir do qual seu Eu não apenas reprimia a contradição destes enunciados mas também invertia sua valência afetiva nos termos de prazer ou desprazer, tornando a experiência erótica não penetrante desonrosa, constrangedora, em última instância objeto da ‘maldade’ entre os pares.

Testemunhar sua luta pela vida significou atestar a utilidade metapsicológica de um construto identitário para a continuidade do funcionamento psíquico. Enquanto acessava representantes identificatórios mais alinhados com um projeto masculino, os erotismos homossexuais só puderam ser experienciados sob a forma sublimada de admiração ou relação de amizade. Como nos lembra Aulagnier (1979), o Eu é fiel ao seu projeto identificatório por manter a “estória representada” destes enunciados identificatórios, por preservar sua relação presente a este mesmo projeto e, sobretudo, por conservar reprimidos o conjunto de enunciados “tornados contraditórios a um relato que ele reconstrói permanentemente e os enunciados que exigiram uma posição libidinal por ele rejeitada ou por ele decretada como proibida” (p. 160). A história representacional e identificatória do Eu orienta sua tendência à sintetização. Enquanto rearranja os sentidos para o prazer e o desprazer, constrói um repertório – um depósito de suas experiências relacionais - através do qual media satisfações menos conflituosas para sua economia interna e mais legítimas para suas vivências na cultura.

Os repertórios simbólicos observados nos discursos destes homens fazem novamente questionar, juntos com Whatney (1987), qual ou quais os “enquadramentos de saberes” sobre o corpo e o prazer participam da constituição de suas masculinidades. Pelúcio e Miskolci (2009) avaliam que a história das respostas epidemiológicas à Aids definem uma reatualização dos dispositivos de controle médico-jurídicos sobre a sexualidade. O raciocínio

preventivo de “disciplinar os poros e as paixões”, como certa vez disse o antropólogo Néstor Perlongher (1985), ensaiou um contra-ataque normativo aos discursos pela liberação sexual e de gênero na segunda metade do século XX. Construimos fantasias biopolíticas para o sexo ruim, degenerado e irracional, uma prova da punição aos exercícios desviantes da sexualidade (Pelúcio; Miskolci, 2009).

Na experiência do HIV, mesmo em se tratando do trabalho psicoterápico com aqueles que se descobrem em convívio com o vírus, podemos observar o atrito contínuo entre as identidades e seu exterior constitutivo⁵⁰. Uma política sexual que opera o regramento contemporâneo dos erotismos está encravada na própria definição destas identidades, produzindo as figuras do arrombamento anal entre homens, da violação sexual, de atos que guardam sentidos como os de sujeira e perversidade. Provas das profundas alterações produzidas pelos discursos epidemiológicos da AIDS sobre o exercício do gênero e da sexualidade. No entanto, estes dispositivos não parece inaugurar outros efeitos de regulação na medida em que apontam para um projeto cis-heterossexual que dispõe os marcadores psicoafetivos para a experiência de reconhecimento e pertença na cultura.

Em última instância, a epidemia de AIDS ampliou o lastro moral sobre as políticas identitárias de gênero e sexualidade reiterando sua hipocrisia constitutiva, na medida em que o vírus tem a capacidade discursiva de desalinhar as projeções de um desenvolvimento naturalmente heterossexual para a sexualidade. Quando falamos de saúde sexual do homem e encaramos o desafio de sua escuta psicoterápica na clínica com pessoas que vivem com HIV, lidamos com o fato de que o aprofundamento da epidemia nas dinâmicas da desigualdade entre os gêneros e nas políticas do exercício sexual é pauta por excelência de nosso trabalho. Sob essa perspectiva, tanto no que diz respeito à vida política quanto à vida psíquica, a AIDS fez-nos redescobrir a antinatureza de nossa própria sexualidade, seu pendor contraidentitário, e os prejuízos emocionais que resultam deste nosso convívio com uma psicopolítica sexual e de gênero que vitima, sobretudo, aqueles que comumente julgamos dela saírem ilesos: os homens.

⁵⁰ Nas palavras de Butler (2003), “O ‘sexo’ impõe uma unidade artificial a um conjunto de atributos de outro modo descontínuo. Como discursivo e perceptivo, o ‘sexo’ denota um regime epistemológico historicamente contingente, uma linguagem que forma a percepção, modelado à força as inter-relações pelas quais os corpos físicos são percebidos” (p. 199)”. Para tanto, a delimitação de uma percepção própria daquilo que é humano fica a cargo daquilo que é considerado inumano, abjeto, tendente a morte, portanto, seu exterior constitutivo.

5 CADA CABEÇA UMA SENTENÇA: CULPA E SOLIDÃO NA EXPERIÊNCIA MASCULINA COM O HIV

A pequena sala onde eram realizados os atendimentos psicológicos no andar de internação parecia ainda menor naquela tarde. Além de mim e do paciente⁵¹, para quem endereçava tentativas de encontrar alguma via de comunicação capaz de sintonizar a frequência de seu sofrimento, era preciso dividir espaço com um desespero acentuado que me preenchia de receios. O primodiagnóstico para o HIV lhe caíra como uma bomba e as menções ao autoextermínio eram apenas alguns de seus estardalhaços. Exausto após subsequentes acessos de choro incontido, sua agonia cedia espaço para uma silenciosa desolação. Escutávamos um a respiração pesada do outro. De volta em um rompante, assistia-o se debater contra o próprio desespero e iniciar a contagem dos mortos e feridos: “Ah e a minha mãe... e se ela souber? Ela vai achar que vou virar o Cazuzu, que eu vou ficar magro e morrer”.

A decisão por compartilhar seu primodiagnóstico com os familiares constitui um grande desafio para muitos que se descobrem convivendo com o HIV. Não é exceção que esta situação íntima, que antecede em semelhança e menor escala os terrores de ter um diagnóstico como este exposto ao público geral, produza no paciente grande desespero e se sobreponha a outras situações do passado nas quais sentiu alguma fragilização em seus vínculos familiares. Na clínica com os pacientes mais jovens, sobretudo, a grande preocupação recai na recepção da notícia pelos pais. Terror que se imagina tatuado no corpo e na alma, como se de repente corrêsemos o grande risco de perder aqueles traços nos quais costumávamos enxergar segura a história de nossos lugares afetivos e sociais. Vê-los deformados, irreconhecíveis, antes mesmo que a doença desponte em alguma alteração orgânica mais grave.

Reações afetivas como estas nos fazem questionar em que ponto o trauma e o desamparo interrogam o Eu e a experiência de sua identidade. Há o grande temor de finitude, sem dúvidas, como vimos expresso pela ideia da destruição de seu “apoio” corporal no último capítulo, de organismo enfermo e desinvestido. No entanto, não podemos subestimar o grau de importância deste último elemento para o Eu enquanto ele sofre algum tipo de ataque: a qualidade e a intensidade de seus investimentos narcísicos. O Eu não pode se furtar à importância da presença de seus objetos de amor.

⁵¹ Figura 7.

Com frequência o medo da rejeição e da solidão é o outro lado da moeda do ódio, lançada nos atendimentos por estes pacientes primodiagnosticados. As vezes tem-se a impressão de que estes medos saem vitoriosos, e o paciente então assume para si a convicção de que só lhe resta uma vida solitária e recheada de segredos. Alguns sucumbem a um estado de aflição tamanho diante da doença que parecem regredir aos velhos anseios infantis pelo escuro e a antigos modos de dependência do outro, exigindo dos familiares rotinas de cuidado extenuantes e inflexíveis durante sua internação hospitalar. O que observamos nestes movimentos cíclicos de expansão e contração narcísica é um embate, em maior escala de gravidade, comum à vida psíquica em geral. Aquele fruto do convívio com a irremediável vulnerabilidade de nossa condição humana.

Nos períodos de doença e morte, é sobretudo a respeito desta ferida aberta no âmago de nossa vida subjetiva que tratamos. Fragilidade que se refere ao tempo primário, e de efeitos tão reais, no qual sabemos conjugadas a prematuridade da vida humana e sua incontornável dependência do outro. Uma dependência muito pouco convidativa aos homens, especialmente, que tendem a procurar nos ideais de masculinidade fornecidos pela cultura signos de força e controle. Reiterados protestos fálicos a partir dos quais empunham sua independência afetiva como um trunfo na relação com o outro. Que na epidemia de HIV/AIDS esta experiência de fragilidade adquira um rosto, o do aidético, eis aí um primeiro fato interessante a seu respeito. Para a casuística que inspirou esta pesquisa, Cazusa e Freddy Mercury eram celebridades mencionadas com muito mais frequência pelos homens atendidos do que, por exemplo, o famoso jogador de basquete Magic Johnson, que veio a público contar sobre sua sorologia em 1991. Eis aí um segundo fato interessante. Será que apenas a fama e a dramática trajetória destes cantores com o adoecimento são capazes de justificar sua associação frequente à doença?

Se neste momento ainda não dispomos de argumentos suficientes para responder a esta pergunta, ao menos podemos concluir pela grande repulsa em nos identificarmos com aqueles que vivem com HIV. Tanto do ponto de vista orgânico, como do ponto de vista simbólico, estas são representações que parecem ocupar o extremo oposto de nossos ideais. Receber a sentença de um corpo moribundo parece ser ainda menos assustador do que o grande desespero de assistir em ruínas nosso lugar social e experimentar a perda do amor de nossos entes queridos. Fantasmas que ainda assombram aqueles que num primeiro momento descobrem sua sorologia. Não restam dúvidas de que a qualidade disruptiva que caracteriza alguns dos conteúdos associados ao HIV e à AIDS retira suas forças do estigma com o qual

muitos setores de nossa sociedade tratam a doença. Fato clínico de fácil verificabilidade na escuta aos homens recém-primodiagnosticados.

Sob os efeitos do estigma, a certeza da solidão adquire mais força enquanto uma sentença de culpa. “Pois o salário do pecado é a morte⁵²”, trecho bíblico retomado por um paciente semanas antes de seu falecimento. O pecado, como vimos, é a natureza erótica do corpo e de seus usos para o prazer sexual. De sorte que, após definirmos um lugar para o corpo a partir do adoecimento pelo HIV, não podemos deixar de dar um próximo passo no sentido da constatação do quão estreitos são os limites entre sua experiência subjetiva e seus exercícios sociais (Freud, 2006/1930[1929]). Esta identificação recusada com o corpo ‘aidético’, preenchida em nossa cultura por qualidades negativas (promiscuidade, irresponsabilidade, sujeira, nojo, morte), amplia as distâncias entre o Eu e seus ideais imprimindo feridas em seu tecido narcísico. Além disso, sob o terror do pânico moral e do estigma, escutamos com mais gravidade a voz interna de um supereu massacrante e despótico na subjugação destes homens em posse de seus diagnósticos recentes.

Vejamos a seguir como estas relações entre a vida subjetiva e a vida em comunidade se implicam mutuamente, garantindo consistência para a experiência de gênero e para o sofrimento destas masculinidades que se descobrem em convívio com o HIV.

5.1 ‘Viado Amélia’? Negociando com a violência

Como vimos anteriormente, a clínica com os pacientes primodiagnosticados para o HIV ou com aqueles que vivem seus momentos derradeiros antes do falecimento pelas complicações por AIDS, nos permite visualizar uma topologia corporal condicionada às repercussões catastróficas do traumatismo. Entendemos pelo conceito de trauma uma situação de ataque ao sentimento de si capaz de tornar expostas as relações internas responsáveis pela manutenção da identidade do Eu, com força suficiente para desestabilizar seus limites e sua consistência funcional (Ferenczi, 2020/1934). Nestas ocasiões, os desenhos imediatamente corporais do Eu e sua expressão simbólica estão submetidos aos efeitos (de)subjetivantes da presença do outro. Presença tanto afetiva quanto discursiva, capacitada para a oferta de representações a partir das quais os fluxos de excitação erótica são traduzidos em um sentido

⁵² O raciocínio paulino em Romanos 6:23: “Pois o salário do pecado é a morte, mas o dom gratuito de Deus é a vida eterna em Jesus Cristo, nosso senhor”. Citado por um paciente jovem de 26 anos, assumidamente homossexual. Proveniente de uma família evangélica que frequentava cultos em templos neopentecostais. Viveu sua sorologia em segredo da família durante 3 anos pelo medo de ser ‘expulso de casa’. Não utilizou antirretrovirais no período, o que foi decisivo para seu falecimento pelas complicações da AIDS durante a internação.

compartilhado e sua economia estabilizada de maneiras compatíveis com a vida. Em suma, a exposição traumática de nossa experiência orgânica à alteridade se abre para uma situação de efeitos originalmente ontológicos, porquanto nos humaniza, fazendo ingressar a dimensão sensível da experiência de corpo em uma historicidade propriamente humana (Pinheiro, 1995).

A primeira resposta a essa dissolução subjetiva pelo trauma, resultado direto do efeito humanizador da presença de um outro, é de ordem eminentemente narcisista. Nos referimos aos signos iniciais de um movimento de síntese, ao esforço subjetivo em razão da homogeneização da experiência, na clínica com nossos pacientes poderíamos apontar seu ímpeto à reorganização identitária após o choque inicial com o conteúdo traumático. No plano autoconservativo, sua ação é primária funcionando como uma base para a constituição e funcionamento das agências psíquicas superiores incluindo o universo metapsicológico do Eu: suas relações com as instâncias ideais e com o supereu (Rocha, 2012). Tratam-se de equações a partir das quais são firmadas as bases de toda vida subjetiva e relacional. Naquilo que importa à nossa integridade subjetiva após o trauma de um primodiagnóstico, carregamos nestes sentidos onipotentes⁵³ o repertório afetivo de nossas vivências primárias e uma cartela de referências baseadas em nossos objetos de amor a partir dos quais retiramos, para nós mesmos, a garantia de um quinhão de prazer suficiente para a continuidade da vida. O que nos conduz a afirmação de que desde o princípio a experiência egóica é eminentemente uma experiência social (Fernandes, 2008).

Desde sua alça adaptativa à constituição de suas aspirações de vida, o Eu está inelutavelmente influenciado pelos discursos dos representantes da cultura. E este é um dos aspectos que mais nos preocupa na clínica com pacientes que vivem com HIV: sua exposição ao discurso do estigma. Parker e Aggleton (2001) propõem uma releitura das obras clássicas de Erwin Goffman a respeito dos fenômenos de discriminação e estigma no intuito de aprofundarem o estudo sobre a temática no contexto da AIDS. Os autores questionam concepções estáticas para os processos de discriminação, que tendem a localizar no estigma a qualidade de um atributo fixo, como o da posse sobre alguma característica indesejável aos outros. Outrossim, para eles, o estigma corresponde a um determinado tipo de relação de desvalorização assumindo um protagonismo na manutenção das relações de poder entre os

⁵³ No plano estritamente teórico, Laplanche e Potalis (2016) conceituam o Eu ideal como “um ideal narcísico de onipotência forjado a partir do modelo do narcisismo infantil” (p. 139).

grupos. Para os autores, falar em estigma é necessariamente tratar do espinhoso assunto da desigualdade social (Parker; Aggleton 2001).

