

*Eva, Maria e Lilith: corpo de delito*¹

Eve, Mary and Lilith: Corpus delicti

Ocilene Fernandes Barreto
Paulo Roberto Cecarelli

Resumo

Este ensaio discute as relações entre o capital identitário de uma cultura e os roteiros de gênero produzidos pelos mitos de origem na exposição e no adoecimento da mulher ao HIV-aids. Os mitos são narrativas úteis ao homem para conferir entendimento sobre o mundo; uma cosmologia que se propaga na vida psíquica do sujeito, tornando-se dispositivos de verdade sobre os corpos. Nas sociedades de tradição judaico-cristã, o Éden é o ponto mítico de origem. Daí duas importantes representações identitárias atribuídas à mulher foram construídas: Eva, cuja sexualidade inscreveu o pecado e a morte na humanidade, e Maria, aquela que concebe o filho de Deus por intervenção divina. Nesse imaginário persiste a depreciação sobre a sexualidade feminina e a afirmação da mulher pela condição de mãe e de esposa no espaço doméstico do patriarcado. A partir da escuta clínica das pacientes com HIV-aids atendidas no hospital de referência no tratamento do HIV-aids, fomos confrontados não apenas com a presença do capital identitário dos mitos de origens e suas representações de gênero, mas também com a perspectiva de que esse capital poderia repercutir no diagnóstico, ocasionando extremo sofrimento psíquico. Logo, tratava-se não apenas do mal-estar diante do ataque narcísico pelo adoecimento por HIV-aids, mas a presença do capital mítico, quando elas [en]corporaram e [en]carnaram as representações identitárias de gênero, maledicências passíveis de expô-las ao contágio, mas também de tributá-las com o adoecimento ora diante do risco de transmissão vertical, ora pela morte de um filho ou companheiro pela aids.

Palavras-chave: Gênero, Identificação, Mito, Narcisismo, Sofrimento psíquico.

Embora de alguns anos para cá a aids tenha sido tratada como uma doença crônica graças à inquestionável eficácia da terapia antirretroviral (TARV) que garante a sobrevivência da pessoa com HIV-aids, a escuta clínica desses pacientes parece revelar uma certa indiferença aos respectivos avanços medicamentosos. Na contramão da cronicidade, a convivência e a descoberta do HIV-aids ainda implicam severo sofrimento psíquico para eles.

Não obstante, outra vez a clínica – afinal sentido e significados só podem ser atribuídos pelo próprio sujeito (FREUD, [1917]

1996) – também sugeria uma relação entre o mito de origem, o roteiro de gênero organizado por essa mitologia e a infecção por HIV-aids entre mulheres, pois muito do que elas diziam parecia estar permeado por uma possível culpa por sua sexualidade. Como se fossem responsáveis pela própria contaminação e como se presença do vírus corrompesse a maternidade.

Internadas no hospital de referência ao tratamento do HIV-aids em Belém-PA, elas descobrem o vírus, em geral, das seguintes formas: após o adoecimento e a morte do

1. Este texto faz parte de um projeto de pesquisa que conta com uma Bolsa de Produtividade em Pesquisa do CNPq (processo n.º 312687/2013-3).

companheiro são “convidadas” a realizar o exame; ou com a presença de diarreia ininterrupta de mais de um mês, o emagrecimento severo, a calvície ou outros sintomas. As doenças oportunistas, por exemplo, a meningite, o câncer, a neurotoxoplasmose e a tuberculose são afirmativas incontestáveis da presença da aids. Em seguida a pergunta lacônica, cuja resposta em alguns casos lamentavelmente coincide com a morte: “Aids? Mas eu não tenho aids”.

Outras mulheres embora já saibam ou desconfiem de sua sorologia, refutam-na, dispondo da afirmativa de diagnóstico recente como recurso para talvez mascarar uma convivência difícil, evitando que seus familiares descubram sua sorologia, mas também o medo e a dúvida de ter infectado um companheiro ou um filho com o vírus: “Minha maior preocupação era não infectar meu filho”.

