

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA
E PSICOLOGIA CLINICA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DO MAL AO BANAL

Uma Interpretação do Discurso Social sobre a SIDA

Reg. 15672
Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

Professor-Orientador: Prof. Doutor Carlos Amaral Dias

Maria de Fátima Triguinho Lopes

2001

Ao Luís,
ao Tomás
e à Leonor

AGRADECIMENTOS

O gosto que pus na realização desta dissertação devo-o à colaboração de várias pessoas, às quais quero expressar o meu reconhecimento.

Ao Professor Doutor Carlos Amaral Dias agradeço a sua amizade e tudo o que com ele tenho aprendido ao longo de vários anos. Agradeço-lhe a sua orientação sempre atenta e insistente, na forma sensível e singular com que o fez.

Ao Professor Doutor Rui Mendes agradeço a confiança, a forma como me incentivou e a sua colaboração nos aspectos metodológicos.

Quero agradecer à Professora Doutora Luísa Vicente que me proporcionou o primeiro contacto com mulheres seropositivas na fase neo-natal, momentos decisivos no modo como entendo esses doentes, em particular as mulheres.

Agradeço ao Centro de Documentação da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA as facilidades concedidas para a recolha de dados, em especial à Sandra Duarte pela simpatia e disponibilidade com que sempre me tratou.

Ao Rui, meu solícito secretário, agradeço as horas que me dedicou, a marcação de prazos e a árdua tarefa das correcções. À Laura por tudo o que lhe roubei e que ela transformou em traduções.

À minha família por todas as pequenas coisas impossíveis de descrever, sobretudo quando repararam as minhas falhas.

Agradeço a bolsa de estudos à JNICT- Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica - Programa Praxis XXI.

RESUMO

Será que um mal passou a banal, foi a questão de partida para analisarmos diferentes perspectivas sociais sobre a SIDA, doença que coloca um amplo espectro de inquietações, mas com a qual convivemos já quase pacificamente.

Esta dissertação procura encontrar nos discursos sociais sobre a doença, em particular nos discursos religioso, científico e psicológico, a evolução do pensamento social, bem como as invariantes que lhe são próprias. A metodologia utilizada fundamenta-se na teoria psicanalítica, como procura de compreensão de um facto social, seguindo os passos da análise de conteúdo.

Começamos por abordar o significado psicológico da doença para nos centrarmos na temática da SIDA, numa breve história, caracterização e seu significado no plano individual e social.

Na triangulação teórica Freud, Melanie Klein e Bion, desenvolvemos os fundamentos conceptuais que servem de base à nossa interpretação. Com Freud retomámos os aspectos essenciais do narcisismo e da fragilidade narcísica. Seguidamente com Klein revisitámos os conceitos de ansiedade paranóide / depressiva, clivagem e identificação projectiva. Por último, com Bion seguimos as particularidades da sua teoria dos grupos.

O último capítulo constitui o nosso objecto de reflexão. Refere-se à interpretação dos artigos de jornal, publicados no período compreendido entre 1990 e 1999, que nos foram facultados pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. Os textos foram sistematizados nos três discursos base: psicológico, científico e religioso, constituindo cada um deles uma categoria da nossa análise. Seleccionadas as expressões

significativas, procedemos à sua análise elegendo em cada um dos discursos, as invariantes interpretativas (as sub-categorias).

A sistematização dos dados obtidos mostra a evolução das atitudes sociais face à SIDA ao longo dos anos em estudo e são sobretudo reflexo da reprodução de um discurso que se mantém quase imutável em cada um deles. A reflexão crítica, permite-nos afirmar que as inferências feitas são plenamente justificadas à luz dos conceitos interpretativos que seguimos.

De facto, o “racional” do discurso científico, onde as sub-categorias dominantes são o conhecimento e limitação, parece não saber lidar com o irracional, ou seja, o lugar aonde o limite (científico) se gera é o mesmo onde o fantasma se produz. Já o discurso religioso se paradoxaliza face à SIDA, pois ao mesmo tempo que culpabiliza procura a integração e o cuidado ao doente. O discurso produzido ou é de negação (desmentido da realidade), ou de triunfo e/ou desprezo sobre a própria realidade. Quanto ao discurso psicológico, dominando a fragilidade narcísica, revela-nos que nem o cientismo dominante consegue iludir os problemas próprios à espécie humana (a dor mental, o desamparo) . Por outro lado, o predomínio de ansiedades confusionais nos sujeitos com SIDA não surpreende, uma vez que o lugar do sujeito desejante é radicalmente o mesmo onde se condena à morte.