Apreciar a confluência entre as preocupações metapsicológicas e psicossociais nos garante um aprofundamento maior quando estamos diante de uma narrativa como aquela que ouvi na boca de um paciente⁵⁴ em determinada manhã de atendimentos no pronto-socorro: “Sabe como é né, Matheus?! Viado e com pneumonia os médicos já pedem logo um exame de HIV”. O paciente, assumidamente gay, portava no corpo efeminado as insígnias de uma feminilidade repudiada pelo ambiente cultural masculinista. Entre os acessos de choro, sofria com a notável fragilização psíquica durante sua espera pelo primodiagnóstico. Enquanto se referia aos insucessos de sua vida amorosa, recheada por cenas graves de múltiplas agressões, violações de direito e violências patrimoniais, uso de substâncias psicoativas e traições, exercitava uma imagem ideal para o próprio afeto: “Quando eu terminei [meu relacionamento] eu falava que não queria mais saber de um relacionamento daquele jeito. Eu queria alguém pra casar, sabe? Eu sou um tipo de viado, aquele que fica só em casa... como é o nome? Não é caseiro não... é... Amélia. Viado Amélia⁵⁵, que gosta de ficar só em casa”. Um dia flagrei seu desabafo com uma tia, a respeito de uma discussão que teve com o próprio pai: “Não tem nada a ver, tia. O meu pai acha que isso tudo tá acontecendo porque eu sou gay. Tia, eu ser gay é só um detalhe mínimo⁵⁶. Eu tenho uma vida ótima, eu sou gerente, estava trabalhando, fazendo academia, minha vida está ótima”.

A notável fragilização de suas reservas narcísicas cede espaço para uma espécie de barganha com ideais que parecem fornecer ao paciente algum conforto durante o momento de crise. Dessa forma, a experiência de angústia diante das descrições de uma vida sexual agitada por orgias e pelo uso de cocaína era amenizada pela qualidade de ser um “viado Amélia”, curioso aforisma para a ideia de ser um “homem de família”. O sucesso no trabalho (ser um

⁵⁴ Figura 7.

⁵⁵ A imagem do ‘Viado Amélia’ nos lembra uma antiga música de Roberto Carlos (1976), na qual o cantor embala os versos: “Ai ai que saudades da amélia! Aquilo sim que era mulher. Às vezes passava fome ao meu lado e achava bonito não ter o que comer. Quando me via contrariado dizia: meu filho, o que há de fazer! Amélia não tinha a menor vaidade, Amélia é que era mulher de verdade!”. A expressão deste paciente sugere um conteúdo de forte desvalorização e baixa autoestima curiosamente articulado ao feminino. O conteúdo pode nos sugerir os modos pelos quais ele reorganiza suas identificações a partir de um reservatório narcísico esvaziado. Dinâmica que adquire sua força na relação com um pai sabidamente homofóbico e machista.

⁵⁶ Sob a perspectiva de seu conflito com o pai, vemos o psiquismo deste paciente organizar uma resposta denegatória sobre o próprio sofrimento em que nega uma trajetória de desproteção psicossocial grave que nunca recebeu um olhar carinhoso deste genitor. A movimentação onipotente é consagrada pela afirmação de que ‘sua vida está ótima’ em pleno contexto de desespero com o primodiagnóstico. O conteúdo nos aponta para um fechamento defensivo de seu Eu e o consequente empobrecimento de sua porosidade a novas introjeções e identificações.

‘gerente’) e a manutenção de um corpo forte e saudável (manter uma rotina de ‘academia’) também cumpriam essa função conciliadora. Como vimos no capítulo anterior, a estilização do corpo pelo Eu é matéria por excelência de sua inserção nos processos de subjetivação. Sob a perspectiva do estigma e da discriminação, observamos que estes ideais retiram seu vigor de discursos hegemônicos da cultura masculina.

Nesse sentido, de um ponto de vista metapsicológico, como poderíamos analisar estas cenas clínicas a partir da correspondência entre o narcisismo e as instâncias ideais naquilo que concerne ao diálogo do sujeito com a civilização? Não por acaso, a própria introdução ao conceito de Ideal de Eu e ao raciocínio sobre as instâncias ideais é realizada por Freud no texto *Sobre o Narcisismo: uma introdução*, originalmente publicado no ano de 1914. Vemos o autor concluir pela conceituação da idealidade na vida psíquica a partir dos subtópicos dois e três deste artigo. A importância da constituição de um reservatório narcísico primário é definitiva para o que concerne a manutenção da vida psíquica em geral, e só pode se concluir ao passo em que o outro seja instalado no seio de nossa alma (Freud, 2006/1914). O desamparo e a dependência humana são condições para que este ‘Eu-prazer’ se constitua. Conforme assinala Green (1988), “o narcisismo é ele mesmo aparência e por trás dele sempre se esconde a sombra de um objeto invisível” (p. 37), fato que nos posiciona eticamente, enquanto vidas humanas, diante de um apelo insuperável pelo outro.

O que se origina a partir disso é a instituição das balizas afetivas para o vínculo social. A vida em comunidade, em contrapartida, ou seja, a manutenção dos laços sociais, forçará o abandono de nossas aspirações onipotentes a partir dos limites impostos pela presença deste mesmo outro, pela influência crítica dos pais, educadores, instrutores, “pela opinião pública” em geral (Freud, 2006/1914). Acossado pelas ranhuras em sua grandiosidade narcísica, o Eu encontrará na substituição de seus críticos em objetos ideais a força motriz necessária para a escrita de sua própria história. De acordo com Rocha (2012),

Se o plano violento da idealidade do início faz o bebê voltar-se todo o tempo para o objeto – buscando negar a realidade da ausência – a realidade cultural deve oferecer um repertório para que o pequeno sujeito possa transformar esse campo selvagem em um campo mais sereno, pois o amansamento de tal estado de coisas é o que pode garantir à criança sua constituição como ser separado do outro, dono de uma existência própria (p. 66).

A própria instituição do laço social guarda em suas raízes a assinatura de nossa precariedade enquanto vidas humanas, exigência e necessidade de socialização dos prazeres e desprazeres a partir da qual o Eu personaliza o tecido de sua própria pele e explora suas possibilidades sensíveis. Nos é mais proveitoso concluir da dinâmica que a identidade do Eu se constitui e preserva a partir da manipulação desta precariedade em suas relações com os

objetos pelos quais aquiesce sua economia afetiva⁵⁷. Observamos uma confluência entre a experiência de gênero, um formato privilegiado para o auto e heterorreconhecimento entre os corpos, e as preocupações econômicas mais elementares da vida psíquica naquilo que diz respeito ao ingresso a esta temporalidade e historicidade propriamente civilizatórias. Parte desta violência dos primórdios da vida subjetiva sobrevive e será reeditada pelas relações inter e intrapsíquicas, sobretudo nos laços de dependência entre o Eu e seus objetos ideais.

As instâncias ideais são peças-chave para entender como a norma social orienta o Eu por um caminho acidentado até a conquista de uma aparência estável e inteligível. Freud (2006/1914) fornece pistas valiosas para esta compreensão, na medida em que localiza na relação entre o Eu e seu ‘autorrespeito’ a condição para o recalçamento. Assim, estabelece que o ideal de Eu fornece uma medida para o Eu atual, uma régua a partir da qual poderá mensurar a coesão de sua própria experiência (Freud, 2006/1914). Isso significa que o complexo Eu-instâncias ideais regula, desde essa interioridade, a geografia erótica e identificatória do corpo, o que em última instância sugere nossa total submissão aos arbítrios deste depósito relacional que dispõe os marcadores de egossintonia e egodistonia para o conjunto da experiência egóica.

Quando retomamos a análise da vinheta clínica anterior, somos capazes de identificar um Eu capturado pela própria vulnerabilidade negociando seu capital narcísico com o outro, este último irredutível às imagos de suas pessoas de importância. O outro para o qual a dinâmica aponta é também o outro da cultura, aparência de uma exterioridade de leis e princípios que recortam da experiência suas condições de possibilidade. Alcançamos novamente a querela da discriminação e do estigma. Se costumamos acreditar em um instinto gregário, uma explicação biológica e/ou espiritual para a vinculação humana, somos tentados a um ceticismo melancólico diante dos fenômenos de marginalização e estigma que ensejam, no mínimo, a denúncia de que existem critérios para que o laço social se constitua e seja mantido.

No ponto de confluência entre psíquico e social, tratar da temática do narcisismo é apreciar, em última instância, as dinâmicas de reconhecimento e negação da vida. “Viado e com pneumonia, os médicos já pedem logo um exame de HIV”, repito aqui essa interessante

⁵⁷ Importante ressaltar, a partir de um raciocínio ferencziano em diálogo com a escola das relações de objeto, que a manutenção de um princípio de constância para a economia psíquica – e para a sobrevivência do Eu – só se conquista no e pelo vínculo com o objeto. Os circuitos de relação de objeto são fundamentais para que o psiquismo sobreviva. Ver, Gurfinkel 2017.

afirmação. Primeiro porque indica o reconhecimento mútuo de uma semiologia popular baseada em ideais de conduta que conjugam orientação sexual e identidade de gênero. O sentido da violência simbólica assume um vetor moralista que está implícito na própria abordagem da equipe assistencial ao paciente. Há uma escala de valores a respeito da vida e da morte que se reatualizam no ato médico, transformando o comparecimento em uma simples consulta na atitude de confessorário: ‘nós agora sabemos o que você fez de ruim⁵⁸’. Além disso, a narrativa técnica da medicina a respeito dos usos sexuais do corpo reitera uma hierarquia de riscos imaginária que está inscrita na história da infectologia do HIV/AIDS (Barreto, 2017). De todo modo, o que se observa é o agenciamento de narrativas que sublinham as diferenças entre identidades enquanto as essencializa, cujos efeitos performam a dominação biopolítica através do estigma na “intersecção entre cultura, poder e diferença” (Parker; Aggleton, 2001), melhor dizendo, endossam estruturas de poder e reatualizam os veios da desigualdade social.

Do ponto de vista do paciente, não é menos interessante os argumentos dos quais dispunha para se confortar diante da angústia: ter a preferência por ficar em casa (ser um “viado Amélia”), ocupar um cargo de gerência no trabalho e manter um corpo forte e bem cuidado. Já estamos em condições de afirmar que a forte associação entre a AIDS e o sexo construída ao longo da história da doença em nossa cultura faz com que o derradeiro momento de um primodiagnóstico seja experimentado como um ataque à própria vida sexual. Tendo sua orientação sexual interrogada pelo diagnóstico e pelos discursos que se encarnam e são performados no próprio ato diagnóstico, vemos o paciente negociar o seu reconhecimento como uma vida também digna, uma vida vivível, seu ‘capital narcísico’ como propomos nomeá-lo do ponto de vista metapsicológico, a partir de um diálogo interno com os ideais de masculinidade na cultura. Porquanto a masculinidade hegemônica é este conjunto de prescrições ideais de gênero, “não um tipo caracterológico fixo, sempre o mesmo em qualquer lugar. É, antes, a masculinidade que ocupa a posição hegemônica em um determinado padrão de relações de gênero, uma posição sempre contestável⁵⁹” (Connell, 2005, p. 104).

⁵⁸ Para a infelicidade desta pesquisa, estas não são palavras fictícias e pude escutá-las certa vez vinda de um médico generalista que solicitou uma interconsulta para a psicologia porque o paciente, jovem bissexual de 19 anos, estava muito ansioso ao ouvir sobre a possibilidade de ter se contaminado com o vírus do HIV. Para o médico, a reação de angústia do paciente se justificava porque, segundo o profissional, “ele [o paciente] sabe que fez coisa errada”.

⁵⁹ “Hegemonic masculinity is not a fixed Character type, always and everywhere the same. It is, Rather, the masculinity that occupies the hegemonic position in a given pattern of gender relations, a position always contestable”.

Poderíamos elencar várias outras narrativas que se assemelham em forma e conteúdo àquelas do paciente acima mencionado. Em uma delas, o paciente havia comentado que em resposta à nomeação de sua homossexualidade, sua mãe lhe alertou que o ‘cantor da TV’ (Cazuza) tinha pegado AIDS ‘porque era gay’. Outro paciente⁶⁰ me confessou que no âmbito da apresentação de seu primeiro namorado à família, recebeu dos irmãos uma violenta represália: “Me disseram que não iam aceitar gay em casa porque uma pessoa gay traz doença pra família. Que o sexo anal transmite AIDS e que o futuro de uma pessoa gay é morrer de AIDS”. Outra cena, ainda, essa do atendimento com a avó de um paciente jovem⁶¹ primodiagnosticado na internação, sua familiar prosseguiu com o raciocínio direto: “Você tá sabendo da doença, não está? Tem acesso ao computador, prontuário, não tem? Pois é, os médicos dizem que ele está com HIV. É... eu acho que ele se deu mal com isso de assumir que é homossexual”.

Conforme assinalamos em outros momentos da pesquisa, um número considerável destas cenas apresenta formulações sobre o gênero a partir de um diálogo entre gerações. No ponto em que estas masculinidades são questionadas visualizamos o confronto entre experiências sexuais menos restritivas – e que impõem um debate público sobre outras orientações que não a heterossexual – e modos prescritivos de cuidado sexual, no que diz respeito ao cuidado com o corpo e com o espírito, funcionando como uma herança ideal no universo simbólico do nicho familiar. Uma prescrição baseada em um determinado paradigma de gênero culturalmente instituído, um regime a partir do qual as masculinidades se organizam naquilo que compreende seu reconhecimento e exercício identitário. A transmissão destes conteúdos guarda o desenho normativo de uma época, com fantasias de morte e vida que orbitam a questão da AIDS e a imagem do corpo “aidético”. Nesta dinâmica os vínculos de dependência são embaralhados pela política sexual da AIDS e a própria condição de reconhecimento afetivo passa a se instituir a partir de critérios ideias de conduta. Aliás, narrativas como estas sugerem que a identidade e sua manutenção é um campo de disputas e tensionamentos permanentes sob o viés de forte violência.

A economia narcísica é sabidamente decisiva para a performance sexual masculina, fato que nos ajuda a compreender o grau de importância subjetiva, para os homens, de um convívio relativamente pacífico com seus próprios ideais de masculinidade. Somos capazes de encontrar uma discussão a este respeito nas publicações ulteriores de Freud onde o autor

⁶⁰ Figura 8.

⁶¹ Figura 9.

trabalha com uma ideia amadurecida de seu famoso Complexo de Édipo. Freud conclui que o interesse do menino pelo próprio pênis, e sua preocupação em conservar a potência de seu narcisismo, é suficiente para que abandone seus objetos de amor (Freud, 2006/1933). Ceder de seu vigor fálico não é uma alternativa tranquila para eles que convivem com fantasias de feminização e apassivamento enraizadas no núcleo de sua própria identidade, conforme nos lembra Bleichmar (2009). Outrossim, a manutenção deste poder e superioridade imaginários implicará na submissão repressiva de seus erotismos à norma, estando a performance de suas ‘escolhas objetais’ sob vigilância atenta da censura. Faz-nos parecer, mesmo, uma experiência identitária ‘encurralada’, significante utilizado por um paciente⁶² e que é deveras conveniente para descrever o universo masculino.

Mais do que um conjunto de representações e interdições “fundamentais para a estruturação da personalidade e na orientação do desejo humano” (Laplanche; Pontalis, 2016, p. 77), encontramos no Complexo de Édipo uma “imaginarização explicativa” (Ayouch, 2020, p. 6), um romance normativo por meio do qual a pura excitação encontra circuitos representacionais privilegiados para sua tradução dentro de uma determinada cultura familista e heterossexual. Sob a ótica edipiana, o que procuramos definir é um retrato de como funciona, a partir de um panorama psicoafetivo e identificatório, a organização da masculinidade no interior deste paradigma de gênero. Ou seja, o Complexo de Édipo funcionaria mais como um “artifício de produzir heterossexualidade” (Reitter, 2021, p. 71) definindo formatos legítimos de reconhecimento de gênero e orientação sexual dentro de um regime de inteligibilidade que institui linearmente a equação desejo-sexo-gênero-prática sexual (Butler, 2003).