Desse modo, pode-se supor que o adoecimento físico seria ínfimo diante do sofrimento psíquico evocado por essa trajetória. Afinal, não é apenas o corpo físico que padece e agoniza entre feridas, secreções e dores, mas o próprio sujeito e sua corporeidade narcísica ao ver sua beleza, sua história de vida, e principalmente seus ideais serem esgarçados como um frágil tecido velho. Há uma série de perdas e mudanças que passam a exigir novos sentidos, nem sempre possíveis devido ao trauma do diagnóstico.

Recordo a fala de uma paciente no dia de sua alta, cuja sorologia havia sido detectada há dois anos, durante o pré-natal do filho caçula. Porém, ela abandonou o pré-natal, não fez o uso da medicação e amamentou a criança. Tudo porque:

Eu só queria ser mãe. Eu fui irresponsável... Só não vou tirar minha própria vida porque eu vou ter de voltar e pagar por tudo o que eu fiz... Quanto tempo mais de vida eu tenho com “isso”? Quanto tempo de vida me resta?.

Ao desejar “ser mãe” não apenas pôs em risco a própria saúde, mas a do filho que,

depois, descobrimos ter sido contaminado. Não obstante, também fica a inquietação acerca do significado desse filho a essa “mãe” que ela queria ser. Afinal ela já tinha duas filhas, bem como o sentido do “Eu só queria ser mãe”.

Para Guimarães (2001), a “predisposição” feminina ao HIV-aids é mais social e clínica, divergindo do discurso médico adotado no início da epidemia, no qual a aids seria uma ameaça distante e irrisória à mulher – então encarnada no papel de esposa – a coadjuvante no tratamento e no adoecimento do marido.

A compreensão acerca da trajetória e do impacto da aids entre as brasileiras passa pela decodificação dos signos e dos valores de gênero, principalmente os referentes à sexualidade e às relações socioafetivas, pois a cultura organiza suportes identificatórios próprios nos quais atribuí e distribuí papéis que transformam corpos em entidades sexuadas, sociais e políticas, assemelhando o conceito de gênero a uma espécie de estatuto:

A expectativa, socialmente fabricada pelos roteiros de gênero é de que a atividade sexual é um canal para afetos que devem perdurar para além do ato (HEILBORN, 1999, p. 51).

Cada sociedade elabora um código particular a respeito do tema. E na compreensão do fenômeno “aids”, uma síndrome predominantemente adquirida pela via sexual, essa reflexão ainda se faz necessária, pois não cabe mais o argumento do desconhecimento ou de suas formas de contágio e prevenção: à revelia da informação atualmente disponível, é significativo o número de mulheres mortas em decorrência da aids (HEILBORN, 1999).

De 1980 até junho de 2014, o Brasil registrou um total 265.251 casos de aids entre as mulheres, com 79.655 mortes em decorrência da síndrome no mesmo período (BRASIL, 2014, p. 12). E o último boletim epidemiológico chama atenção para o crescimento do número de óbitos entre as mulheres: em 2004, a razão era de 21 mortes entre os ho-

mens para cada 10 entre mulheres, mas em 2013, a razão passou a ser de 19 mulheres mortas para o mesmo número entre os homens (BRASIL, 2014, p. 20).

No início da epidemia havia um silêncio perigoso acerca do risco de contaminação e, conseqüentemente, do crescimento de novos casos e do número de mortes entre as mulheres pelo HIV-aids, pois se acreditava que as esposas e as mães não seriam atingidas pela síndrome, uma possível misoginia sexista para manter um *status quo*, no qual se associavam as inibições e a maternidade à sexualidade feminina.

O risco de contaminação só foi admitido para as prostitutas, justamente por estarem à margem desse código de gênero devido a uma suposta luxúria, também organizada pelo respectivo *script* imaginário, semelhante ao que ocorria com os *gays*: a aids também intensificava preconceitos e moralidades entre as mulheres. Atualmente algumas mulheres ainda continuam usando a aliança ou o véu de noiva como escudos contra aids. No entanto, adquirir o vírus em uma relação monogâmica tem sido uma realidade frequente no hospital.