ABSTRACT

“Did a disease turn into something trivial?”, that was the starting point to analyse the different social perspectives about HIV, an illness which sets a large spectre of anxieties, but with which we live together almost in a peaceful way.

This essay tries to find out in the social speeches about the illness, in particular the religious, scientific and psychological ones, the evolution of the social point of view, as well as its own invariants. The methodology used is based on the psychoanalytical theory, as a way of searching for an understanding of a social fact, following the steps of an analysis of content.

We start to approach the illness psychological meaning in order to fix our attention on the HIV thematic, in a brief history, characterisation and its meaning in the individual and social levels.

In the theoretical triangulation Freud, Melanie Klein and Bion, we develop the conceptual grounds which serve of basis to our interpretation. With Freud we retake the main aspects of narcissism and narcissic fragility. Then, with Klein we revisit the concepts of depressive/ paranoid anxiety, cleavage and projective identification. At last, with Bion we follow the particularities of his groups theory.

The last chapter constitutes our matter of reflection. It refers to the interpretation of periodical articles, published in the period understood between 1990 and 1999, which were granted by the National Commission of Fight Against HIV (CNLCS). The texts were systematised in the three speeches base: psychological, scientific and religious, constituting each one of them a category of our analysis. After selecting the most significant expressions, we proceeded to their analysis choosing in each of the speeches interpretative invariants (the sub-categories).

The achieved data systematisation shows the evolution of the social attitudes towards HIV during the years of our study and it is over all a reflex of a speech reproduction which keeps itself unchangeable in each of them. The critical reflection, allow us to state that the done inferences are completely justified by the light of the interpretative concept that we follow.

In fact, the “rational” of scientific speech, where the dominant categories are the knowledge and the limitation, seems not to know how to deal with the irrational side, that is, the place where the limit (the scientific one) is generated is the same where the phantom is produced. On the other hand, the religious speech is paradoxical in what concerns the HIV, because while it blames, it looks for the integration and for the care of the sick person. The produced speech is of denial (the denial of reality) or of triumph and/ or disdain of the own reality. In what concerns the psychological speech, dominating the narcissic fragility, it shows that the dominant scientism is not able to delude the problems which are proper of the Human species (the mental pain, the abandonment). On the other hand, the predominance of confusional anxieties do not surprise, as the place of the wisher subject is the same where there is condemnation to death.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
CAPÍTULO I - UMA DOENÇA , UM SÉCULO	6
1. DO FANTASMA AO BANAL	6
2. A SIDA	12
2.1. UMA PEQUENA HISTÓRIA	12
2.2. CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA	15
2.2.1. SOBRE A EVOLUÇÃO E A TRANSMISSÃO	16
2.2.2. O QUE DIZEM OS NÚMEROS	17
2.3. O FENÓMENO: SIDA	22
2.3.1. SUA IMPORTÂNCIA	22
2.3.2. O SIGNIFICANTE SOCIAL	25
2.4. OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS	30
2.5. OS DISCURSOS NO PRESENTE	37
CAPÍTULO II - ANALISADORES SEMÂNTICOS PARA UMA INTERPRETAÇÃO	38
1. SOBRE O NARCISISMO: SEGUINDO FREUD	38
1.1. PRIMEIROS ESCRITOS - TRÊS ENSAIOS SOBRE A TEORIA DA SEXUALIDADE (1910)	39
1.2. SEGUNDOS ESCRITOS - LEONARDO DA VINCE E UMA LEMBRANÇA DA SUA INFANCIA (1910)	40
1.3. TERCEIROS ESCRITOS - SOBRE O NARCISISMO: UMA INTRODUÇÃO (1914)	41
1.4. AS FRAGILIDADES DO EU	44