Somos então obrigados a considerar que essa potência fálica, esse poder de dominação narcísica do qual nos dá prova a performance da masculinidade não diz respeito, necessariamente, a formulações unicamente imaginárias. Não se considerarmos que a dinâmica da idealidade espelha formas de dominação social em uma cultura masculinista. A lógica destes ideais de gênero pavimentam um caminho identificatório para o Eu no interior de suas relações – a partir das quais aquiesce a excitação à deriva articulando-a identitariamente em afeto – na encruzilhada entre subjetividade e subjetivação. O distanciamento e a proximidade em relação aos seus ideais garantirá ao Eu uma métrica, baseada em marcos politicamente instituídos na cultura, para que a atividade repressiva seja de fato executada. Mas como a demanda por prazer é a prescrição econômica vigente para a

⁶² Figura 6.

vida psíquica em geral, o conjunto de excitações endereçadas aos objetos interditados pela norma compensará estas concessões narcísicas a partir de seu deslocamento para identificações com as quais o Eu estiliza seu próprio corpo.

A regulação identitária do gênero, para o que nos é mais importante, da masculinidade, corresponde a uma partilha dos espaços sociosubjetivos que são ou não considerados habitáveis, vivíveis, enquanto nomeadamente humanos (Butler, 2003). Essa casuística clínica sugere uma localização tradutiva específica para as práticas sexuais dissidentes (não-heterossexuais) que corresponde ao espectro da anormalidade, da tristeza e da doença. A um passo de distância no sentido da invasão e da destruição subjetiva. Em contrapartida, a partilha dos ideais reprodutivos e familistas endossam a prática heterossexual enquanto expressão performativa mais conveniente para o sexual.

Sabemos o quanto este moralismo sexual nos parece ultrapassado, afinal o que se fala⁶³ hoje sobre a sexualidade tem a ver com práticas que se pretendem cada vez mais livres. Entretanto, nos recônditos mais obscuros de uma crise subjetiva ainda parecemos procurar nestas imagens sacras, ideais, os pudores mais higiênicos e os costumes mais seguros capazes de nos resguardar da condição imoral de nosso próprio sexo. A dinâmica resulta em duas situações problemáticas: na primeira delas, assistimos um retorno a estigmatização histórica das sexualidades dissidentes como os reais vetores da doença e a retraumatização por violências sociais de pessoas LGBTQIA+ no ato de recebimento de um primodiagnóstico; na segunda, e muito preocupante, encontramos ainda pouca inserção dos discursos preventivos para o HIV/AIDS no meio heterossexual, fato que reforça um imaginário de imunização para o risco. Algumas pesquisas recentes têm encontrado resultados interessantes neste sentido (Knauth *et al.*, 2020).

A experiência do HIV/AIDS acaba nos conduzindo a um debate a respeito de temas como pertença e reconhecimento público, e não podemos nos furtar disso enquanto acompanhamos a escuta desses homens na clínica. A disposição tópica e funcional dos ideais em relação ao Eu deixa clara sua função propriamente tradutiva, com serventia para os processos de vinculação identitária das excitações psíquicas. Como sustenta Cardoso (2002),

⁶³ Esta observação nos convida a uma reflexão mais detida a respeito da heterogeneidade dos acessos aos discursos sobre a liberdade e liberação sexual. Há uma nítida intersecção de classe aqui. Alguns autores (Miskolci, 2017; Trevisan, 2018) nos ajudam a compreender como os estudos sobre a sexualidade no Brasil estiveram concentrados durante décadas em uma classe média universitária que usufruiu mais cedo de suas liberdades sexuais e reprodutivas.

Este conteúdo nos convida a uma reflexão mais detida a respeito do acesso aos discursos sobre a liberdade e liberação sexual. Há um nítido viés de classe aqui.

estes conteúdos ideais cumprem funções primordialmente simbolizantes. Mas se seguirmos nosso desafio de alinhar a escuta metapsicológica das pessoas que vivem com HIV/AIDS à análise dos desdobramentos políticos e sociais de seu adoecimento, também somos capazes de concluir que estes agrupamentos ideais apontam para os limites da oferta cultural de representações com as quais a masculinidade pode se organizar. Para sermos mais precisos, com o auxílio de Connell (2005), visualizamos alguns limites deste paradigma de gênero a partir do qual nossas práticas sociais são estruturadas e seu envolvimento na manutenção de lugares de privilégio e subalternização. Afinal, em quase todas as situações sobre as quais estes homens dão testemunho, a violação psicossocial se desenrola simultaneamente à violação propriamente traumática do ponto de vista psíquico.

Até este momento apreciamos a dimensão tradutiva dos ideais que os concede um papel de importância para o funcionamento econômico da identidade do Eu. Entretanto, os excedentes agressivos, sobras da des fusão pulsional, cujos efeitos catastróficos podem ser localizados com facilidade nas dinâmicas sociais de estigmatização, nos conduzem a considerar um outro aspecto relevante para a vida identitária que cobra seu lugar de importância para aqueles que convivem com o HIV/AIDS. Sobretudo por considerarmos que a especificidade da constituição sexual masculina está na conjugação do narcisismo e da agressividade (Fernandes, 2008). Nos referimos à dimensão de ataque pulsional, propriamente desligante, a cargo da instância superegoica (Cardoso, 2002).

5.2 Projetos de vida entre o pertencimento e a desumanização

A luta de movimentos sociais como o famoso ACT UP, nos Estados Unidos, e a criação da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS) em solo nacional, transfere para a arena pública discussões sobre a coletivização de experiências que se aprofundam em nossa vida subjetiva. Certamente, o valor político da militância das PVHA reside justamente nesta capacidade de impedir a individualização do sofrimento e sua essencialização patologizante como mais um dos efeitos nefastos de uma infectologia 'identitária' para a epidemia de HIV/AIDS (Ferreira; Miskolci, 2022). Autores como Butler (2017), Dean (2000) e Whatney (1996) chamam nossa atenção para a necessidade de elaborar um luto público para o HIV/AIDS, no sentido lato do termo, apostando na criação de circuitos de reconhecimento políticos e socioafetivos que respondam ao silenciamento histórico e aos processos de subalternização que marcaram forte presença nos piores anos da epidemia. Para nós, que nos preocupamos com a aproximação clínica a essa população, o destaque, como mencionamos, está na importância de considerarmos tanto a precariedade da vida humana quanto nossas

experiências de reconhecimento e pertença afetiva como elementos de grande valor para este trabalho de luto.

Tais questões estão profundamente interligadas sob a problemática da identidade egóica: precariedade e pertencimento são os principais ingredientes para a ‘receita’ daquilo que Freud considerou como “o ponto mais sensível do sistema narcísico, a imortalidade do Ego” (Freud, 2006/1914, p. 98). Aliás, o texto de introdução ao conceito de narcisismo é bastante interessante a este respeito. Sua investigação nos conduz a considerar uma gênese intersubjetiva para o Eu, em um espaço de entrecruzamento narcísico e identificatório a partir do reconhecimento do outro. Assim essa precariedade inaugural é remodelada em onipotência, no sentido de um reconhecimento que produz efeitos de humanização. Como nos lembra Pinheiro (1995), a construção deste edifício narcísico garante à unidade corporal a projeção de seus limites, de uma superfície, de uma imagem. A autora conclui que “unidade corporal, representação desta unidade corporal, alteridade e possibilidade de se representar no futuro são os pilares onde esse ego é capaz de se fundar” (Pinheiro, 1995).

Em essência, o que resulta desta dinâmica é uma determinada modalidade de pertencimento assombrada por um certo risco dessubjetivante implícito em nossos vínculos de dependência. “Doença, morte, renúncia à fruição, restrição da própria vontade não deve vigorar para a criança”, diz-nos Freud (2006/1914), “que novamente será centro e âmago da Criação” (p. 98). De modo que o Eu será sempre refém de sua majestade. Ou seja, em certa medida, constituir e manter esses núcleos onipotentes de sua experiência é fundamental para que o Eu consiga fixar as mínimas garantias econômicas de sua sobrevivência identitária. O que procuramos sustentar de antemão é que a problemática do narcisismo já nos convoca para um posicionamento ético e político na clínica, chamando nossa atenção para os determinantes psicossociais que precarizam a instalação destes núcleos de pertencimento afetivo (e que marcam forte presença nos casos acompanhados de HIV e/ou AIDS): infâncias e adolescências atravessadas pela exposição a múltiplas violências e violações de direito, a realidade da insegurança de renda e alimentar, o acesso desigual aos dispositivos de saúde, a partilha nada democrática da informação.

Ferenczi (2020/1929) foi um autor que trabalhou com a temática e encontrou nos casos de sofrimento psíquico severo exemplos de quando a saúde mental primária não é suficientemente garantida. Na verdade, o autor húngaro condiciona essa vitalidade narcísica a um processo intersubjetivo que acontece ao longo de toda a vida, como uma “imunização progressiva contra os atentados físicos e psíquicos” (Ferenczi, 2020/1929, p. 59). Aqui poderíamos pensar com facilidade nos efeitos do estigma e da discriminação, integrando-o

novamente ao nosso estudo sobre o pertencimento afetivo a temática das instâncias ideais. Se a constituição destes regimes primários de prazer é decisiva para a saúde psíquica, sua acomodação é tão importante quanto para a vida em sociedade (Fernandes, 2008).

Neste espaço de amadurecimento egóico, a cultura disponibilizará uma oferta identificatória e representacional para que o corpo e sua experiência erótica sejam estilizados. Dinâmica reforçada pela legalidade de seus ideais que garantirão ao Eu, em última instância, a manutenção desta segurança narcísica tão cara ao funcionamento de sua identidade. Diz-nos Rocha (2012) que “o tornar a ser implica uma construção, um projeto colocado adiante do sujeito cuja base é, sem sombra de dúvidas, o desejo de reexperimentar a onipotência narcísica vivida nos primórdios da vida” (p. 75). No âmbito de um primodiagnóstico as cicatrizes identitárias do Eu se tornam mais visíveis. Raras foram as vezes nas quais suas certezas correram tanto perigo.

O temor de ‘virar o Cazuza’ e viver sentenciado com um corpo moribundo, imagem da morte adquirida, apareceu no relato de um jovem paciente⁶⁴ primodiagnosticado durante a internação. Sentia como se o diagnóstico pudesse corromper, de alguma forma, seus laços familiares e o carinho por parte de suas figuras afetivas. Sabidamente homossexual, um dia me contou sobre a ocasião em que decidiu abrir o jogo de sua sexualidade para os familiares: “Eu apresentei meu boy para minha mãe e minha avó também. Tipo, minha mãe não gostou muito. No início a gente brigava e ela falava comigo: ‘Você sabe aonde essa escolha vai te levar’. Eu sempre vejo que as pessoas falam da doença [HIV] só em relação aos gays. Uma vez eu e minha mãe tava assistindo TV e passou sobre um cara, Cazuza que morreu de Aids. Aí minha mãe disse que ele tinha pegado AIDS porque ele era gay”.

Interessante observar como sua associação a respeito do primodiagnóstico para o HIV o conduziu a rememorar eventos que marcaram sua vida afetivo-sexual. A dinâmica está alinhada aos significados culturais de um primodiagnóstico como esse, particularmente em seus efeitos de tornar público aquilo que antes se experimentava em segredo. De outro modo, vemos que a vida relacional dessa família cultiva significações negativas para a homossexualidade, admitindo uma rede de castigos e proibições através das quais um paradigma de gênero heterossexual é reinscrito em seu universo simbólico. Não há dúvidas sobre a relevância tradutiva do discurso cristão neopentecostal para que estas significações a respeito do gênero e da sexualidade sobrevivam, como sugere (Fátima, 2018) a partir da

⁶⁴ Figura 9.

distribuição de ideais de conduta que reforçam a procura identitária pela normalização dos erotismos.

A força disruptiva de um primodiagnóstico para o HIV está no fato de que sua submissão interpela o Eu em suas cicatrizes traumáticas forçando-o a reconsiderar, desde sua intimidade, a conveniência de seus circuitos eróticos e a fixação de suas convicções no que compreende a dimensão integrada, narcísica, de seus investimentos. Está coibida a tranquilidade de seu senso de pertença afetiva a partir desta ameaça: não ser mais reconhecido como semelhante pelos seus, perder a garantia de seus lugares afetivos e sociais, ser tolhido em sua própria identidade. Além disso, por ser um conteúdo que transita na cultura, o primodiagnóstico é também espaço para a retraumatização, para a sobreposição de violências psicossociais capazes de redefinir performances identitárias. Seus efeitos para a vida emocional dos homens nos preocupam, e esse foi o grande incentivo para a execução desta pesquisa.

Presenciamos o desespero dos homens, sua ira e terror diante deste diagnóstico. Muitos relatam seus pedidos de perdão às famílias. Pelo que? Não sabem ao certo explicar. Dizem sentirem-se envergonhados, inibidos pelos sintomas orgânicos que despontam no corpo e que ferem na autoestima (abscessos anais, lesões nas mucosas, linfonodomegalias). Desiludidos com o inesperado diagnóstico, alguns sucumbem ao abatimento e à depressão. “Numa dessas eu vacilei. Foi assim que eu destruí a minha vida”, ao contar a respeito de seu primodiagnóstico, este paciente⁶⁵ referia-se às relações sexuais ‘fáceis’ com mulheres usuárias de múltiplas substâncias que encontrava em local próximo de onde residia. “Se eu tivesse uma janela aberta na hora que eu fiquei sabendo eu pulava. Não adianta eu falar pra você que vai dar tudo certo daqui em diante porque não vai, eu vou acabar caindo”. Tinha um convívio conflituoso com a família, para quem não pretendia contar sobre o diagnóstico. “Eu tenho um parente que é HIV, vejo a família toda tendo nojo dele achando que vão pegar só de estar perto. Eles discriminam, eu não”, conta. A negativa desta afirmação, que nos sugere sua adesão às fileiras do preconceito familiar antes do primodiagnóstico, pode determinar uma transição ‘para o lado de lá’ dos ideais compartilhados pelo seu núcleo familiar. Formulações que garantem a coesão narcísica (Rocha, 2012) do grupo, o reconhecimento mútuo entre seus integrantes, e que definem, invariavelmente, um exterior que lhe é constitutivo, um outro.

As menções ao autoextermínio, a expressão abatida e o humor deprimido bastaram para que o ambiente psíquico deste paciente acionasse todos os alertas de perigo na

⁶⁵ Figura 10.

transferência. Uma angústia fortemente agressiva perturbava sua alma. Era forte o bastante para transferir ao vírus do HIV uma capacidade de desfiguração, como aconteceu com seu primo que ‘era’ - atributo de identidade ou condição - HIV. A gravidade está justamente na distorção do auto e heterorreconhecimento, afinal de contas de repente se deixa de ser algo e o HIV torna-se, em essência, naquilo em que você se transformou. A militância das PVHA advogou durante muitos anos em favor do desuso de denominações como soropositivo e soronegativo por motivos similares (Ferreira; Miskolci, 2022).

As repercussões são duplamente graves, concomitantes e articuladas, tanto ao nível individual quanto ao nível social. O distanciamento identificatório dos ideais de grupo produz efeitos de desumanização, desde que os laços narcísicos de reconhecimento são depredados pela narrativa do estigma. Capturado pela armadilha narcísica que anima suas aspirações, o Eu sucumbe à violenta ditadura de sua “sentinela inimiga” (Mezan, 1982): o supereu.