Guimarães (2001) pondera sobre a concentração inicial da aids no universo da prostituição feminina: o comunicante da notificação, o profissional de saúde, na hora de preencher a ficha lançava mão do termo mais por atribuí-lo à sexualidade da mulher do que a sua real atividade ocupacional. Ora, uma mulher solteira com vida sexual ativa e doente de aids só poderia ser o quê?

Dessa forma, os conteúdos sexistas e misóginos presentes no imaginário social que sempre cercaram o sexual feminino desautorizando-o e, assim, extinguindo o risco de qualquer doença sexualmente transmissível, supunham que a aids só afetaria a mulher adversa a essa fantasia: a prostituta. A insígnia de gênero ratificava a moral sexual civilizada.

A razão entre os sexos, que era de 40 homens para cada mulher com aids no ano 1983, chega a 1,7 homem para cada caso

entre as mulheres em 2010 (BRASIL, 2012, p. 84). E se a primeira década da epidemia foi marcada pelo pânico, a desinformação e a estigmatização sobre a “peste *gay*” ou “câncer rosa”, na segunda década a feminização da aids foi escancarada, retificando que ideais ou qualquer roteiro de gênero não imunizariam a mulher contra um vírus sexualmente transmissível como o HIV.

Para Pinel & Inglesi (1996), alguns obstáculos no enfrentamento da síndrome foram subestimados como o preconceito e a pobreza, mas principalmente os relacionados aos valores sexuais. Se, por um lado, a concentração inicial entre *gays*, hemofílicos, prostitutas e os drogaditos forjou a falácia do grupo de risco, por outro lado, o imaginário social também acreditava que as mulheres casadas ou com parceiros fixos estariam blindadas contra o HIV. Contudo, essa falsa foi perversamente desmascarada quando alguns recém-nascidos apresentaram graves e incomuns problemas de saúde. A maternidade denunciava a presença do HIV-aids no seio da família brasileira e o sofrimento psíquico feminino diante ao ataque a um dos mais simbólicos capitais identitários atribuído à mulher: a mãe, o mito do amor materno (BADINTER, 1985).

A epidemia atentou contra o ideal materno pelo risco de morte da criança em decorrência da aids, cujo vírus foi transmitido pela mãe durante a gravidez, o parto e a amamentação. Não obstante, revelava a presença de uma síndrome sexualmente transmissível, o que contemporizava ao mito edênico, no qual persiste a culpa da mulher por sua sexualidade ao provar do fruto proibido, e nesse caso o fruto proibido seria o vírus.

Peremptoriamente, as representações identitárias não protegem contra o HIV, e as namoradas, esposas e mães não apenas contraíram o HIV, como também estavam morrendo de aids. A vulnerabilidade ao vírus está no sexo desprotegido com um parceiro infectado em vez do casamento, da maternidade santificada ou de uma sexualidade ba-

lizada por determinadas insígnias de gênero. Mas as autoridades em saúde da época foram omissas e irresponsáveis. E a cultura patriarcal falocêntrica passava a contribuir com a incidência do vírus entre as mulheres: falar de prevenção, da necessidade e da importância do uso da camisinha não fazia sentido nessas produções discursivas. A aids atestava o corpo de delito da mulher ao ratificar a corporeidade narcísica e o sexual feminino a partir de míticos códigos de gênero.

No hospital, não é somente o ataque narcísico ao descobrir as doenças oportunistas e a AIDS, mas o fato de ter sido infectada pelo marido ou companheiro, aliado ao risco ou à ocorrência da transmissão vertical agrava o sofrimento psíquico da mulher durante a internação.