2. AS ANSIEDADES COMO DENOMINADOR COMUM : O PENSAMENTO	
KLEINANO	45
2.1. AS ANSIEDADES PRIMÁRIAS	48
2.2. A IDENTIFICAÇÃO PROJECTIVA	52
2.3. A CLIVAGEM	57
2.4. OS MECANISMOS SOCIAIS DE DEFESA	59
3. FANTASMAS COLECTIVOS : OS GRUPOS EM BION	62
3.1. A TEORIA DOS GRUPOS	62
3.2. OS PRESSUPOSTOS BÁSICOS	65
CAPÍTULO III- O NOSSO ESTUDO	68
1. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	68
2. O PROBLEMA EM ESTUDO	70
2.1. TIPO DE ESTUDO	71
2.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	72
2.3. PROCEDIMENTO	73
3. O DISCURSO SOCIAL SOBRE A SIDA	76
3.1. CATEGORIZAÇÃO DOS DIFERENTES DISCURSOS	76
3.2. AS INVARIANTES ENCONTRADAS	79
3.2.1. O DISCURSO RELIGIOSO	80
3.2.2. O DISCURSO CIENTÍFICO	81
3.2.3. O DISCURSO PSICOLÓGICO	81
4. UMA INTERPRETAÇÃO DOS TEXTOS PUBLICADOS	82
4.1. APRESENTAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS	82
4.2. DISCUSSÃO	100
5. REFLEXÃO CRÍTICA	106
BIBLIOGRAFIA	108
ANEXOS	113

INTRODUÇÃO

Rosa já tinha ouvido falar de SIDA através da televisão, sobretudo do estigma de umas crianças. A designação portanto não lhe era de todo desconhecida, mas tão distante de si estava tal realidade. Sempre tinha vivido na sua aldeia, casara muito jovem, teve dois filhos e foi feliz até à morte dolorosa do seu marido. Tudo viveu com o mesmo amor, com o mesmo sentido do dever. Agora estava viúva, trabalhava para o sustento dos seus dois filhos adolescentes...

Um desconhecido começa a viver ali na terra. Diz-se apaixonado por ela, Rosa afeiçoa-se a ele. Afinal era jovem tinha uma vida para viver...os filhos que sim, concordaram...e Rosa aceitou. Um namoro curto e um casamento rápido. Ele dizia que gostava de ter um filho, ela enfim tinha dois, mas por ele...engravidou e ficou feliz. Porém os primeiros exames laboratoriais derrubaram tal sonho, era portadora de VIH. Rosa não queria acreditar na origem. Já tinha estranhado as visitas do marido ao Norte, à família dizia... só então soube que se tratava de vigilância médica.

Conhecemo-nos quando o Ruizinho nasceu. Agora vivia entre a raiva pela mentira, a vergonha de tão facilmente se ter deixado seduzir e o medo da exclusão social. Ia abandonar a aldeia e esconder-se com o menino num quarto de Lisboa. De repente era uma névoa que se instalava tapando todo o sol do corpo, construindo na negrura das trevas, o princípio e o fim de tudo.

Ficámos cúmplices neste caminho curto, que se inicia e se percorre sem se querer. Sem sequer se ter tempo para pensar nisso. Sem ninguém a quem perguntar o rumo, sem rota ou direcção definida. Dependente do arbítrio do corpo, da sorte ou da pura desgraça. Como se, por uma qualquer razão, da vida que se molda ao corpo se passasse, por uma razão que ninguém conhece nem percebe, ao corpo que se molda à sorte, ao destino.

Foi aí percebi que a solidão humana perante a morte, a consciência da sua individualidade e o reconhecimento de que, também aqui, se está completamente só, apenas poderia resultar numa brutal dor mental. Sentia então que, ainda que nada mais pudesse perturbar esta mulher, bastava-lhe o corte com a vida e com os outros, para que o caos, a desorganização mental se erguesse. Condenada!

Mas, mais do que o golpe que ela fazia com a vida, era o corte que o mundo estabelecia. Percebi então que o que enferma é a atitude colectiva. A sociedade submetida às fantasias inconscientes colectivas desliga-se do individual para se fechar em torno da reprodução do pensamento grupal. Também ela condenada! Tecem-se muitas considerações, vai-se especulando, mas o fosso entre o individual e o colectivo é enorme.