As respostas de culpa e vergonha são efeito de elaborações identitárias sobre a angústia, a partir de uma perspectiva egóica normalizada por um projeto de vida. Parte de seu sofrimento reside na sensação de ruptura deste projeto, quando as distâncias em relação aos ideais parecem insuperáveis. Isso implica considerar a factualidade dos exercícios eróticos do corpo, conforme já mencionamos, e de como este corpo generificado é estilizado na prática. São performances que tem sempre em vista um horizonte de inteligibilidade que inscreve direcionamentos eróticos e identificatórios possíveis porque reconhecidos dentro do espectro do humano (Butler, 2003). Cumpriria pensar que aquilo que é considerado como um ‘resto’, que não se organiza sob a primazia da heterossexualidade compulsória, sucumbe às operações repressivas que auxiliam a modelar os contornos de nossa identidade. No entanto, o contexto de violências e retraumatizações que muitas vezes caracteriza o primodiagnóstico mostra uma modulação de culpa muito desproporcional tendente a morte e a desagregação subjetiva. São elementos que apontam para um outro reduto de sua experiência e que afligem o Eu com efeitos de desligamento.

Tem de haver um trecho reservado a essa dimensão tão importante para a experiência de nossos pacientes. Impossível negar a virulência de seus ataques, grandes responsáveis pelos pensamentos de menos-valia e autoextermínio (Rocha, 2012). Concordamos com Cardoso (2002) em que essa qualidade extrema e atacante do supereu nos força a assumir uma outra aproximação metapsicológica a esta instância que a difere, antes de tudo, das instâncias ideais. Mesmo que os ideais restrinjam a experiência erótica do Eu a um projeto identificatório, sua importância reside justamente nesta operação de continência, de oferta simbolizante para que mantenhamos um senso de identidade compatível com a vida. Uma

dinâmica tão cara aos pacientes em desespero após a descoberta de suas sorologias. Em contrapartida, ao avançarmos sobre terreno superegoico caminhamos “no sentido inverso” a essa integração (Cardoso, 2002, p. 84), em espaço onde o desmantelamento subjetivo aprofunda suas raízes.

Estes subprodutos arcaicos retornam com violenta nitidez e implicam em mais um grande desafio para a integração, no sentido de um rearranjo identitário que suporte o primodiagnóstico para o HIV. Vejamos no exemplo a seguir sua dinâmica.

Este jovem, que foi anteriormente mencionado nesta pesquisa⁶⁶, contava com 19 anos a época de seu primodiagnóstico. Havia se assumido bissexual há algum tempo da internação, sendo rendido por um sério conflito com os pais, que não admitiam sua sexualidade. No imaginário de sua família cristã a bissexualidade era “uma escolha nojenta” com a qual “não tem como ser feliz” e que “leva a destruição”. O primodiagnóstico para o HIV não era nem de longe o início de sua angústia, mas sem dúvidas consagrava uma trajetória de sofrimento mental grave. Na adolescência criou o hábito de se automutilar. Não coincidentemente, naquela mesma época os pais o haviam flagrado assistindo conteúdos homoeróticos, episódio que resultou em uma grande briga com agressões verbais e físicas. Sua adolescência era descrita como um momento de muita solidão. Não demonstrava desejo em fazer nada, ia mal na escola e passava dias isolado. Aos poucos deixou de participar dos eventos em família e das reuniões na igreja. Na época, realizou uma tentativa de autoextermínio descrita de forma empobrecida: “Eu só sentia que queria morrer”.

Confesso que não foram poucas as ocasiões nas quais o nível de violência de seus pais não pouparam nem a mim, que precisei fazer um grande esforço para não sentir na pele seu tom desrespeitoso durante o acompanhamento conjunto. Sua mãe procurava uma resposta para a bissexualidade do jovem e fazia parecer que essa condição sexual lhe era mais preocupante que o adoecimento de seu filho. Ela me fuzilava de perguntas a este respeito, compartilhando suas convicções de que a homossexualidade só poderia se originar de uma maldição ou de uma violência sexual na infância. Durante o acompanhamento do paciente e de sua família, sentia-me enxarcado pelo seu drama familiar. Só depois de me distanciar daquele material por semanas é que pude compreender que esses pais exercitavam toda a carga sádica de seu desespero pela sorologia do filho na transferência. Entretanto, entendo que essa imersão afetiva ao longo dos atendimentos me permitiu compreender os danos subjetivos da rígida educação moral recebida pelo paciente em casa. Na condição de filho de

⁶⁶ Figura 4.

um coordenador de jovens da igreja, não podia ter amigos de outras crenças e mesmo seu convívio com os demais jovens de sua comunidade religiosa era regrado. “Não podia comer de tudo porque sempre tinha alguém de olho. Não podia brincar, não podia nada”, desabafa. Estava privado de circuitos identificatórios importantes para seu desenvolvimento pessoal. Sua conflituosa experiência identificatória não terminava, senão, no afastamento dos outros onde procurava a quietude do silêncio esquizoide (Figueiredo, 2018).

Boa parte dos atendimentos ao paciente eram reservados para sua falta de perspectivas na vida. “É como se eu tivesse perdido, sem rumo. Como se... não sei falar a palavra. É como se eu tivesse sem forma”, conclui. Mesmo quando se empenhava em procurar alguma referência identificatória para suas vivências, esbarrava na rigidez moral da oferta tradutiva de seus pais. Sua única referência próxima de pessoa que vive com HIV era o filho de uma vizinha, homossexual, de quem todos em sua família sentiam nojo. Desde criança, sua mãe lhe contava uma história a respeito da vizinha. Quando o paciente era apenas um bebê de colo, sua família acompanhou a descoberta sexual deste vizinho que aparentemente foi bem acolhido pela genitora. Incomodada no íntimo de suas convicções morais, sua mãe acabou comprando a briga com a vizinha para que ela “abrisse o olho e tomasse cuidado” com isso. “Aí ela virou pra minha mãe e disse: ‘você está carregando um bebê no colo, cuidado viu porque você tá falando do meu filho e o seu pode crescer e virar gay também’. Minha mãe acha que eu virei gay porque a vizinha lançou uma maldição nela naquele dia, Matheus”, contava. Parecia existir uma conotação de certeza em sua narrativa, que na tradição secundária daquela família fora traduzida como ‘maldição’, que deixava o pressentimento de tratar-se de um conteúdo enrijecido e muito trabalhoso⁶⁷ com o qual o tempo limitado de sua internação hospitalar não me permitiria avançar.

De outro modo, reconheci a força desligante destes materiais que compunham o universo simbólico daquela família e seus efeitos mortíferos para a constituição identificatória do jovem paciente que vivia o desafio de tentar integrar à sua identidade essa nova circunstância: a de ser uma pessoa que convive com o HIV. Com seu pai não encontrei ambiente psíquico menos hostil. “Não vem mentir pra mim dizendo que é igual diabetes

⁶⁷ Trata-se de um raciocínio muito primitivo de sua mãe. A dinâmica e seus efeitos para o conjunto identificatório deste paciente nos conduzem à problemática do supereu primitivo e de sua constituição injuntiva. Como nos lembra Cardoso (2002), tratam-se de determinações que não se confundem com a dimensão da lei e da qualidade normativa dos interditos. Ao invés disso, reintroduzem a sensação de passividade para o Eu que surge submetido ao domínio da mensagem. O ataque que se avizinha é parte deste “excesso de alteridade”, enclaves intraduzíveis que ameaçam as próprias fronteiras egóicas desde que implicam em um “fracasso do narcisismo” (Cardoso, 2002, p. 101).

porque não é. Ele nunca mais vai ser uma pessoa normal, uma pessoa saudável”, essa foi sua recepção ao atendimento psicológico. Manteve-se muito defensivo, convicto de que a bissexualidade do filho era uma “doença da alma”. O tom agressivo de suas associações, no entanto, não era capaz de dissimular seu temor pelo HIV e as preocupações de um pai que não conseguia lidar com as nuances do sofrimento mental de seu filho. Até que pontuações neste sentido lograram êxito e furaram a pedra dura de suas resistências. “Você sabia que existem palestras sobre a saúde mental de lideranças religiosas porque elas dão apoio aos jovens mas não tem com quem conversar, já ouviu isso?”, era a primeira vez que endereçava à escuta clínica um conteúdo que não parecesse um ataque. “Eu mesmo estou com dificuldades para estar no hospital porque isso me lembra a morte do meu pai. Morreu nos meus braços enquanto eu trazia ele pro hospital. A gente morreu entrando no hospital”.

“A gente morreu”, pensei. E lhe aponte a excentricidade da expressão que parecia sugerir que ele havia morrido junto com o pai. Como se visitasse as galerias de uma grande exposição das referências masculinas daquela família, desde aquele momento testemunhei a dor da perda deste genitor que viveu uma história de graves vulnerabilidades no ambiente urbano durante a juventude e foi acolhido pelo falecido pai, pelos irmãos mais velhos e por tios. Um acolhimento que em sua palavras “salvou sua vida”, retirando-o de situações de desproteção social grave. Fragilizado, recebia com menos hostilidade as intervenções e parecia repensar os próprios posicionamentos diante da experiência atual de seu filho. Soube através de uma outra integrante da equipe que este pai havia conduzido uma conversa séria com o filho após a realização de seu atendimento. Apesar da aparência severa de sua comunicação, segundo as impressões da trabalhadora, o convívio de ambos parecia mais amistoso depois do acontecido. De fato, nunca tive acesso ao conteúdo daquele diálogo. Mas é preciso assinalar minha surpresa com os encaminhamentos do atendimento deste pai, que no fundo parecia sofrer tanto quanto o filho. Apesar do conflito geracional entre convicções morais e vivências sexuais, era a possibilidade de que fosse construída uma identificação entre ambos o que me surpreendia. Em nosso último encontro, salvo de riscos clínicos mais graves, o paciente também fez um movimento inédito até ali: o de compartilhar alguma perspectiva para seu futuro. Durante sua passagem pelo hospital, decidiu ingressar em um curso de graduação na área da saúde. Estava animado para começar seus estudos.

O estiramento de suas fronteiras narcísicas pelo primodiagnóstico expôs as entranhas da precariedade de seu Eu, que já eram assinaladas pelo histórico de sofrimento mental do paciente. Sentir-se ‘sem forma’ é uma interessante descrição para esse fim. Convivendo com sentidos muito violentos sobre a sexualidade e o gênero desde a tenra infância e com todas as

contradições internas que isso possa ter produzido na constituição de seu sentimento de si, os processos identificatórios a partir dos quais tentava localizar aspectos de sua experiência pareciam empobrecidos em extensão pelo uso de defesas empenhadas em fazer frente à potencialidade traumática daqueles conteúdos. O fio da violência simbólica articulou o HIV à prática sexual dissidente, produzindo retraumatizações no sentido do dano ao conjunto identificatório e representacional deste paciente. Sentiria a si permanentemente distante das ideias de sua família, o que esvaziava suas reservas narcísicas e não só colocava em dúvidas sua segurança interna, mas também abria espaço para que uma rígida construção superegoica empobrecesse suas múltiplas possibilidades de reorganização e elaboração subjetiva.

Nosso grande risco é o de minorar a profundidade das dinâmicas entre Eu e Supereu, desde que seus efeitos práticos se expressam na individualização da experiência pela culpa e na transformação do sofrimento em circunstância para a solidão. Só então conseguimos entender o valor narcísico da construção de uma identificação com seu pai, o que também envolveu lidar com as fantasias, receios e culpas parentais em relação ao seu filho, à condição clínica e social do HIV, à masculinidade e aos assuntos sobre vida e morte. Uma reaproximação do conjunto de ideais compartilhados pelo núcleo familiar em contato com a oferta de ideais de nossa cultura. A ampliação desta oferta de outros projetos de vida nos aponta para a plasticidade identificatória do Supereu, o que neste caso pareceu decisiva para que o paciente experimentasse o ressarcimento narcísico e o fortalecimento de seu Eu necessários à introjeção de novos conteúdos e perspectivas como o plano de se tornar um profissional da saúde. O que mais importa, a não fixidez de seu projeto identificatório no diagnóstico como a expressão de uma sentença terminal. Querer a vida ainda assim.

Os movimentos psíquicos observados nestas cenas clínicas chamam nossa atenção para um aspecto da vida anímica e dos sentimentos de culpa e punição firmados em solo superegoico tão ou mais importantes que sua dureza e hermetismo característicos: somos levados a considerar as “condições de simbolização” que, em última instância “estão ancoradas na exterioridade do outro” (Cardoso, 2002, p. 109). Este aspecto nos conduz para a dimensão intersubjetiva e psicossocial que atravessa toda a história dos referenciais masculinos de uma família e aponta para a construção eminentemente coletiva destes conteúdos.

A problemática recai nos modos como o Eu generificado é interpelado pelo outro e assim mutuamente. A masculinidade é, por si só, um complexo regime de desigualdades que engendra formas de viver a vida e interpretar a realidade instituindo espaços de poder e subalternização (Connell, 2005). Esses elementos participam da performance social da

identidade do Eu, como mencionado, que pretende conservar seu senso de unidade a partir do pertencimento ao outro, a uma relação, a um grupo. Sua estabilização acontece através de uma elaboração perpétua (luto) de ideais fornecidos pelas instituições culturais que fundamentam o laço social (Freud, 2006/1921). No entanto, as dinâmicas identitárias que participam da fundamentação deste laço provam funcionar como processos de reconhecimento e pertença afetiva baseados em normativas masculinistas e heterossexuais que sancionam aquelas que serão experiências possíveis ou impossíveis. Conforme aponta Butler (2003), são normas que definem “o que é dizível do que é indizível (delimitando e construindo o campo do indizível), o que é legítimo do que é ilegítimo” (p. 120).

Nesse sentido, o que observamos na crueza do sofrimento psíquico dos homens primodiagnosticados, ou mesmo de seus familiares mais próximos, é a inexistência de significações coletivas – ou sua existência ainda frágil e discrepante – para que estas vivências sejam acomodadas a partir do assentamento de um capital narcísico digno, ou suficiente o bastante para que o Eu não se sinta permanentemente em dívida com o outro. Como se lhe fosse exigido pagar com a carne esse débito narcísico.

Conforme importantes publicações a respeito do tema assinalam, a recente historiografia do HIV é bastante elucidativa sobre a capacidade de o vírus se aprofundar nas mazelas da desigualdade social tornando-a seu ‘habitat natural’ (Parker; Aggleton, 2001). Fato que nos ajuda a compreender os porquês de ainda convivemos com representações estereotipadas para a doença, baseadas em figuras públicas não-heterossexuais como aquelas que costumam a ser mencionadas pelos pacientes com frequência nos atendimentos. Estes são elementos que resultam em dificuldades para o trabalho psicoterápico de acolhimento aos homens primodiagnosticados em virtude da poluição psíquica que produzem a partir da angústia de morte e da angústia moral. Dinâmica que se complica ao considerarmos as relações de intimidade do Supereu com as funções do próprio Eu e sua capacidade de deturpar a organização dos dados perceptivos, o pensamento lógico e o discernimento (Homrich, 2008). Sob um viés de análise que privilegie as graves movimentações atacantes do supereu, talvez possamos, em pesquisas futuras, encontrar suas implicações nas situações de negação grave e recusa do diagnóstico que precarizam o autocuidado e a adesão programática e assistencial destes homens.