E não é nada estranho ou incomum o “agora ficariam juntos um cuidando do outro” ou “os dois tomando remédio” para apaziguar ou tentar “encerrar” o assunto; como se não fizesse mais sentido falar a respeito dos sentimentos despertados pelo fato de ele tê-la contaminado; afinal, “ele não vai me abandonar”. Também é frequente o não uso da camisinha ser legitimado pelo *status* de esposa, embora ela desconfiasse não apenas da infidelidade do companheiro mas também, do uso de uma medicação que pudesse indicar a sorologia dele.

Sabemos que a corporeidade narcísica é elaborada pelas tramas inconscientes do Eu, a instância psíquica formada através de arranjos e investimentos narcísicos:

[...] O Eu é sobretudo um Eu corporal, mas ele não é somente um ente de superfície: é também, ele mesmo, a projeção de uma superfície [...] (FREUD, [1923] 2006, p. 38).

O estatuto do corpo em psicanálise não se identifica nem com o conceito de *organismo*, nem tão pouco com o de *somático*. São justamente estas diferenciações que precisam ser bem estabelecidas para que a positividade do corpo para o sujeito em psicanálise possa ser

vislumbrada na sua especificidade [...] o sujeito tem um corpo, implica em dizer que aquele é *encorpado*, numa funcionalidade e organicidade inextrincáveis. Evidencia-se com isso, então, que não se poderia rigorosamente que o sujeito tem um corpo, mas que ele é um corpo [...] (BIRMAN, 1998, p. 13, grifos do autor).

Logo, a presença do HIV-aids corromperia não apenas as representações narcísicas do sujeito que descobre ser soropositivo, mas parece desmascarar e atacar os conteúdos míticos identitários presentes na trama.

Segundo Freud ([1913] 2012), os mitos são narrativas úteis e importantes, valiosos recursos psíquicos de que o homem lança mão na tentativa de compreender e explicar o mundo. Através da identificação se propagam nos conteúdos psíquicos individuais, pois ele cunha suas representações identitárias a partir desses ideais; são expedientes para dar conta dos afetos. Os mitos oferecem ao homem a condição de aprumar-se e dar ordenamento ao mundo. Ao conferir um simbolismo, inauguram uma cosmologia, na qual o homem se insere e toma como sua quando recolhe para si os ideais oferecidos pela alteridade: “[...] os mitos representam o patrimônio fantasmático de uma cultura. Suas origens confundem-se com a do homem” (CECCARELLI, 2009, 292).

A base que constitui os valores culturais, seu imaginário é mitológica. Os mitos de origem oferecem um ordenamento fantasmático e elaboram um estatuto identitário que legitima as representações de gênero. Na nossa cultura não há conteúdo tão emblemático acerca da gênese da mulher como o Éden, o paraíso sem pecado protagonizado por Adão e Eva.

Segundo as Escrituras Sagradas, o Éden marca o ponto de origem das sociedades de tradição judaico-cristã. Com base no relato bíblico da criação foram construídos ideais de gênero atribuídos à mulher, nos quais dois personagens antagonizam entre si: Eva, cujo pecado inscreveu a morte na humanidade, e

Maria, a imaculada concepção, que concebeu o filho de Deus por intervenção divina.

Os códigos judaico-cristãos apresentam-se como dispositivos ou instâncias de produção discursiva, e a “sexualidade”, como verdade do sexo e de seus prazeres, é um correlato dessas práticas discursivas (FOUCAULT, 1988). Logo, nas entrelinhas do gênero estão implícitas relações de poder.

A metáfora edênica não apenas assegurou a manipulação de corpos, mas inaugurou a produção de verdades a respeito do sujeito, e nesse caso, uma verdade sem precedentes sobre a mulher, cujo castigo foi moral: ela, que pecou porque sua natureza era inferior, deveria ter seus desejos servis ao homem, ao seu marido. Uma desigualdade de gênero ímpar.