De novo a humanidade aparece neste virar de século como fatidicamente condenada. Como se, de novo, se sobrepusesse o biológico sobre a história. A doença, a doença incurável, particularmente a invasiva e ameaçadora pandemia - a SIDA, assumiu traços sórdidos e assustadores. A ameaça do VIH, coloca de novo o risco num lugar que já não constituía para a humanidade um perigo - as doenças sexualmente transmissíveis. "A epidemia actual é o reverso da medalha, o preço inopinado que é preciso pagar por ter perturbado tão radicalmente os equilíbrios ecológicos milenários", afirma Mirko Grmek (1990, 81).

Teve o Homem tal atrevimento? Até onde ousou desafiar a ordem da Natureza? Que analogias poderemos encontrar entre esta e outras epidemias ao longo da história do homem? Veiculará a SIDA novos medos, ou apenas um novo vírus faz ressurgir velhos espectros? A verdade é que nenhuma outra epidemia tem sido tão adjectivada.

Talvez mais do que em qualquer outra, há nesta doença factores que lhe concedem um lugar único para a humanidade. Na verdade, conjugam-se comportamentos com o modo de contaminação e com a incerteza dos tratamentos, o que a torna num alvo privilegiado da projecção de fantasmas colectivos. Mas, ao mesmo tempo que provoca reacções extremas também suscita paixões. Tomando o lugar de receptáculo da raiva, não reenviará também para fantasmas originários? A não ser que a SIDA sirva de pretexto para a expressão duma angústia universal escondida e no entanto insistente, que é a evidência do fim ou da realidade da morte?

Como se se cumprissem os sinais do oráculo, vive-se uma angústia colectiva que percorre as sociedades. Vive-se em estado de alerta, um alerta alarmado, feito de constrangimento e de medo.

A humanidade sempre tem imposto a sua superioridade ao longo dos tempos. Tem procurado sobrepôr-se ao mal, travando batalhas árduas, mas conquistando... Eis que a doença vence sobre todo o poder humano. Paradoxalmente, parece que o homem se volta para a parede. Volta-se pacificamente para a morte, reconhecendo-se assim os seus gestos mais antigos. Nas suas palavras apenas cabe um discurso de condenados, dominados pela falência do poder e pela impotência perante tal destino.

A SIDA alcançou também um lugar único no plano mediático quantas vezes reduzido a slogans. Slogans dos rostos beneméritos, slogans...

De novo abre-se publicamente a questão da sexualidade, recua-se nas liberdades adquiridas, transformando-se o VIH no preço a pagar pelo prazer. A liberalização dos costumes que sobreveio à revolução contraceptiva, a liberdade sexual e a confiança cega numa rede de partilha, onde o desejo e o prazer aparecem desligados de qualquer limite social e até mesmo biológico, deixou de existir. Perante a irrupção do vírus, a livre escolha, sem qualquer tipo de entrave, é também a escolha do perigo, da fragilidade. Mesmo quando tudo é permitido, o tudo não é mais possível.

Por tudo o que veio representar, ocupando um tão grande espaço na nossa atenção, a SIDA constitui também o nosso objecto de estudo. Não temos como objectivo estudar a

doença em si, nas suas diversas componentes, mas apenas indagar sobre o que representa, enquanto fenómeno social, o seu significado psicológico.

Neste estudo, centramo-nos nos discursos que maior influência terão no vivido psicológico desta doença, como representativo de uma parte da população, isto é o discurso científico, o discurso religioso e finalmente o discurso psicológico, o qual nos toca mais directamente.

Optámos pois por efectuar uma análise comparativa da evolução destes discursos ao longo de cerca de dez anos de história da doença. Iremos procurar acentuar por um lado as invariâncias em cada um desses discursos, por outro a sua evolução.