No âmbito do acolhimento destes homens no derradeiro momento de crise após um primodiagnóstico, ou mesmo nos momentos em que a fragilização subjetiva se avizinha diante de prognósticos desfavoráveis com as complicações pela AIDS, nossa clínica é tensionada aos limites da experiência individual e coletiva. Enquanto nos empenhamos em

fornecer-lhes uma presença continente e investida na tradução da excitação à deriva e na formulação de um sinal de angústia, confrontamos a ausência de significações coletivas que comportem o diverso espectro das práticas corporais sexuais e da experiência de pessoas que vivem com HIV. De acordo com Dean (2000):

A simbolização da AIDS se articula sobre uma falha política, ou uma série de falhas políticas com particularidades específicas. Aqueles que estão no poder não mediram esforços para impedir o estabelecimento de quaisquer significantes identificatórios pelos quais o sofrimento e a morte de centenas de homens gays, não brancos, e outros grupos historicamente marginalizados pudessem alcançar significações positivas (p. 107).⁶⁸

Nosso trabalho psicoterápico se une ao esforço coletivo⁶⁹ pela desconstrução de circuitos identificatórios enrijecidos e pela elaboração coparticipativa, em transferência, de novos circuitos representacionais e identificatórios possíveis que comportem significações positivas para o convívio com o HIV. Dinâmica que nos posiciona eticamente em relação à escuta da vulnerabilidade psicossocial e das desigualdades de renda, racial, de classe e de gênero. Todos estes conteúdos estão fortemente presentes no alcance simbólico das construções elaborativas realizadas pelos pacientes e familiares em relação aos seus diagnósticos. Mas além disso, a pauta diagnóstica acaba se tornando um lugar onde testemunhamos seus arranjos de sentido em relação aos exercícios eróticos do corpo ao longo de suas histórias de vida e suportamos contentivamente seus eventuais desmoronamentos.

Quais as nuances de suas experiências podemos escutar a partir dos sentimentos de culpa, de sua raiva ou de seus receios? Superadas as sensações de ameaça a integridade orgânica e a luta pela sobrevivência do corpo, a casuística clínica foi mostrando que a situação do HIV para estes homens se converte em uma inevitável pergunta a respeito de suas próprias vidas. Mesmo que isso implique no ressurgimento de antigos conflitos que se acumulam aos novos, muitos conseguem extrair do evento algum novo sentido que, para o bem ou para o mal, os ajudará a redefinir seus projetos de vida. Aliás, afirma-se a convicção de que um dos grandes objetivos do encontro psicoterápico com os homens que se descobrem

⁶⁸ “The symbolization of AIDS hinges upon a political failure, or a series of political failures, of particular specificity. Those in power have made Every effort to prevent the stablishment of any identificatory signifier by witch suffering and deaths of hundreds of thousands of gay men, nowhites, and other socially marginalized groups could achieve positive significance (Dean, 2000, p. 107).

⁶⁹ O trabalho pode se tornar uma ferramenta importante para o alcance efetivo da prevenção combinada. Este modelo preventivo é, sem dúvidas, um marco para o trabalho com HIV/AIDS no Brasil e preconiza a conjugação de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais que possam reduzir a vulnerabilidade dos sujeitos à infecção pelo HIV ou à mortalidade pela AIDS. Na sala de atendimento com os nossos pacientes, entendemos que a escuta de seus circuitos de prazer e identificatórios nos fornece um panorama da agência afetiva e institucional dos exercícios sexuais de seus corpos na cultura onde vivem. Elementos que nos ajudam a promover sua autonomia e coparticipação nestas políticas preventivas. Ver Brasil (2017).

convivendo com o HIV é inverter os termos de um processo de segregação histórica que associou a condição à morte. Falar sobre HIV, de outro modo, é falar sobre vida.

6 SABER-ME VIVO, PENSAR-ME MORTO: REFLETINDO A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA CLÍNICA DO HIV/AIDS

O sujeito violentado é o sujeito que sabe ou virá a saber, sente ou virá a sentir, que foi submetido a uma coerção a um desprazer absolutamente desnecessários ao crescimento, desenvolvimento e manutenção de seu bem-estar, enquanto ser psíquico. A violência é, portanto, um fato da cultura e só existe em relação a uma lei. Psicanaliticamente falando, esta lei ou contrato diz respeito ao direito que todo sujeito tem de ocupar um lugar irreversível na cadeia das gerações e uma posição em face da diferença dos sexos, conforme o sistema de regras que ordena seu meio sociocultural. O que equivale a dizer que a todo sujeito é assegurado o direito a uma identidade compatível com o investimento erótico de sua vida e de sua história e com o investimento do próprio sistema de regras. Esta identidade é o que garante a transmissão deste direito às gerações futuras e a obediência a suas leis no tempo presente, condições necessárias à sobrevivência do sujeito e do grupo social (Costa, 1986, p. 96).

Acompanhar o sofrimento dos homens que vivem com HIV na ocasião de seu acolhimento nos deixou sensíveis a escuta deste elemento tão eloquente como o prova ser a violência. Sua entropia está nos momentos de crise subjetiva, quando uma identidade ameaça ruir diante do trauma. Mas sua eficiência traumática parece nunca estar limitada à pura dispersão psíquica, e então fomos conduzidos a constatação de que “a violência é um fato da cultura” (Costa, 1986). Uma dicotomia que, como vimos, resulta pouco útil para nossa prática, porque, afinal de contas, a violência e o trauma são duas grandes provas de nossas mais profundas necessidades sociais. O testemunho de tamanha aflição corporal, sob tormentos inquestionáveis acima de um leito hospitalar, também nos foi de muita serventia para que não desconsiderássemos a concretude dos efeitos desta mesma violência sobre uma vida humana. E mais uma vez preocupados com as trágicas influências da solidão e do isolamento social para a experiência de um corpo – algumas das graves consequências da violência dos estigmas e preconceitos que se impõem sobre nossas vidas sexuais – voltamos a nos questionar por formatos de acolhimento que estejam mais atentos às movimentações insidiosas da violência em nossas vidas cotidianas.

Não restam dúvidas de que a experiência primodiagnóstica para o HIV implica em uma grande exigência de trabalho psíquico para aqueles que tem suas histórias de vida atravessadas pela condição. Para nós que escutamos sua dor, a masculinidade dos homens surge ao mesmo tempo como um importante veículo identitário para o reconhecimento socio subjetivo e um espaço de privilégios e desigualdades com força suficiente para precarizar seu sua saúde mental e autocuidado. O testemunho deste sofrimento na clínica do HIV e/ou da AIDS em muitos momentos nos deixa estarecidos com a reativização de nossos pacientes diante da insidiosa violência que se infiltra em suas próprias constituições

identitárias. Sim, a dinâmica da violência está presente na própria sistematização de uma experiência corporal e psíquica ao pressupormos em nossos vínculos de reconhecimento uma linearidade compulsória entre sexo-gênero-desejo (Butler, 2003). Um embuste para os homens, que procuram responder à perda de suas certezas íntimas através de uma “compulsão identitária” (Lattanzio, 2021, p. 111). Em muitas situações, seu desespero não é menos que uma ameaça de evasão, um chiste homofóbico ou uma sugestão sexual. Muitas vezes é com violência que respondem à sensação de serem/estarem violados.

Adoecidos em um leito de hospital, muitos sentem-se como que traídos pela própria sexualidade. São confrontados pela extensão de seu prazer erógeno e pela diversidade das cenas sexuais nas quais se envolvem e de seus roteiros de gênero⁷⁰, assuntos tratados em segredo ao longo da vida. Criaram o hábito de não os mencionar a ninguém. Incentivados pela angústia em suas internações, contam sobre as estratégias utilizadas para encontrar e manter suas “gambiarras⁷¹” ou sobre as práticas com as quais costumam experimentar seu prazer e defender-se do sofrimento. Sob a escuta de sua virilidade, o primodiagnóstico para o HIV suscita sempre uma conotação abusiva e violadora, facilmente associada a algum evento de violência sexual arremetida a imagem do arrombamento, da invasão, e da penetrabilidade de um corpo que se constitui desde representações de uma anatomia rija e penetrante e, em contrapartida, impenetrável (Sáez; Carrascosa, 2017).

Com bases narcísicas e identificatórias tão estreitas, o Eu generificado sucumbe ao duro golpe em sua potência viril. Como vimos, a virilidade pode representar uma armadilha narcísica para os homens ao muni-los de ideais de performance com alto poder defensivo, mas com pouca extensão tradutiva para o que diz respeito a suas próprias intimidades e a vivência de seus circuitos relacionais. O convívio desarmonioso com essa herança familista a respeito dos gêneros acaba fechando a porta dos lares para um diálogo aberto sobre a

⁷⁰ Inspirada pela pedagogia da libertação de Paulo Freire, a pesquisadora Vera Paiva (1999) acrescenta preciosas contribuições para o campo de estudos sobre o HIV/AIDS ao propor estratégias de intervenção que considerem os fatores socioculturais que regulam o sexo e a sexualidade. Através dos conceitos de cena sexual e roteiros de gênero, a autora nos convida a uma prática que promova a cidadania sexual, dialogando com os usuários dos serviços de saúde enquanto sujeitos sexuais como agentes capazes de entender as nuances de sua própria vulnerabilidade inseridos na cultura sexual onde vivem. Sua produção nos ajuda a formular estratégias dialógicas e coletivas de intervenção que promovam uma prevenção e adesão assistencial mais humanas, “baseadas na vida real, em experiências reais, em linguagem cotidiana, arte e religiosidade popular” (Paiva, 1999, p. 268).

⁷¹ Nomeação dada por muitos dos homens heterossexuais atendidos no âmbito desta casuística clínica às parcerias sexuais fixas com as quais não se relacionam afetivamente, mas mantém encontros recorrentes. O conceito de ‘gambiarras’ é curioso por articular gênero, prática sexual e uma intersecção de classe, sob uma formulação que traduz as realidades afetivo-sexuais destes homens.

sexualidade dos meninos. Além do fato de que suas manifestações públicas tendem a ser estritamente policiadas sob o império de rígidos projetos identificatórios orientados pelo objetivo da dominação viril e manutenção de privilégios. Infortúnio dos homens, não apenas porque estes ideais de performance produzem forte pressão normativa para o conjunto de suas experiências eróticas, mas sobretudo porque manipulam sentimentos de segurança e proteção que os alienam da vulnerabilidade de suas próprias práticas sexuais.

Para eles, o lugar de suas masculinidades é muitas vezes um circuito de múltiplas violências. Não é raro que sua produção associativa nos conduza para vivências altamente vulneráveis, caracterizadas pelo consumo abusivo de álcool e substâncias psicoativas, o envolvimento em cenas de violência urbana e o engajamento em relações sexuais desprotegidas. A violência acaba se tornando um lugar comum nessas trajetórias sexuais, marcando presença desde suas experiências mais precoces. Na medida em que nos empenhamos interventivamente em oferecer um acolhimento inicial para a contenção da angústia e a sua vinculação secundária, mais somos deixados com a convicção de que o gênero, para além de um espaço onde a experiência social se organiza, é também um importante mecanismo para a produção do sofrimento psíquico.

Refletir a respeito da saúde sexual dos homens constitui um desafio de trabalho para quem está na ponta dos processos assistenciais em saúde. Entretanto, diante da casuística que inspirou essa pesquisa há que se fazer a ressalva de que muitos se apropriam dos espaços de escuta psicológica e são capazes de inaugurar o hábito da verbalização de seus afetos e de sua vida íntima. Vencidas as resistências de suas próprias identidades e a falta de informação estrutural que muitas vezes alimenta mitos e preconceitos acerca do trabalho psi na saúde pública, a oferta de atendimentos e acompanhamento psicoterápicos se torna um importante veículo para o trabalho com essa população. Nesse sentido, nos aproximamos ao conceito de saúde sexual em sintonia com a proposta de Paiva (2008), pesquisadora no campo do HIV/AIDS que sustenta um posicionamento crítico diante de conceituações biomédicas de saúde enquanto sinônimo de ‘sucesso técnico contra a vulnerabilidade’. Para nós, em citação à autora, a saúde sexual é uma noção “a ser construída na interação entre o sujeito-técnico e a pessoa ou comunidade em questão” (Paiva, 2008).

A situação transferencial acaba sendo nossa mais importante ferramenta para este trabalho. E nem mesmo seu enquadre está a salvo da violência identitária, como vimos ao longo da pesquisa. Enquanto testemunhamos o funcionamento desta aparelhagem de socialização dos erotismos, acolhemos suas representações sobre o sexo e a sexualidade e os posicionamentos pelos quais conjugam dinâmicas de poder e subalternização no interior das

próprias vivências cotidianas. Nos espaços de escuta nos é possível manter, de fato, um olhar privilegiado sobre os projetos identificatórios a partir dos quais estes homens acessam seus prazeres sempre em referência fronteiriça à norma e a vida fantasmática. Eles nos mostram como definem a percepção de suas próprias vulnerabilidades à infecção ou reinfecção pelo HIV (Paiva, 2002) e a condição profundamente subjetiva do cálculo de risco (Barreto, 2017). Na prática isso significou entrar em contato com representações como a de “macho de verdade”, profundamente enraizada em ideais heterorreprodutivos de conduta que redistribuem práticas sexuais a partir de seus lugares de gênero. Sob a alcunha do macho, estes homens se referiram a um amplo conjunto de prescrições como a necessidade de desempenhar um trabalho, de comparecer no lugar de provedor moral e material do lar e de proteger sua família “do mal” (condutas sexuais que associavam à ideia de pecado) os quais contrapunham ao adoecimento pelo HIV/AIDS geralmente nomeado como uma “doença de rua”. Conteúdos de interesse por nos sugerirem o formato de suas fantasias narcísicas de segurança e onipotência.

Escuta-los nos traz fortes impressões a respeito do quão contraditórias são suas vivências identitárias. Apesar de buscarem proteção na monogamia e até em ideias celibatárias, como se a própria condição prazerosa do sexo lhes seduzisse tal qual o canto de uma sereia ardilosa, investem em afirmar com orgulho uma sexualidade ‘que não nega fogo’. Como certa vez concluiu um paciente⁷²: “para muitos o papai e mamãe é pouco”. Sem dúvidas a ambiguidade deste convívio com o prazer sexual é grande motivo para os conflitos que escutamos na cena clínica dos primodiagnosticados com HIV. Com alguma frequência, estes homens são lançados a uma espiral de culpa e solidão que dificulta o acesso a informações sobre a própria condição clínica e fragiliza a qualidade de sua sobrevivência ao diagnóstico. Estes conflitos nos sugerem que a densidade dos ataques superegoicos é inversamente proporcional à possibilidade de ampliação identificatória do Eu. O resultado é justamente o oposto: ameaçado pelo distanciamento de seus ideais e violado pelas mais duras penas do tribunal superegoico, o Eu deteriora a porosidade de sua superfície representacional e identificatória e assiste a desvitalização do alcance de suas reservas narcísicas.

Produções no campo dos estudos sobre HIV/AIDS e masculinidades indicam a importância de que os usuários dos serviços de saúde se reconheçam nas informações assistenciais e programáticas e a influência direta deste reconhecimento para sua adesão às políticas públicas para ISTs (Moraes, Oliveira, Costa, 2014; Cesaro, Santos, Silva, 2019). Do

⁷² Figura 11.

ponto de vista propriamente clínico, a limitação do alcance identificatório de nossos pacientes diante de sua submissão ao sofrimento psíquico grave é algo que preocupa e nos faz questionar o formato de nossa oferta interventiva e dos planos de cuidado em saúde mental⁷³ nestes momentos de crise. Acompanhá-los ao longo de um trabalho interno de rememoração de suas referências masculinas provou ser uma porta de entrada para que formulassem reflexões mais profundas sobre as próprias masculinidades no âmbito desta pesquisa. Sobretudo por lhes permitirem problematizar os aspectos mais frágeis destas construções e transformar os sentimentos de culpa e arrependimento em reflexões mais sérias a respeito das próprias vulnerabilidades.