Eva tornou-se a pária célebre não apenas por ter sido a primeira mulher, embora outras narrativas afirmem ser Lilith a primeira mulher: para Laraia (1997) e Pires (2008), algumas tradições orais e textos hebraicos, babilônicos e assírios narram que Lilith e Adão foram criados da terra à imagem e semelhança de Deus, mas ao contrário de Eva, Lilith tinha uma sexualidade livre e recusava sua subserviência aos desejos masculinos. Essa insurgência sexual e os interesses patriarcais dos editores acabaram por bani-la dos textos bíblicos oficiais pela inadmissibilidade da igualdade entre os gêneros e, principalmente, a autonomia sexual feminina.

Eva seria a responsável pela queda e pela expulsão do casal do paraíso quando introduz o pecado e inscreve a morte na humanidade, pois, embora nus e ordenados a “frutificai e multiplicai-vos” (GÊNESIS, 1:28), não havia ainda o pecado, que somente advém com o gesto de desobediência da mulher (RANKE-HEINEMANN, 1996).

Criada para ser ajudante de Adão, ele lhe transmite a proibição divina a respeito da árvore do bem e do mal. Mas a mulher, criada da costela do homem, portanto de natureza inferior, acaba transgredindo a lei paterna. Eva cede à tentação da serpente e em seguida seduz Adão, que acaba corrompendo sua na-

tureza superior.

Ele havia sido criado à imagem de Deus, então quando come do fruto proibido o instinto subverte e enoda ao espírito, “[...] pois és pó, e ao pó tornarás” (GÊNESIS, 3:19). Para Santo Agostinho, o prazer sexual é o que transmite o pecado original de geração em geração (RANKE-HEINEMANN, 1996), não obstante, a mulher se interpõe entre Pai e filho.

Após a queda e a expulsão do paraíso, Eva foi castigada com o aumento das dores da maternidade e a submissão de sua sexualidade ao marido, originando um roteiro de gênero ímpar, o que na prática significa a escravização sexual das mulheres (RANKE-HEINEMANN, 1996). Curiosamente, somente após o castigo Eva é finalmente batizada, sendo antes sempre tratada como “a mulher”. Mas contra a sexualidade apontada como motivo para a queda da humanidade, as escrituras elegem outro personagem feminino para antagonizar contra a réproba Eva: Maria.

Se, pela sexualidade feminina, os filhos de Eva herdariam a marca do pecado, a maternidade de Maria será santificada porque é imaculada. Amparada na figura de Maria, a maternidade tornou-se um tema intocável no imaginário cultural, o mito do amor materno, cujo significado ultrapassa a função biológica e elabora um imperativo de gênero, conferindo um valor sacrossanto à mãe, não à mulher (BADINTER, 1985).

Para Salles e Ceccarelli (2010), quando Santo Agostinho sexualiza o pecado original, ratificando o estigma negativo da sexualidade através da concupiscência de Eva, não apenas outorga que a humanidade nasceu do pecado, mas demoniza a mulher e inocenta o homem, respectivamente encenados por Eva e Adão:

A mulher é Eva, portanto, o perigo. Não por ser limitada, crédula, em primeiro lugar, mas porque, como a companheira de Adão, a mulher incita os homens a gozar, oferecendo-lhes o fruto proibido (DUBY, 2001, 108).

O prazer sexual era sinônimo de descontrolado, tornando-se um obstáculo à ascensão da alma porque o desejo é vício, é o domínio da natureza animal do homem sobre sua natureza espiritual. No jardim edênico, a procriação originalmente ocorria sem o desejo sexual, e o surgimento do prazer sexual é consequência direta da queda:

[...] o prazer sexual, que escurece a mente e desobedece à vontade, degrada a reprodução humana ao nível dos animais [...] No paraíso, diz Agostinho, havia a relação sexual, porque em questões intelectuais a mulher não seria de utilidade para o homem, mas Deus, conforme sabemos, criou a mulher para ajudar o homem [...] (RANKE-HEINEMANN, 1996, p. 101 e 105).