O nosso olhar interpretativo, tem por base uma preocupação analítica, sendo que, por razões de simplificação elaboramos a seguinte ordem de exposição:

1. Em primeiro lugar (capítulo 1) uma abordagem teórica sobre o significado psicológico da doença para nos centrarmos na temática da SIDA, numa breve história, caracterização e seu significado no plano individual e social.
2. No segundo capítulo, desenvolvemos os fundamentos teóricos, seguindo a triangulação teórica Freud, Melanie Klein e Bion que nos servem de suporte interpretativo .
3. O terceiro e último capítulo, dedicamo-lo à nossa leitura. Primeiramente às questões metodológicas, à definição do problema em estudo e à análise de conteúdo. Os dados recolhidos são sistematizados nos três discursos base (psicológico, científico e religioso). Enaltecidas as invariantes encontradas na análise do texto jornalístico produzida, efectuamos a interpretação dos mesmos escritos. Uma reflexão crítica, interpretativa e integrativa conclui o presente trabalho.

As referências bibliográficas e os anexos constituem a parte final do texto.

CAPÍTULO I - UMA DOENÇA, UM SÉCULO

*“Mora de um lado o espanto, de outro
o absurdo e repelem de si a vida”*

Raul Brandão

1. DO FANTASMA AO BANAL.

Regressemos ao antigo pensamento grego. Aí encontraremos o homem como centro unificador. Um microcosmos, como defendia Demócrito, no qual se reúnem todos os graus do ser em harmonia preestabelecida (Leibniz). Até aí, o homem sabia-se o epicentro de um mundo perfeitamente claro e ordenado. “O mundo natural, tomado em sua totalidade, é sem falta, sem falha, sem fenda”, acrescentaria Garcia-Roza (1990,15).

Porém com a revolução copernicana esta crença desmorona-se e instaura-se a insegurança. O cosmos não garante mais ao homem aquela segurança. A realidade objectiva deixou de lhe garantir o sentido e posição da sua existência. Tudo isso (o isso será o caos), faz com que o homem se retraia sobre si mesmo.

A partir desse momento, o homem passa a ocupar o centro, mas apenas como sujeito e não como centro de uma ordem objectiva do ser (ordem natural). Então, o eu converte-se necessariamente no centro do mundo. Cada ser, cada um de nós, sente e experimenta como um e único, singular e irrepitível. Remete-se para si mesmo. Questiona-se sobre o sentido da sua vida.

Aqui radica tanto a grandeza quanto a pequenez do homem. Grandeza enquanto esse eu singular e irrepitível, não pode ser substituído ou representado por nada ou por

ninguém. Ao mesmo tempo, constitui a sua pequenez, enquanto não é mais do que um ponto na totalidade incomensurável do mundo e da sua história. Por mais que o homem viva metido no mundo e nos seus acontecimentos, está definitivamente preso apenas a si mesmo. Pequenez também porque se assume como um desorganizador daquele todo. “O homem é ao mesmo tempo parte dessa natureza e elemento heterogêneo que vem perturbá-la. Pela autonomia, ele é capaz de atentar contra a natureza; ou melhor, essa própria autonomia já é uma quebra da ordem natural. Ela é a responsável pela degradação progressiva da natureza original... a degradação não é exclusão da ordem e sim transgressão da ordem ... o homem é, assim, simultaneamente parte da natureza e princípio da sua perversão” (Garcia-Roza ,1990,23). Ou seja, o homem seria o princípio de um “mal”.

Nos nossos dias muitas vezes a SIDA tem representado este elemento perturbador de uma ordem natural, como se o homem tivesse desafiado a ordem da natureza, logo os seus comportamentos, são comportamentos transgressivos. Isto faz com que o objecto da sua agressão seja exactamente ele mesmo. É no próprio homem que esse “mal” tem origem. Face à sua pequenez, perdido na dimensão do universo, sem nada perceber, o homem procura as causas do “mal”. De um lado invoca-se o castigo de um Deus, como se uma parte do ser procurasse punição e alimenta-se a esperança de corrigir o erro cometido.

Ora, a questão é que as vítimas frequentemente têm o sentimento de que não infringiram qualquer regra, ou seja, a doença e sobretudo o sofrimento aparece-lhes como qualquer coisa incompreensível e gratuita. Virá então o “mal” de fora ? Será uma categoria que está para além dele. Será apenas uma face da condição trágica do ser, da condição de sofrimento? Será um erro da natureza, uma falha na ordem preestabelecida ? Obra de génios maléficos? Algo permanece inacessível ao conhecimento.