Algumas das cenas clínicas apresentadas nesta pesquisa são exemplos de que este trabalho é possível. Ao descobrir que o uso abusivo de cachaça poderia estar associado as suas dificuldades com a disfunção erétil, aquele senhor com idade⁷⁴ de 60 anos reservou seu último atendimento para o relato de detalhes de seus encontros sexuais, encarando o fato de que a embriaguez o fazia esquecer o uso do preservativo com frequência. Gostava de praticar sexo anal com “as novinhas” e tinha alguma noção sobre riscos, o que nos levou a refletir sobre formas de reduzir os danos como a escolha pela ingestão de bebidas com menos teor alcoólico, os momentos para o consumo e a organização dos encontros. Situação similar aconteceu com outro paciente⁷⁵ jovem, homossexual, que me confessaria em um dos atendimentos: “ai eu gosto mesmo é de fazer suruba”. Juntos falamos sobre o adensamento de sua vulnerabilidade pelo uso abusivo de cocaína nestas ocasiões o qual, segundo ele, muitas vezes resultava no não uso do preservativo. A conversa foi essencial para que recebesse informações sobre a existência da PEP e da PREP e de alternativas para sua proteção e a de suas parcerias sexuais.

O dissenso público sobre os processos de vida e morte, adoecimento e saúde, são singularizados a partir da perspectiva de cada um desses homens, empenhados no rearranjo de suas masculinidades após o evento de seu diagnóstico para o HIV. Momentos que são verdadeiros desafios para suas vidas psíquicas. Revisitar suas referências e falar de seus projetos de vida eram também formas de assegurar seu pertencimento afetivo e construir

⁷³ Identificar trajetórias de sofrimento mental grave, situações de desproteção social e/ou contextos de uso abusivo de múltiplas substâncias é parte importante desta oferta de escuta e acolhimento aos pacientes que vivem com HIV/AIDS. Pesquisas sobre a adesão assistencial e programática no âmbito desta infecção são unânimes ao demonstrar fortes associações entre estes fatores psicossociais e a adesão aos ARV. Ver Ribeiro e Remor (2023), Camargo, Capitão e Felipe (2014) e Figueiredo *et al.* (2020).

⁷⁴ Figura 2.

⁷⁵ Figura 12.

mecanismos protetivos que respondessem à violência dos discursos de ódio e segregação social. Como é difícil lidar com estes elementos que estão massivamente presentes ao cotidiano de nossa cultura! A rigidez de nossos valores morais e o corporativismo familista, patriarcal, provaram ser grandes vetores para o sofrimento psíquico dos homens que se descobrem vivendo com HIV e/ou AIDS. Conteúdos que deveriam nos posicionar eticamente a partir de uma postura crítica diante das dinâmicas de gênero enquanto psicólogos e profissionais de saúde. O trabalho com este material, apresentado nas figuras clínicas 4, 5 e 6, sugere a imprescindibilidade de considerarmos a adoção deste posicionamento crítico nos processos de condução clínica dos casos sob a possibilidade real de amenizarmos defesas e acompanharmos a construção de novos circuitos identificatórios pelos pacientes que os capacitem a rearranjar projeções ideais mais alinhadas com a perspectiva de suas experiências sociosubjetivas.

Como nos lembra Halberstam (2008), a associação entre masculinidade e virilidade é um tensionamento forçoso que se produz na cultura patriarcal. O autor sustenta que as masculinidades hegemônicas dependem de uma certa “não-performatividade”, de uma “noção relativamente estável de realidade e natureza tanto do corpo masculino quanto de seus efeitos de significação” (Halberstam, 2008, p. 234). Apontamentos que podem nos auxiliar a transformar este evento a princípio traumático em um momento de apreciação crítica destes homens a respeito de suas próprias experiências. “Fui criado na periferia e lá tem essa parada de que homem tem que pegar todas”, certa feita me disse um paciente⁷⁶ em tom reflexivo. Outro deles se questionava sobre a própria frequência nas casas de swing: “Como é que eu, um cara que ia casar, sempre muito inteligente, como eu passei a fazer esse tipo de coisa, frequentar esses lugares podres?”. Sexos que são podres, prazeres que garantem poder em uma comunidade, vínculos que significam honestidade e firmeza de caráter. Todos estes conteúdos acabam os realocando nos trilhos de uma reflexão coletiva sobre estas vivências.

É no sentido da importância clínica e política desta reflexão coletiva que nos aproximamos de nossa última parada neste estudo. Afinal de contas, se há algo em comum no profundo desespero evocado pelo diagnóstico para o HIV estes parecem ser o medo da morte e a certeza da solidão. Ainda que determinados temas nos pareçam etéreos e profundamente subjetivos, as características de nosso próprio objeto de pesquisa nos sugerem o contrário. A epidemia de HIV/AIDS instalou na arena pública a urgência do debate sobre as dinâmicas de desumanização e distribuição de dignidade e cidadania que participam dos processos de vida

⁷⁶ Figura 4.

e morte na cultura. Conteúdos que se reeditam no sofrimento de cada paciente acompanhado até aqui e que exigem uma apreciação cuidadosa e aprofundada.

6.1 Políticas do narcisismo

No prefácio de seu livro “Vida Precária: os poderes do luto e da violência”, Judith Butler (2019) sumariza alguns dos assuntos sobre os quais trata na obra definindo os pontos de partida de sua análise: a violência e nossa condição de seres violáveis. Sua argumentação encontra nos vínculos de dependência um fato inquestionável para toda experiência humana, novamente acentuados pelas dinâmicas da violência e violação. Afirma que,

Ser violado significa ter a oportunidade de pensar sobre a violação, de descobrir os mecanismos de sua distribuição, de descobrir quem mais sofre com fronteiras permeáveis, com uma violência inesperada, com a despossessão e com o medo, e de perceber a forma como sofrem. [...] Sugeriria, entretanto, que nossas responsabilidades políticas e éticas são enraizadas no reconhecimento de que, por definição, formas radicais de autossuficiência e soberania desenfreadas são interrompidas pelos processos globais mais amplos de que fazem parte, que nenhum controle final pode ser garantido, e que esse controle final não é, e nem pode ser, um valor último (Butler, 2019, p. 4-5).

Sob o prisma da violência, sugere a autora, somos capazes de acirrar o contato com as próprias circunstâncias de nossa violabilidade, apenas para vê-la distribuída de forma desigual entre nós. Circunstâncias que se aprofundam na iminência corporal de toda performance humana. Com efeito, Butler (2019) fala sobre os mecanismos de violação referindo-se à permeabilidade de nossa experiência, aludindo a sua não estaticidade nem fixidez. Talvez seja este um dos signos da violência, a privação de alguma fixidez, ou melhor, da consolidação de alguma segurança coletiva que responda à violação.

O que a autora nos faz considerar a este respeito é que todos, enquanto vidas humanas, vivemos em condição de precariedade. Para Butler (2018), a precariedade exprime a qualidade fundamentalmente corporal de nossa experiência. O que implica considerar essa nossa disposição prematura e suas implicações éticas no sentido de uma necessidade e dependência do outro. A argumentação se ajusta precisamente a sua análise sobre os processos de violência. Nesse sentido, a situação de violência opera a partir da negação de nossa precariedade sob formas de governabilidade autossuficientes que tendem ao apagamento deste rastro de interdependência subsistente no âmago da vida humana. Antes, essa precariedade fundamental seria assimilada a estratégias políticas e econômicas para sua disponibilização na cultura. Completa, dizendo que “todo esforço político para gerir populações envolve uma distribuição tática de precariedade, com frequência articulada por

meio de uma distribuição desigual de precariedade, distribuição essa que depende das normas dominantes no que diz respeito a vida” (Butler, 2018, p. 80).

Nem sempre o que caracteriza essa gestão normativa da precariedade é nitidamente audível como a violência de uma catástrofe ou de um evento específico. Sua argumentação nos faz questionar em que medida a violência cria raízes nas vivências de nosso próprio funcionamento, como nas situações mais cotidianas de nossas histórias subjetivas. Em que medida essas gestões normativas se aprofundam nas performances de uma vida. De realidades que correm o grande risco de desmoronar no espaço e no tempo de uma intonação de urgência.

De outro modo, a masculinidade não falaria dialetos tão rígidos e defensivos quanto aqueles que escutamos ao longo de seus atendimentos. No que diz respeito a sua economia psíquica e afetiva, a virilidade dos homens é um modelo de ‘soberania e autossuficiência’ que repercute em graves implicações psicossociais. Nesta pesquisa não foi preciso ir muito além dos próprios ideais hegemônicos de masculinidade para encontrá-lo. O terror do universo masculino diante da AIDS é um forte apelo frente ao colapso de formas hegemônicas para a subjetivação sexual e de gênero. Como sugeriu Simon Whatney (1996), a configuração de uma grave crise no sistema representacional a partir do qual pensamos o sexo e nossas possibilidades para o prazer. As fraturas identitárias que observamos na clínica dos primodiagnosticados não fazem senão expor os mecanismos deste espaço onde a vida psíquica se organiza e conquista alguma inteligibilidade (Butler, 2003; Connell, 2005). Sob essa ótica, masculinidade e feminilidade acabam se tornando importantes agenciadores de nossas exigências primárias – diríamos, até, das necessidades básicas para toda a vida humana – de reconhecimento e pertencimento.

As próprias relações entre hegemonia e subalternidade que deslizam no cenário de angústia dos homens primodiagnosticados indicam estes circuitos de gestão tática da precariedade. Quando uma saída depressiva para o primodiagnóstico expressa um processo cruel de exclusão familiar e de conflitos na própria autoestima causados pelo enfrentamento de estigmas ou a intensificação do uso de múltiplas substâncias psicoativas e tentativas de autoextermínio resumem o acúmulo de violações psicossociais e privações de direito a que alguns de nossos pacientes foram expostos ao longo de suas histórias de vida. O estudo do Eu, de algum modo ainda incipiente, aponta para este elo psíquico-político assinalado sob o conceito de narcisismo. De modo que sua sobrevivência seria interrompida caso o Eu não alcançasse o ajustamento normativo de suas satisfações. O narcisismo passa a constituir uma importante ferramenta teórica para a abordagem da segregação e da violência social.

Este sistema narcísico vital para o Eu, que de modo algum significa um circuito fechado, pelo contrário, sugere suas mais profundas raízes relacionais, está submetido a “um sistema de regras” (Costa, 1986). Portanto, algemado a interesses políticos e econômicos que redistribuem os investimentos compatíveis com as garantias mais básicas da vida psíquica. Desde o atendimento dos primeiros casos que ajudaram a compor a casuística clínica sobre a qual essa investigação se baseou, uma das impressões mais infelizes a respeito das experiências de nossos pacientes foi a de que mesmo após cinco décadas de avanços médicos, farmacológicos e sociológicos sobre a AIDS, o conjunto de nossa cultura ainda não foi capaz de inscrever e elaborar representações menos violentas e segregadoras para a condição. Lidamos com uma certa lógica melancólica que nos faz retomar a pertinência do questionamento de Butler (2017): em que medida “a melancolia⁷⁷ se inscreve como os limites do que pode ser pensado?” (p. 127). Resta-nos complementar aquilo que a clínica dos homens primodiagnosticados em tantos momentos nos ensinou. Que uma elaboração coletiva para a AIDS nos exigiria, enquanto sociedade, o aprimoramento das políticas públicas de seguridade social e uma apreciação mais séria e justa sobre as realidades da insegurança de renda e do acesso a informação, da desigualdade sexual e de gênero, das violências raciais e LGBTQIA+fóbicas, nas quais o vírus se aprofunda.

Através destas políticas do narcisismo nós enquanto sociedade conduzimos a distribuição heterogênea das condições básicas para a constituição e funcionamento da vida subjetiva, sob interesses políticos e econômicos comprometidos com a manutenção de espaços de poder e subalternização. Dinâmica que participa não apenas das macrogestões da subjetividade, mas que é ela própria condutora dos processos de subjetivação. Portanto, instalada nas profundezas de nossa intimidade psicoafetiva e dos processos vitais para sua sobrevivência.

⁷⁷ Sua filosofia pensa as formas de regulação psíquica pelo poder a partir das dinâmicas da melancolia e sugere um raciocínio por meio do qual é possível pensar a internalização do poder e seu protagonismo na subjetivação de identidades assujeitadas à norma (Butler, 2017). Enquanto considera a melancolia como partícipe das operações de poder, Butler (2017) sustenta que ao elucidar as relações distributivas para o investimento psíquico – desde que na melancolia o Eu procede com uma série de substituições libidinais e identificatórias que alteram seu próprio tecido – a melancolia também exprime dinâmicas que “corrompem a operação de linguagem que não só postula objetos, mas também os regula e os normaliza ao postulá-los” (p. 152).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste percurso, resta-nos sumarizar algumas das reflexões que participaram de sua formalização até o momento presente. Instante de recolher considerações semeadas a beira de um leito hospitalar, as quais, em sua quase totalidade, são de natureza agridoce: dolorosas e amenas. Somente muitas páginas após o início desta caminhada de pesquisa foi possível compreender, com a clareza científica que estas considerações assim nos exigem, que uma primeira e importante reflexão dizia respeito ao contato com a qualidade traumática de seu conteúdo. É preciso confessar que não foi fácil escrevê-lo nestas linhas. Muitas vezes o diagnóstico soa tão inesperado para nós que encaramos o desafio de praticar a psicologia nos ambientes de urgência e emergência quanto para os pacientes que acompanhamos. E em poucos minutos nos vemos, enquanto trabalhadores da assistência em saúde, testemunhando e coparticipando da surpresa e do sofrimento daqueles que vivem essa condição. Isso acontece porque nenhum título profissional é capaz de neutralizar nossas próprias representações e afetos sobre qualquer experiência e encontro.

Acolher, no contexto da clínica de urgência a pacientes diagnosticados com HIV/AIDS, significou deixar com que este espaço dialógico entre o profissional da psicologia e seu paciente prevalecesse. Como vimos, a situação traumática reatualiza as condições de nossa vulnerabilidade orgânica e psíquica na relação com o outro. Testemunhar a escuta desta vulnerabilidade transformou-se em nosso trabalho por excelência. O solo acidentado desta escuta tornou-se matéria-prima para significações, ou ao menos deveria tornar-se, e parte de nossa clínica esteve concentrada em fornecer aos pacientes os meios necessários para que estes significados pudessem vingar em meio ao sofrimento agudo. Como nos lembra Paiva (2002), as intervenções direcionadas à promoção de cidadania e protagonismo subjetivo com as PVAH são aquelas que, sobretudo, as permitem “refletirem e modificarem modos de vida, uma atitude ou seu comportamento, conscientes da teia que engendra sua vulnerabilidade”.

Nos esforçamos continuamente por realizar uma escuta fronteira que não resultasse na inocente desconsideração de seus anseios afetivos mais primários enquanto se mantivesse compromissada com o repasse de informações sobre ISTs e sexo seguro. Ou melhor, que conseguisse conjugar a urgência contentiva de um colapso psíquico à importância política da construção de uma narrativa autoral sobre suas necessidades e demandas por direitos. Contribuíram para este fim os espaços de supervisão clínica, as reuniões multiprofissionais, as ocasiões em que se estabeleceram diálogos entre colegas no setor, os atendimentos de familiares. A matéria traumática nos incita ao exercício contínuo de uma postura ética

sintonizada nestas múltiplas transferências com a promoção de emancipação e cidadania sexual. Nosso convívio como testemunhas de sua vulnerabilidade mostrou que a oferta de cuidados assistenciais aos homens primodiagnosticados pode se transformar em um vetor para a revitimização de pessoas historicamente oprimidas, como a população negra – esmagadora maioria dos pacientes acolhidos no âmbito da atenção terciária nesta pesquisa – e as dissidências sexuais. Seu estudo decolonial e interseccional nos mostra que a infecção pelo HIV e o adoecimento pela AIDS expõem um circuito desigual e hierárquico sob o qual observamos o entrecruzamento de múltiplas violências e violações de direito, como mostram Cazeiro, Leite e Costa (2023).