O pensamento agostiniano ratificará o sexo como um mal necessário mas limitado à reprodução. Novamente a sexualidade da mulher depreciada, cerceada nos limites do matrimônio e nas representações identificatórias de esposa e de mãe, afirmou-a pela condição de mãe e de esposa no espaço doméstico do patriarcado. Um imperativo de gênero permeado de sexismo, misoginia e aversão contra o desejo feminino.

Segundo Paiva (1990), Eva é o protótipo da mulher, um padrão eterno de gênero: a mulher será mulher de algum Adão e sua posição social é determinada por sua responsabilidade como mãe e esposa: “[...] preservação do casamento e pela felicidade do lar (marido e filhos)” (PAIVA, 1990, p. 56).

Ao prosseguir sem cura acrescida da gravidade do adoecimento, a aids segue causando severo mal-estar nos pacientes. A epidemia acabou sendo usada pela cultura para renovar antigos temores confeccionados pelo Cristianismo ao reaproximar prazer sexual e pecado, elaborando uma perigosa maledicência: a aids seria uma punição à sexualidade corruptiva e contrária aos ideais sexuais cristãos (BIRMAN, 1994). Além disso, reprimir o sexual ratificaria os interesses da

civilização pela exigência da renúncia pulsional.

Nosso trabalho teórico-clínico evidenciou que, no imaginário social, a aids entre as mulheres parece ser vista como consequência da sexualidade feminina, condenada e somente permitida na circunferência do matrimônio, atrelada à reprodução. Trata-se de um ideal organizado pelo mito edênico e seu conteúdo identitário, o que não apenas constituiu mas também corrobora com importantes desigualdades de gênero, evidentes no menosprezo e na subserviência da sexualidade feminina à autoridade e presença masculina.

[...] podemos afirmar que a consequência disso tudo que foi ressaltado até agora é a constituição de uma subjetividade feminina encarregada de responder, por um lado, a um imperativo de sexo e exotismo e, por outro, a um mandato de encarnação do diabo (ou seja, de encarnação de um corpo amaldiçoado, doente e excessivo) (BELÉM, 2000, p. 169).

Embora há muito tenha sido ultrapassada a divisão cartesiana do corpo, aqui não se trata de insistir na oposição corpo *versus* mente, mas no reconhecimento da importância de conteúdos psíquicos no adoecimento físico, não confundindo com a negativa das severas implicações e dos efeitos orgânicos da síndrome em questão.

De forma alguma se propõe o menosprezo à severidade das doenças oportunistas no paciente com HIV-aids ou aos avanços dos medicamentos disponíveis. Todavia, achamos importante ratificar a presença da atividade psíquica, afetos e mal-estar que acometem o paciente até mesmo para não insistir nas práticas pedagógicas e muitas vezes ineficazes do “use camisinha”, “a aids não tem cura, previna-se” ou “partiu, teste”; discursos indiferentes às tramas psíquicas do Eu.

Ora, a despeito da informação e da oferta gratuita dos antirretrovirais, são significativos os números de pessoas que contraem o vírus e morrem em decorrência da aids: em

2013, o Brasil notificou 39.501 novos casos e 12.431 óbitos por aids (BRASIL, 2014, 27 e 43). E no caso das mulheres, a partir da clínica, tentamos articular os códigos de gênero que o imaginário judaico-cristão parece ter legitimado e produzido sobre elas com uma possível vulnerabilidade na exposição e adoecimento pelo HIV-aids.

Desse modo, não concluímos este trabalho com verdades universais e irrefutáveis a esse respeito, sequer cogitamos isso. Acreditamos que a universalidade é particular a cada um, o psiquismo é organizado a partir dos arranjos inconscientes do próprio sujeito, o único capaz de conferir sentido aos seus afetos. Mas lançamos aqui a fagulha de um pensamento que pode contribuir com inquietações futuras, bem como incrementar o atendimento das pessoas vivendo com HIV-aids.