Procuramos apreender o fenómeno, porém, queiramos ou não, somos invadidos pelo pensamento mágico - arcaico e no mesmo instante, reconhecemo-nos, cada um de nós, como seres subordinados a um mundo de pressupostos, um mundo teórico, que nos é transmitido pela cultura, pela visão interpretativa dos dogmas religiosos, pelas verdades científicas.

Como se não houvesse um lugar para o acaso, como considerava Platão, ousamos questionar, embora seja tímida a nossa afirmação.

Retomemos o mais banal dos contrastes – o bem e o mal. O bem não se questiona. Pelo contrário o mal (sofrimento, dor, morte) apavora-nos, persegue-nos em diferentes domínios, como se existisse uma positividade no bem que se opõe à negatividade no mal (Hegel).

Sem duvida que regidos pelo pensamento judaico-cristão somos dominados pela verdade teológica segundo a qual Deus é absolutamente bom, Deus é todo poderoso, porém o mal existe. Ora este pensamento norteia, senão mesmo submete, o homem remetendo-o à culpa e ao castigo.

Procurando decifrar aquela coexistência, Durand (1992) evoca Leibniz que descreve o mal como um mal metafísico. Neste conceito, Leibniz integra o sofrimento e a morte, que define como a deficiência de todo o ser criado. Sendo certo que “Deus não pode criar outro Deus mas apenas seres menos perfeitos do que ele... Deus não pode criar senão o que combina o máximo de imperfeições com o máximo de perfeição” (Durand, 1992, 58). Leibniz considerava então que o nosso mundo não poderia não ser o melhor dos mundos. Simplesmente, o mal que nós observamos ou que experimentamos, não é senão uma consequência do facto de que o nosso mundo é distinto de Deus e portanto imperfeito. Este contraste bem e mal seria indispensável à harmonia do todo.

Numa outra concepção “Deus criou um mundo em evolução, é inevitável que nas transformações numerosas a partir da primitiva nuvem negra, haja cataclismos, perturbações e doenças. São os desequilíbrios inevitáveis entre as forças em presença, elas entram dentro da beleza e dinâmica da criação” (Durand, 1992, 31).

Visto deste modo, há até qualquer coisa de tranquilizador, o mal aparece sempre balanceado com o bem. Mas apenas por instantes poderemos ficar aí. Porque de facto, apenas uma crença e um optimismo desmesurados poderão admitir que o sofrimento seja uma face de um bem.

Mas voltemos à tradição judaico-cristã. Esta fundamenta-se em dois grandes temas teológicos: Um a natureza e o sentido de redenção e outro a origem do mal e do pecado original. Se um enaltece e torna magnânime o sofrimento, o outro aponta para o combate enérgico a toda a espécie de sofrimento. É nesta contradição dicotómica que todo o mal se desenha no pensamento cristão.

O sentido da redenção que se impõe como um dogma, uma verdade de fé, tem subjacente uma teoria da satisfação e da substituição - Se pelo pecado original o primeiro homem ofendeu a Deus, então merece a morte. Ainda por essa mesma razão a humanidade deve pagar e reparar todo o mal. Pela submissão e obediência poderá o homem enfim aliviar a cólera de um pai onipotente e obter o perdão divino. O sofrimento (a morte na cruz) torna-se assim um mal mas que é símbolo de uma prática a favor dos homens, a sua libertação.

Por seu lado, a dimensão do pecado original estabelece a mais estreita ligação com a origem do mal no mundo.

No livro dos Génesis, os 3 primeiros capítulos falam de um paraíso onde os seres humanos viviam felizes, livres da morte e isentos de qualquer tipo de sofrimento. Contudo, a ousadia e o pecado de Adão vieram destruir esta harmonia e separar o homem de Deus. Desta audácia do homem terá nascido o mal, o sofrimento e a morte. Compete-lhe a ele tudo fazer para reparar aquela harmonia.

“Insinua-se assim, progressivamente, a atitude de submissão que imprime à concepção de mal um cariz moral . É preciso viver na observância da lei de Deus para evitar os males quaisquer que eles sejam” (Vila-Real 1993,41). A propósito do mal moral, Ricoeur diz que ele “ designa o que torna a acção humana objecto de imputação, de acusação e de repreensão. A imputação consiste em consignar a um sujeito responsável uma acção susceptível de apreciação moral. A acusação caracteriza a própria acção como violação do código ético dominante... a repressão...o autor da acção é declarado culpado e merece ser punido ” (Ricoeur, 1988, 23). Nesta concepção do mal o sofrimento apenas pode ser entendido como punição, um sofrimento infligido “se a falta

(o erro) faz o homem culpado, o sofrimento o faz vítima : o que reclama a lamentação”
(Ricoeur, 1988, 24).