Fazer a aposta nessa aliança terapêutica nos permitiu acessar o íntimo dos homens primodiagnosticados, mesmo nos momentos em que a crise subjetiva se avizinhava. Estranha sensação de impotência, que pouco respeitava nosso conhecimento técnico sobre as décadas de avanços médicos e farmacológicos para o HIV/AIDS. Nossa influência terapêutica se apequenava diante de tamanho desespero. Na medida em que nos aprofundávamos em seu mal-estar, conseguimos identificar uma brecha entre a realidade social da doença e aquela realidade fantasmática que atormentava os homens com um prenúncio de morte. Do corpo à alma, simplesmente não havia lugar socialmente concebível para um vírus como aquele na vida de um homem. Em sua grande maioria, o diagnóstico para o HIV significou a perda de um mundo de privilégios baseados em seus lugares de gênero masculinos na ordem social.

Ordenação social masculinista e heterocentrada, que arregimenta espaços de legitimação social e processos de violência para nossas vivências corporais e afetivas (Incrocci *et al.*, 2023; Cazeiro, Leite, Costa, 2023). Os homens refletiam a respeito de seu sexo, seus amores, e da prática do corpo potente nos espaços por onde sua sexualidade circulava. Em não raras ocasiões, as instalações hospitalares nas quais estavam alojados presenciava sua empreitada viril por meio de intensas descargas de ódio e cólera. Procuravam retomar parte do poder que estas ordenações sociais ofereciam ao seus corpos masculinos, garantindo uma posição de dominância e autonomia nas relações em que investiam seus afetos sob o risco de serem extintas no contato com os conteúdos moralistas associados ao vírus do HIV. O que para alguns era motivo de revolta, para outros resultava no expediente dos rígidos ideais de conduta: ter uma relação monogâmica, ocupar as cadeiras de provedor do lar, vincular-se a uma igreja ou o absurdo de desenhar para si uma vida desprovida de sexo.

Eles empunhavam sua coleção de ideais como respostas certas ao sofrimento agudo. Nestes roteiros estereotipados de conduta, procuravam por performances de gênero com lastro

conciliatório suficiente para que continuassem vivendo seus afetos e experimentando seu prazer. Em contrapartida, como pesquisadores, estes homens nos mostravam que o plano da idealidade traz contribuições que são determinantes para a vida psíquica, sobretudo para a saúde e integridade do Eu. Estas são relações internas que participam do funcionamento identitário, garantindo aos sujeitos que performem seus lugares no mundo. Tratam-se de performances regularizadas pelos limites destes mesmos ideais, que refletem o alcance normativo para a vida erógena e identificatória no interior das normas de gênero. Dinâmica que apresenta implicações práticas diretas a partir de um interrogatório entre pertencimento e reconhecimento socioafetivo, com repercussões graves para a autoestima do homem.

Na vivência dos homens heterossexuais, o trânsito pelos espaços de galanteio enquanto detentores de extensa cartela de parcerias sexuais mais ou menos fixas lhes era a expressão de sua virilidade. Entretanto, investiam no equilíbrio identitário com esta virilidade lasciva o lugar de homem provedor e chefe de família, em uma figuração que flertava com a imagem protetora do masculino. Apesar de não compartilharem explicitamente destes mesmos ideais, os pacientes homossexuais mostraram que não estavam deles totalmente isentos. Em sua escuta, testemunhamos as repercussões de uma violência insidiosa que vinha de encontro ao derradeiro momento primodiagnóstico. Passavam então a operar com aqueles mesmos ideais de performance hegemônicos – assimilação da vida sexual à monogamia enquanto arranjo protetivo contra o vírus, reiteração de um lugar social a partir dos vínculos laborais, menções à fortitude do corpo trabalhado pelo esporte e/ou pela prática do exercício físico – ansiando reestruturar o vigor de seu sentimento de si diante da iminência da crise subjetiva.

Esta coleção de ideais que fornecem estabilidade para o sentimento de si sobre a qual viemos falando está material e historicamente localizada como a conduta viril em nossa cultura. São muitas e variadas as performances no entorno desta masculinidade viril que correspondem aos arranjos singulares que cada homem inventa ao longo da vida para conciliar a conflitiva entre seus prazeres e seu sofrimento ao longo de uma história. A escuta de sua crise nos mostra que estes lugares viris continuam protagonizando a gestão da vida psíquica e afetiva do homem, ainda que suas masculinidades circulem por lugares de dissidência sexual. Isso porque a virilidade se configura como um potente mecanismo protetivo para eles, tanto do ponto de vista psíquico quanto do ponto de vista político e social, com importância inquestionável enquanto centro organizador de sua experiência erógena e identificatória.

Em que pese os regimes econômicos da vida psíquica, constatamos que toda esta administração do prazer recebe tratamento sistemático com base na organização viril da identidade. Seus interesses econômicos são contidos e vinculados a partir de ideais instituídos pelos lugares de gênero que organizam a síntese da experiência vivida. Quando passamos a considerar estas dinâmicas que centralizam no gênero uma importância indiscutível para a economia psíquica, estamos inserindo este nosso apelo pelo reconhecimento – algo que está implicado na conceituação de mecanismos como os de introjeção e identificação – como aspecto tão importante quanto o prazer e o desprazer para a vida psíquica. Estas não são categorias dicotomizáveis. Poderíamos pensar, portanto, que a satisfação pulsional é concomitante, em alguma medida, de sua conciliação com o alcance desta inteligibilidade que só se conquista na relação com o outro. A herança dos temores associados ao HIV no âmbito da performance mais popular e cara a autoestima do homem manifesta alguns destes anseios profundos e mostra que o conceito de narcisismo pode ser um importante operador teórico para futuras pesquisas sobre a participação das dinâmicas de hegemonia e subalternização na experiência identitária em nossa cultura.

A sobrevivência egóica esteve no centro de nosso interesse de pesquisa justamente pelo fato de este estudo ter sido conduzido em um contexto tão violento para a vida subjetiva. Violência expressa pela opressão dos ideais sobre a porosidade do Eu, de seus anseios identitários sobre a multiplicidade da vivência de prazer, em suma violência de uma normativa instituída que regula o exercício de nossas sociabilidades. Constatamos que as formas como praticamos o corpo e estabelecemos condutas ideais para equacionar nossas performances eróticas reproduz, na intimidade de nosso mundo anímico, esta aparelhagem reguladora. Sem dúvidas, um desafio ainda maior quando consideramos que esta regulação organiza a sexualidade não apenas no campo das sociabilidades, mas desde a economia mais básica para a continuidade da vida psíquica. Estas são considerações que inserem no debate um diálogo mais aprofundado sobre a angústia dos homens e merecem participar de novos estudos a respeito das mudanças no panorama HIV/AIDS atual em nosso país com os avanços em prevenção combinada e no uso das profilaxias pré e pós-exposição (Calazans; Parker; Terto Júnior, 2022).

Neste ínterim, encontramos no material clínico que as significações para o HIV/AIDS fundamentadas pelo pânico moral e em processos de segregação são conteúdos transmitidos ‘de pais para filhos’, retirando seu vigor na realidade da desigualdade de renda e de acesso à informação, da misoginia e da violência racial e LGBTQIA+fóbica no solo de nossa cultura. Intersecções que se entrelaçam à experiência de prazer e pressionam o Eu na origem de seus

anseios por sobrevivência, reaparecendo ao longo de sua história como pivô de conflitos com os quais essa instância terá de lidar ao longo da vida para que logre algum êxito em suas funções conciliadoras. Elementos que clarificam a extensão das dinâmicas do poder sob nossas possibilidades simbólicas, como reflete Dean (2000), e pode nos auxiliar a compreender de forma mais detida a sobrevivência de representações tão estereotipadas sobre o HIV/AIDS mesmo após décadas de avanços a seu respeito e de mudanças nas compreensões coletivas sobre a sexualidade e o gênero (Paula, Mota, 2021; Seffner, Parker, 2016).

Todas estas considerações reunidas, por fim, refletem um modo de compreender o trabalho clínico psicológico com homens primodiagnosticados com HIV e/ou em condição de AIDS. Uma clínica fundamentada pelas evidências do encontro afetivo entre a disponibilidade de escuta profissional ao sofrimento daqueles que assim padecem com a surpresa da descoberta. Espaço para as fantasias mais descabidas entrementes à solidez mais dura da realidade de suas histórias. Escrita e reescrita interminável das sutilezas primordiais para a sobrevivência de uma alma humana. Substância para a cultura e para o regramento social, estrutura de arestas indisciplinadas a despeito de seu assentamento normativo. De sorte que nestas considerações finais, ao termos evocado tão frequentemente nosso testemunho de suas palavras, nos vemos mais uma vez reafirmando os ensinamentos do saudoso Betinho, sociólogo e importante ativista dos direitos humanos para a história do combate a AIDS no Brasil. Sobretudo o ensinamento de que, em suma, ‘a alma da fome é política’.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, C. F. Dama da noite. *In*: ABREU, C. F. **Contos Completos**. São Paulo: Companhia das letras, 2018. (Trabalho originalmente publicado em 1988).

AGOSTINI, R.; ROCHA, F.; MELO, E.; MAKSUD, I. A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4599-4604, 2019. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25542019>>. Acesso em: 17 out. 2024.

ALONSO, M. A.; KORECK, M. T. **Silences: 'hispanics', AIDS and sexual practices**. In *The Lesbian and gay studies reader*. New York: Routledge, 1993.

ALTMAN, C. Ana Paula Valadao afirma que Aids é doença de homossexual e polêmica viraliza nas redes sociais. **Jornal Estado de Minas**, Belo Horizonte, 12 set. 2020. Nacional. Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/09/12/interna_nacional,1184860/ana-paula-valadao-afirma-aids-e-doenca-homossexual-polemica.shtml>. Acesso em: 23 out. 2024.

ANDRÉ, J. O amor no masculino. *In*: ANDRÉ, J. **Psicanálise, Gênero e Sexualidade: um debate em construção**. São Paulo: Zagodoni Editora, 2019.

AULAGNIER, P. **A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado**. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1979.

AULAGNIER, P. **Um intérprete em busca de sentido – I**. São Paulo: Editora Escuta, 1986.

AULAGNIER, P. **Um intérprete em busca de sentido – II**. São Paulo: Editora Escuta, 1986.

AULAGNIER, P. **O aprendiz de historiador e o mestre feiticeiro: do discurso identificante ao discurso delirante**. São Paulo: Editora Escuta, 1989.

AYOUCH, T. **Psicanálise e homossexualidades: teoria, clínica e biopolítica**. Curitiba: Editora CRV, 2020.

BARRETO, V. H. de S. Risco, prazer e cuidado: técnicas de si nos limites da sexualidade. **Avá – Revista de Antropologia**, n. 31, p.119-142, 2017. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/12253>>. Acesso em: 18 out. 2024.

BECKETT, S. **O inominável**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989.

BERSANI, L. **Is the rectum a grave?** Chicago: The university of Chicago press, 2010.

BESSA, M. S. **Histórias positivas: a literatura (des)construindo a AIDS**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1997.

BIRMAN, J. Sexualidade: Entre o mal e as maledicências. *In*: LOYOLA, M. A. (Org.). **Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

BLEICHMAR, S. Paradojas de la constitución sexual masculina. **Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados**, n. 18, p. 175-188, 1992.

BLEICHMAR, S. **Paradojas de la sexualidade masculina**. Buenos Aires: Paidós, 2009.

BLEICHMAR, S. **Psicoanálisis Extramuros: Puesta a prueba frente a lo traumático**. Buenos Aires: Editorial entreideias, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção combinada do HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 123 p. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf>. Acesso em: 18 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico: HIV e Aids 2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>>. Acesso em: 23 out. 2024.

BRITO, A. M. de; CASTILHO, E. A. de; SZWARCOWALD, C. L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>>. Acesso em: 21 out. 2024.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução Renato Aguiar. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2003. 288 p.

BUTLER, J. **A vida psíquica do poder: teorias da sujeição**. Tradução Rogério Bettoni. Belo Horizonte, MG: Editora Autêntica, 2017. 208 p.

BUTLER, J. **Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia**. Tradução Fernanda Siqueira Miguens. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2018. 266 p.

BUTLER, J. **Vida Precária: os poderes do luto e da violência**. Tradução Andreas Lieber. Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora, 2019. 192 p.

BUTLER, J. **Desfazendo gênero**. São Paulo, SP: Editora Unesp, 2022. 452 p.

CALAZANS, G. J.; PARKER, R.; TERTO JÚNIOR, V. Refazendo a prevenção ao HIV na 5ª década da epidemia: lições na história social da Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 7, p. 207-222, 2022. DOI: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042022E715>>. Acesso em: 21 out. 2024.

CAMARGO, L. A.; CAPITÃO, C. G.; FILIPE, E. M. V. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. **Psico-USF**, v. 19, n. 2, p. 221-232, 2014. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1413-82712014019002013>>. Acesso em: 21 out. 2024.

CAMPOS, E. B. V. **Representação e afeto no segundo modelo pulsional freudiano**. 2009. Tese (Programa de Pós-Graduação em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2009. DOI: <<https://doi.org/10.11606/T.47.2009.tde-04122009-140125>>. Acesso em: 21 out. 2024.

CANCIAN, N. Política de prevenção ao HIV não pode ofender as famílias, afirma novo ministro. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 31 dez. 2018. Cotidiano. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/12/politica-de-prevencao-a-hiv-nao-pode-ofender-as-familias-afirma-novo-ministro.shtml>>. Acesso em 22 out. 2024.

CARDOSO, M. R. **Superego**. São Paulo, SP: Editora Escuta, 2002. 224 p.

CARLOS, R. Ai que saudades da Amélia. Compositores: ALVES, A.; LAGO, M. *In*: CARLOS, R. **San Remo 1968**. Rio de Janeiro, RJ: Columbia, 1976. 1 CD (ca. 39 min. 30 s.). Faixa 9 (ca. 3 min.).

CARRARA, S. Aids e doenças venéreas no Brasil. *In*: LOYOLA, M. A. (Org.). **Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ, 1994.

CAZEIRO, F.; LEITE, J. F.; COSTA, A. J. da. Por uma decolonização do HIV e interseccionalização das respostas à AIDS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, e33024, 2023. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333024>>. Acesso em: 21 out. 2024.

CAZUZA. O tempo não pára. Compositores: CAZUZA; BRANDÃO, A. *In*: CAZUZA. **O tempo não pára – Ao vivo no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: Phillips Records, 1988. 1 CD (37 min. 20 s.). Faixa 6 (4 min. 37 s.).

CESARO, B. C. de; SANTOS, H. B. dos; SILVA, S. N. M. da. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 42, e119, 2019. DOI: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>>. Acesso em: 21 out. 2024.

CONNELL, R. W. **Masculinities**. Los Angeles: University of California Press, 2005. 324 p.

CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História da Virilidade Vol. 2: O triunfo da virilidade no século XIX**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Vozes, 2013. 536 p.

CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História da Virilidade Vol. 3: A virilidade em crise? Séculos XX-XXI**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Vozes, 2013. 616 p.

COSTA, J. F. **Psicanálise e violência**. Rio de Janeiro, RJ: Graal editora, 1986. 189 p.

DEAN, T. **Beyond Sexuality**. Chicago: The university of Chicago press, 2000. 318 p.

FARIA, R. da S. B.; MORENO, R. P. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 25, n. 2, p. 137-147, 2013. DOI: <<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130025>>. Acesso em: 22 out. 2024.