O atendimento e a compreensão da epidemia do HIV-aids entre as mulheres pode se beneficiar com o manejo do conteúdo advindo dos mitos de origem e de seus respectivos signos fantasmáticos. O reconhecimento da mitologia como suporte identitário e da própria atividade pulsional é capaz de conferir um terror petrificante, um estranho familiar, um corpo de delito que pode atestar crimes, castigos, culpas e, principalmente, o confronto com seu próprio psiquismo. Como diz Freud ([1930] 2010, p. 24): “Podemos tão só nos ater ao fato de que a conservação do passado na vida psíquica é antes regra do que a surpreendente exceção”.

O estatuto psíquico dos mitos não se atualiza somente nas questões de gênero, mas na dimensão psíquica do próprio sujeito, para a qual não há verdade absoluta, mas que também não há acaso: tudo parte de uma ordem fantasmática, um determinismo psíquico atribuído pelo inconsciente que elaborara percursos que não apenas reeditam suas respectivas tramas, mas [en]corporaram e [en]carnaram as representações identitárias de gênero, tributando cada um à sua medida e à sua maneira.

Abstract

This essay discusses the relationship between the identity of a culture capital, and gender scripts produced by origin myths in the exhibition and woman illness to HIV-AIDS. Myths are narratives useful to man to check understanding of the world: a cosmology that propagates in the psychic life of the subject, making it real devices on the bodies. In societies of Judeo-Christian tradition, the Eden is the mythical point of origin. Therefore, two important identity representations attributed to the woman were built: Eva, whose sexuality signed sin and death in humankind, and Mary, the one who sees the Son of God without sin. In this imaginary persists depreciation on female sexuality and the statement of the woman the mother condition and wife in the home of patriarchy space. From clinical listening to patients with HIV-AIDS seen at the referral hospital for the treatment of HIV-AIDS, we were faced not only with the presence of identity capital of the origins of myths and their representations of gender, but also with the prospect that this capital could impact on the diagnosis, causing extreme psychological distress. So it was not just the discomfort with the narcissistic attack illness by HIV-AIDS, but also the presence of the mythical capital, when they [in]corporated and [in]carnated the identity representations of gender. A slander capable to expose them to contagion, but also tax them with the illness now face the risk of vertical transmission, prays for the death of a child or partner by AIDS.

Keywords: Gender, Identity, Myth, Narcissism, Psychological distress.

Referências

- BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BELÉM, M. A. *Mulheres no Brasil: nossas marcas e mitos, ensaio de psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2000.
- BIRMAN, J. *A epopeia do corpo: nostalgias*. In: BASTOS, L. A. M. *Eu-corpando: o ego e o corpo em Freud*. São Paulo: Escuta, 1998. p. 9-24.
- BIRMAN, J. *Sexualidades: entre o mal e as maledicências*. In: LOYOLA, M. A. (Org.). *Aids e sexualidades: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UERJ, 1994. p. 109-116.
- BRASIL. *Boletim epidemiológico AIDS-DST*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST-Aids; ano X, 2012.
- BRASIL. *Boletim epidemiológico AIDS-DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CECCARELLI, P. R. Dom Quixote e a transgressão do saber. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 917-937, set. 2009.
- CECCARELLI, P. R.; SALLES, A. C. T. da C. A. Invenção da Sexualidade. *Reverso*, Belo Horizonte, ano 32, n. 60, p. 15-24, 2010.
- DUBY, G. *Eva e os padres: damas do século XII*. São Paulo: Cia das Letras, 2001.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. 2. ed. São Paulo: Graal, 1988.
- FREUD, S. Conferência XVII: O sentido dos sintomas. In: _____. *Conferências introdutórias sobre psicanálise* (Parte III. Teoria geral das neuroses. 1917 [1916-1917]). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 265-279. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 16).
- FREUD, S. O eu e o id (1923). In: _____. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Coordenação-geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 27-71. (Obras psicológicas de Sigmund Freud, 3).
- FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). In: _____. *O mal-estar na civilização e outros textos* (1930-1936). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Obras completas, 18).
- FREUD, S. Totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. p. 13-244. (Obras completas, 11).
- GUIMARÃES, C. D. *Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?* Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2001.
- HEILBORN, M. L. *Sexualidades: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- LARAIA, R. B. Jardim do Éden revisitado. *Revista de Antropologia da USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 149-164, 1997.
- PAIVA, V. *Evas, Marias, Lilith: as voltas do feminino*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- PINEL, A. C.; INGLES, E. *O que é Aids?* São Paulo: Brasiliense, 1996.
- PIRES, V. F. *Lilith e Eva: imagens arquetípicas da mulher na atualidade*. São Paulo: Summus, 2008.
- RANKE-HEINEMANN; U. *Eunucos pelo reino de Deus: mulheres, sexualidade e a igreja católica*. Rio de Janeiro: Record, 1996.