Entre o sofrimento entendido como uma etapa de um processo protector e o sofrimento visto como um funesto episódio, joga –se a dialéctica da culpa e da tragédia humana. Talvez o homem tenha tido, ao longo dos tempos e continue a necessitar de um sofrimento que alivie a sua culpa (libertação), por outro lado, é vítima sujeito à grandiosidade do universo, ou à onnipotência de um Deus. Talvez o homem tenha encontrado na doença, nas grandes doenças da humanidade, a resolução para tal dialéctica.

“Dir-se-ia que as sociedades têm necessidade de ter uma doença que possam identificar com o mal, e cobrir de opróbrio as suas “ vítimas”, mas sentem dificuldades em dirigir tal obsessão sobre mais do que uma doença” (Sontag,1998,109). De facto, há um cepticismo que caracteriza as sociedades ao longo dos séculos no qual predominam os fantasmas associados à doença, à persistência por vezes excessiva e até obsessiva da imagem da morte. Ao mesmo tempo sempre se viveu sob o fascínio da tragédia e da condição trágica do ser, que alimentou a imaginação de artistas e filósofos, muito embora ao longo dos tempos as causas dos males fossem diferentes.

A ira de Deus perante os pecados dos homens parecia a única explicação possível para os golpes devastadores que abalaram o mundo do séc. XIV. Mas, praticamente até ao séc. XIX as verdadeiras causas das doenças constituem uma incógnita, então todo o mal era visto como um castigo de Deus, zangado com os constantes pecados cometidos pelo homem. Toda a adversidade era invariavelmente entendida como um mal que vem de fora, um castigo infligido, uma punição.

A um mesmo tempo, o homem vivia sobre o jugo da mão de Deus , mas não estava menos dependente da influência dos astros. Também a eles se atribuía quase tudo.

Preso a estas influências astrais, o pensamento médico assinalava o ar como meio de transmissão de doenças, principalmente das pestes. Era o ar envenenado, coberto por névoas pesadas e pegajosas, provocadas por todo o tipo de agentes naturais e

imaginários, desde águas estagnadas à conjunção negativa dos planetas, que espalhavam a doença e a morte entre os homens.

Perante tal arbítrio, o homem encontrou na peste a designação mais expressiva para os males mais temidos, para as doenças mais terríveis ou para as calamidades públicas. “As pestes são invariavelmente olhadas como uma sentença que recai sobre a sociedade...” (Sontag, 1998, 147). Mostrando-se a medicina incapaz de explicar e curar a doença, cresce a fonte dos medos que vão corroendo os indivíduos, ao mesmo tempo que germinam as doenças imaginadas.

A epidemia da peste negra (1346 a 1352) foi, de todas as que já varreram a humanidade, a mais devastadora. A doença era aterrorizante, o pavor instalava-se e a morte vivia estampada nos rostos dos condenados. Diante do avanço inexorável da praga, a atitude mais comum era a fuga. E se o fim do mundo era certo para muitos, outros denegavam esta realidade “ de dia e noite de uma taverna para outra, bebendo e farreando desenfreadamente”, como conta Boccaccio em *Decameron*. O prazer sem freios é deste modo a única forma de lhe fazer face. Em nada a experiência de um sofrimento comum aproximava as pessoas, pelo contrário apenas aumentava o desejo de escapar a tal sorte.

Já no século XIX o terror estava na tuberculose “o século XIX alimenta a obsessão do doente do peito: Um pouco de tosse, um pouco de febre, e o hipocondríaco sente-se tuberculoso...” (Le Goof, 1985, 252).