FÁTIMA, W. da S. de. **As sexualidades mal ditas no discurso religioso neopentecostal**. 2018. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Estudos de Linguagem) – Instituto de

Letras, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil, 2018. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/7182>>. Acesso em 22 out. 2024.

FERENCZI, S. O papel da homossexualidade na patogênese da paranoia. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas**: Psicanálise I (Álvaro Cabral, trad, 2ª ed., Vol. 1). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020. (Trabalho originalmente publicado em 1908).

FERENCZI, S. Transferência e introjeção. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas**: Psicanálise I (Álvaro Cabral, trad, 2ª ed., Vol. 1). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020. (Trabalho originalmente publicado em 1909).

FERENCZI, S. O conceito de introjeção. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas**: Psicanálise I (Álvaro Cabral, trad, 2ª ed., Vol. 1). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020. (Trabalho originalmente publicado em 1912).

FERENCZI, S. O desenvolvimento do princípio de realidade e seus estágios. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas**: Psicanálise III (Álvaro Cabral, trad, 2ª ed., Vol. 3). São Paulo: WMF Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1913).

FERENCZI, S. O problema da afirmação do desprazer. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas**: Psicanálise IV (Álvaro Cabral, trad, 2ª ed., Vol. 4). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020. (Trabalho originalmente publicado em 1927).

FERENCZI, S. Adaptação da família a criança. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas**: Psicanálise IV (Álvaro Cabral, trad, 2ª ed., Vol. 4). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020. (Trabalho originalmente publicado em 1928).

FERENCZI, S. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas**: Psicanálise IV (Álvaro Cabral, trad, 4ª ed., Vol. 4). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020. (Trabalho originalmente publicado em 1929).

FERENCZI, S. Análise de crianças com adultos. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas**: Psicanálise IV (Álvaro Cabral, trad, 4ª ed., Vol. 4). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020. (Trabalho originalmente publicado em 1931).

FERENCZI, S. Confusão de línguas entre os adultos e a criança. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas**: Psicanálise IV (Álvaro Cabral, trad, 4ª ed., Vol. 4). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020. (Trabalho originalmente publicado em 1933).

FERENCZI, S. Reflexões sobre o trauma. *In*: FERENCZI, S. **Obras Completas**: Psicanálise IV (Álvaro Cabral, trad, 2ª ed., Vol 4). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2020. (Trabalho originalmente publicado em 1934).

FERNANDES, E. B. **Narcisismo e cultura**: a relação entre psicologia individual e psicologia social na obra freudiana. 2008. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Filosofia) – Departamento de Filosofia e Metodologia das Ciências, Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/4827>>. Acesso em: 22 out. 2024.

FERRAZ, F. C. A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise. *In*: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA, W. (Org.). **Psicossocoma IV**: Corpo, História, pensamento. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2008.

FERREIRA, J. P.; MISKOLCI, R. “Reservatórios de doenças venéreas”, “MSM/HSH” e “PWA”: continuidades, rupturas e temporalidades na produção de bioidentidades no contexto da epidemia de AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3461-3474, 2022. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.00492022>>. Acesso em: 22 out. 2024.

FIGUEIREDO, L. C. Subjetivação e esquizoidia na contemporaneidade: questões metapsicológicas. *In*: FIGUEIREDO, L. C. **Psicanálise: Elementos para uma clínica contemporânea**. São Paulo, SP: Escuta, 2018.

FIGUEIREDO, M. S. B. R. de; PATRÍCIO, A. C. F. de A.; SILVA, D. F. da; LEITE, M. A. P.; SANTOS, J. S.; RODRIGUES, B. F. L.; SILVA, R. A. R. da. Sofrimento mental, desesperança e adesão a terapia antirretroviral de pessoas com hiv/aids . **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, n. 1, e1338, 2020. DOI: <<https://doi.org/10.5935/1415.2762.20200075>>. Acesso em: 22 out. 2024.

FOUCAULT, M. **O corpo utópico, as heterotopias**. Tradução Salma Tannus Muchaill. São Paulo, SP: N-1 Edições, 2013. (Trabalho originalmente publicado em 1966).

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 2: O uso dos prazeres**. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 2014. (Trabalho originalmente publicado em 1984).

FRANÇA, C. P. Vinhetas e historiais clínicos na pesquisa psicanalítica: finalidades e impasses. *In*: PINHEIRO, N. N. B.; PERES, R. S.; CORDEIRO, S. (Org.). **Pesquisas acadêmicas em psicanálise: reflexões teóricas e ilustrações práticas**. São Carlos, SP: Pedro & João Editores, 2022. 163 p.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 2). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1893).

FREUD, S. As neuropsicoses de defesa. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 3). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1894).

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 1). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1950 [1895]).

FREUD, S. A interpretação dos sonhos (I). *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 4). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1900).

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 7, pp. 119-231). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1905).

FREUD, S. Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 9). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1908).

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 12). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1911).

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 14, pp. 77-110). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1914).

FREUD, S. O inconsciente. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 7, pp. 165-222). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1915).

FREUD, S. Luto e Melancolia. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 14, pp. 140-153). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1917).

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre psicanálise: O estado neurótico comum. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 16, pp. 379-392). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1917).

FREUD, S. Além do princípio do prazer. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 20, pp. 37-75). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1920).

FREUD, S. Psicologia de grupo e a análise do ego. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 18, pp. 79-154). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1921).

FREUD, S. O Ego e o Id. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 19, pp. 15-77). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1923).

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 20, pp. 81-174). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1926).

FREUD, S. O mal-estar na civilização. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 21, pp. 67-153). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1930[1929]).

FREUD, S. Conferência XXXIII: Feminilidade. *In*: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud** (J. Salomão, trad., 2ª Ed., Vol 22, pp. 113-134). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006. (Trabalho originalmente publicado em 1933).

FROTA, F. I. **Os fundamentos da teoria freudiana da representação**. 2013. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Filosofia) – Instituto de Cultura e Arte, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/6577>>. Acesso em: 22 out. 2024.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo, SP: Editora Escuta, 1988. 302 p.

GURFINKEL, D. **Relações de objeto**. São Paulo, SP: Editora Blucher, 2017. 568 p.

HALBERSTAM, J. **Female Masculinity**. Durham: Duke University Press, 2008. 329 p.

HOMRICH, A. C. B. **O conceito de superego na teoria freudiana**. 2008. Tese (Programa de Pós-Graduação em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-13072009-102828/>>. Acesso em: 23 out. 2024.

INCROCCI, C.; BEIRAS, A.; TONELI, M. J. F.; OLIVEIRA, J. M. Vidas humanas versus muertes virales: ¿quién puede vivir con virus?. **Athenea digital – Revista de Pensamiento e Investigación Social**, v. 23, n. 1, e3255, 2023. DOI: <<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3255>>. Acesso em: 22 out. 2024.

KLEIN, M. **Narrativa da análise de uma criança**: o procedimento da psicanálise de crianças tal como observado no tratamento de um menino de dez anos. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1994. 485 p. (Trabalho originalmente publicado em 1961).

KNAUTH, D. R.; HENTGES, B.; MACEDO, J. L. de; PILECCO, F. B.; TEIXEIRA, L. B.; LEAL, A. F. O diagnóstico de HIV/Aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. **Cadernos de saúde pública**, v. 36, n. 6, e00170118, 2020. DOI: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00170118>>. Acesso em: 22 out. 2024.

KNOBLOCK, F. **O tempo do traumático**. São Paulo, SP: INM Editora, 2022. 192 p.

LABAKI, M. E. P. **Morte**: clínica psicanalítica. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2006.

LAPLANCHE, J. O gênero, o sexo e o sexual. In: **Sexual**: A sexualidade ampliada no sentido freudiano – 2000-2006. Porto Alegre, RS: Dublinense, 2015. p. 154-189 (Trabalho originalmente publicado em 2003).

LAPLANCHE, J.; J-B, PONTALIS. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2016. 576 p.

LATTANZIO, F. **O lugar do gênero na psicanálise**: Metapsicologia, identidade, novas formas de subjetivação. São Paulo, SP: Editora Blucher, 2021. 318 p.

LAURINDO-TEODORESCU L.; TEIXEIRA P. R. **Histórias da aids no Brasil, 1983-2003**: Vol. II – A sociedade civil se organiza pela luta contra a aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. 360 p. Disponível em: <https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/HISTORIAS_DA_AIDS_NO_BRASIL.pdf>. Acesso em: 22 out. 2024.

LEÃO, S. Bolsonaro mente e desinforma ao associar vacinas contra COVID-19 a AIDS; cientistas reagem. **BHAZ**, Belo Horizonte, 24 out. 2021. Notícias. Brasil. Disponível em: <<https://bhaz.com.br/noticias/brasil/bolsonaro-mente-desinforma-ao-associar-vacinas-covid-aids/>>. Acesso em: 18 out. 2024.

O'DONELL, M.; SHARP, S. **Uncertain Masculinities**: youth, ethnicity and class in contemporary Britain. London: Routledge, 2000. 216 p.

MARTINS, R. S.; KNAUTH, D. R.; VIGO, A.; FISCH, P. Eventos marcadores à adesão ao tratamento de HIV/AIDS em um estudo de coorte. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. 20, p. 1-11, 2023. DOI: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004219>>. Acesso em: 22 out. 2024.

MLCHIOR, R.; NEMES, M. I. B.; ALENCAR, T. M. D.; BUCHALLA, C. M. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 87-93, 2007. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000900014>>. Acesso em: 22 out. 2024.

MEZAN, R. **Freud**: A trama dos conceitos. São Paulo, SP: Editora Perspectiva, 1982. 350 p.

MEZAN, R. Do auto-erotismo ao objeto: a simbolização segundo Ferenczi. **Percursos**, v. 6, n. 1, p. 19-30, 1993. Disponível em: <<https://percurso.openjournalsolutions.com.br/index.php/ojs/article/view/427>>. Acesso em: 22 out. 2024.

MISKOLCI, R. **Desejos digitais**: uma análise sociológica da busca por parceiros on-line. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. 304 p.

MORAES, D. C. A.; OLIVEIRA, R. C.; COSTA, S. F. G. Adesão de homens com HIV/AIDS ao tratamento antirretroviral. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 676-681, 2014. DOI: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140096>>. Acesso em: 22 out. 2024.

MOREIRA, A. C. G. Delicadezas do Eu: fundamentos da vulnerabilidade. **Revista Reverso**, v. 34, n. 63, p. 25-32, 2012. Disponível em: <<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v34n63/v34n63a03.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2024.

MOTA, M. P. Gênero e sexualidade: fragmentos da identidade masculina nos tempos de AIDS. **Cadernos de saúde pública**, v. 14, n. 1, p. 145-155, 1998. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000100022>>. Acesso em: 22 out. 2024.

PAIVA, V. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. *In*: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro, RJ: Editora 34, 1999. Cap. 14, p. 249-260.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 11, p. 25-38, 2002. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000200003>>. Acesso em: 22 out. 2024.

PAIVA, V. A psicologia redescobrirá a sexualidade? **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 4, p. 641-651, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/64cZ3VhdyLrpf6FzS8t95Mc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22 out. 2024.

PARKER, R. Diversidade sexual, análise sexual e a educação sexual sobre a Aids no Brasil. *In: LOYOLA, M. A. (Org.). Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

PARKER, R.; AGGLETON, P.. **Estigma, discriminação e AIDS.** Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001. (Coleção ABIA). 45 p.

PAULA, A.; MOTA, D. “Meu prazer agora é risco de vida”: o desejo de existir e outras subjetividades dos que vivem com HIV/AIDS no Brasil. **Cadernos de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 3, n. 5, p. 256-275, 2021. Disponível em: <<https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/3147/2147>>. Acesso em: 23 out. 2024.

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da AIDS e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 1, p. 125-157, 2009. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/SexualidadSaludySociedad/article/view/29/26>>. Acesso em: 22 out. 2024.

PERLONGHER, N. O. Disciplinar os poros e as paixões. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, v. 2, n. 3, p. 35-37, 1985. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0102-64451985000400007>>. Acesso em: 22 out. 2024.

PERLONGHER, N. O. **O que é aids?**. São Paulo, SP: Brasiliense, 1987. 96 p.

PINHEIRO, T. Algumas considerações sobre o narcisismo, as instâncias ideais e a melancolia. **Cadernos de psicanálise**, v. 12, n. 15, p. 20-28, 1995. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/T-Pinheiro-2/publication/297918096_ALGUMAS_CONSIDERACOES_SOBRE_O_NARCISISMO_AS_INSTANCIAS_IDEAIS_E_A_MELANCOLIA/links/56e4683508ae68afa1106229/ALGUMAS_CONSIDERACOES_SOBRE_O_NARCISISMO-AS-INSTANCIAS-IDEAIS-E-A-MELANCOLIA.pdf>. Acesso em: 22 out. 2024.

PINHEIRO, T. **Ferenczi do grito à palavra.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora/Editora UFRJ, 1995. 132 p.

PRECIADO, P. B. Aprendiendo del virus. **El País**, Madri, Espanha, 27 mar. 2020. Opinión. Disponível em: <https://elpais.com/elpais/2020/03/27/opinion/1585316952_026489.html>. Acesso em: 22 out. 2024.

REITTER, J. N. **Édipo gay: heteronormatividade e psicanálise.** São Paulo, SP: Zagoboni Editora, 2021. 160 p.

RIBEIRO, K. M.; REMOR, E. Rastreo de fatores psicossociais associados à adesão aos cuidados de saúde na infecção pelo HIV. **Saúde e desenvolvimento humano**, v. 11, n. 3, p. 1-13, 2023. DOI: <<https://doi.org/10.18316/sdh.v11i3.9922>>. Acesso em: 22 out. 2024.

ROCHA, H. O. **O ideal: um estudo psicanalítico.** São Paulo, SP: Vetor Editora, 2012. 132 p.

SÁEZ, J.; CARRASCOSA, S. **Pelo Cu: políticas anais.** Belo Horizonte, MG: Editora Quixote, 2017. 192 p.

SCHAURICH, D. Dos grupos de risco à vulnerabilidade: Reflexões em tempos de HIV/AIDS. **Revista Contexto e Saúde**, v. 3, n. 6, p. 115-157, 2004. DOI: <<https://doi.org/10.21527/2176-7114.2004.06.115-127>>. Acesso em: 22 out. 2024

SCHWARZ, E.; GOBES, R.; COUTO, M. T.; MOURA, E. C.; CARVALHO, S. A.; SILVA, S. F. C. Política de saúde do homem. **Revista saúde pública**, v. 46, p. 108-116, 2012. Suplemento. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000061>>. Acesso em: 22 out. 2024.

SEFFNER, F.; PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à AIDS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 57, p. 293-304, 2016. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>>. Acesso em: 22 out. 2024.

SOARES, R.; ARMINDO, R. D.; ROCHA, G. A imunodeficiência e o sistema imunitário. O comportamento em portadores de HIV. **Arquivos de Medicina**, v. 28, n. 4, p. 113-121, 2014. Disponível em: <<https://scielo.pt/pdf/am/v28n4/v28n4a04.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2024.

SONTAG, S. **A doença como metáfora. A AIDS e suas metáforas**. São Paulo, SP: Schwarc's Ltda, 1989.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 18-42, 2003. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000200003>>. Acesso em: 22 out. 2024.

TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. (Org.). **Tá difícil de engolir?: experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo**. São Paulo, SP: Editora NEPAIDS, 2000. 143 p.

TREVISAN, J. S. **Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade**. Rio de Janeiro, RJ: Record, 2018. 552 p.

UCHITEL, M. **Neurose Traumática**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2011. 216 p.

WHATNEY, S. **Policing Desire: Pornography, Aids and the media**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1996. 192 p.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Appris Editora, 2018. 301 p.