Bibliografia

- ARIÈS, P.; BEJIN, A. *Sexualidades ocidentais*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- BASTOS, L. A. M. *Eu-corpando: o ego e o corpo em Freud*. São Paulo: Escuta, 1998.
- BIRMAN, J. *As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009. (Col. Para ler Freud).
- CECCARELLI, P. R. Mitologia e processos identificatórios. *Revista Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 39, p. 179-193, 2007.
- CECCARELLI, P. R.; SANTOS, A. B. R. Psicanálise e moral sexual. *Reverso*, Belo Horizonte, ano 32, n. 59,

p. 23-30, 2010. Publicação do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais.

FREUD, S. À guisa de introdução ao narcisismo (1914). In: _____. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Coordenação-geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004. p. 97-119. (Obras psicológicas de Sigmund Freud, 1).

FREUD, S. Alguns comentários sobre o conceito de inconsciente na psicanálise (1912). In: _____. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004. p. 79-89. (Obras psicológicas de Sigmund Freud, 1).

FREUD, S. *Neurose de transferência: uma síntese* (1915) (*manuscrito recém-descoberto*). Rio de Janeiro: Imago, 1987.

FREUD, S. O recalque (1915). In: _____. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Coordenação-geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2004. p. 175-186. (Obras psicológicas de Sigmund Freud, 1).

FREUD, S. *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos* (1920-1923). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. (Obras completas, v. 15).

GARCIA-ROZA, L. A. *Acaso e repetição em psicanálise: uma introdução à teoria das pulsões*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

PERROT, M. Dossiê "História das mulheres no Ocidente". Escrever uma história das mulheres: relato de uma experiência. *Cadernos Pagu*, n. 4, p. 9-28, 1995.

Recebido em: 30/04/2015

Aprovado em: 10/05/2015

SOBRE OS AUTORES

Ocilene Fernandes Barreto

Psicóloga. Mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará. Bolsista CAPES. Pesquisadora do Laboratório de Psicanálise e Psicopatologia Fundamental/UFPA.

Paulo Roberto Ceccarelli

Psicólogo. Psicanalista. Sócio do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais. Diretor científico do Centro de Atenção à Saúde Mental (CESAME) <www.cesamebh.com.br>. Doutor em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise pela Universidade de Paris 7 - Diderot. *Chercheur associé* da Universidade de Paris 7 - Diderot. Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Membro da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região Minas Gerais/CRP-04. Membro da *Société de Psychanalyse Freudienne*, Paris. Membro fundador da Rede Internacional de Psicopatologia Transcultural. Pesquisador Associado do LIPIS (PUC-RJ). Pós-doutor por Paris 7 - Diderot. Professor da PUC Minas. Professor e orientador de pesquisa no Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG. Professor e orientador de pesquisa no Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFPA. Membro do Projeto Antártico Brasileiro. Pesquisador do CNPq.

Endereço para correspondência

Paulo Roberto Ceccarelli

Rua Rio Grande do Norte, 355/501 - Funcionários 30130-131 - Belo Horizonte - MG
E-mails: <paulocbh@terra.com.br>
<paulocbh@pq.cnpq.br>