Não estamos longe do pensamento de Le Goof quando afirma que a doença pertence à história do homem “ ... história dramática que revela através dos tempos uma doença emblemática unindo o horror dos sintomas ao pavor de um sentimento de culpabilidade individual e colectiva: lepra, peste, sífilis, tísica, cancro e num pequeno território fortemente simbólico, a SIDA...” (Le Goof, 1985, 8)

Mas se a peste foi o horror, também teve um lado positivo para a humanidade. Expôs a fragilidade da ciência e consequentemente possibilitou o seu desenvolvimento, livrando-a da superstição e da ignorância em que navegava, ao mesmo tempo que

obrigou o homem a mudar a sua forma de se relacionar com o meio. De novo, parece que o mesmo se passa na epidemia da SIDA.

A SIDA interrogando e desorganizando o campo social, entrou já na história do homem. Na colisão entre o histórico e o actual joga-se a história do sujeito, as suas perdas são as perdas históricas da humanidade. Em torno de um significante comum, o mal, foge-se, exclui-se, remete-se o outro ao seu lugar, como o judeu no seu gheto, o doente com SIDA longe da vista.

Sem dúvida que ainda se vive um certo grau de excitação que tem acompanhado esta epidemia, mas a verdade é que a partir de certa altura se verifica um desassombro da doença, a palavra passa a ser dita mais livremente e do registo do medo passa-se à convivência serena.

2. A SIDA

“A SIDA é o cavalo de Tróia de toda a gente”

Sontag

2.1. UMA PEQUENA HISTÓRIA

Quando em 1981 foram pela primeira vez internados em Los Angeles cinco doentes, as coincidências tornaram-se demasiado evidentes para se poder pensar que se tratava de uma mesma doença. Todas essas pessoas eram homossexuais com idades entre os 29 e os 36 anos e apresentavam sintomas semelhantes graves, compatíveis com a existência de uma doença oportunista, resultante do ataque de um protozoário ao seu sistema imunitário.

Dois desses doentes morreram rapidamente e o agravamento do estado dos restantes foi igualmente rápido, o que alarmava terrivelmente, como se uma nova peste vinda de um lugar estranho se estivesse a revelar.

O número de casos semelhantes aumentou em flecha num período de tempo bastante curto e já no final de 1981 se registavam mais de 200 casos nos EUA e 36 na Europa (Grmek, 1990). Em pouco tempo são também notificados vários casos de um tipo de cancro considerado muito raro - o sarcoma de Kaposi. Contudo, nada faria supor que este seria o início da doença do fim deste século, muito embora as suas primeiras manifestações possam ter ocorrido há bastantes anos atrás.

Começam a correlacionar-se as semelhanças entre os casos, verificando-se a existência de uma falência do sistema imunitário que se traduzia no decréscimo do número de linfócitos - T, os linfócitos socorristas (CD 4).

Todos os sinais indicavam que a doença se circunscreveria a um grupo com comportamentos sexuais determinados, o que sugere que a causa é um agente infeccioso transmitido sexualmente.

Nas comunidades gay viveu-se de imediato a tragédia que sobre eles recaía, não apenas pela ameaça futura, mas também porque a doença os remetia para tempos anteriores à sua recente emancipação. Contudo, reagindo a este determinismo, num primeiro momento essas comunidades tentaram minimizar os seus riscos, interpretando-se a descoberta da doença como uma espécie de “lenda inventada por puritanos americanos para instaurar de novo a ordem moral... uma espécie de feitiço dos heterossexuais, dos normais contra grupos de risco...” (Pracontal, 1992, 8)

Ao mesmo tempo as investigações levadas a cabo procuravam definir o perfil da doença bem como do doente. Em Outubro de 1981, define-se então a nova entidade clínica “The Gay Related Immunodeficiency”.

Enquanto pacificamente se aceitou que a doença estava circunscrita a grupos claramente definidos reinava a tranquilidade e a segurança entre as populações. Era uma doença dos

outros. Daí foi um passo para a homofobia que se generalizou, para as ondas xenófobas e para a estigmatização.

O medo da contagiosidade e a rejeição dos sujeitos infectados motivaram o desejo da criação de residências onde os mesmos pudessem ser apoiados material, social psicológica e familiarmente. Contudo, estes ideais supostamente movidos pela solidariedade revelaram uma forma “atenuada de sidatórios”, como afirma Ruffiot (1989). Na verdade, para muitos responsáveis políticos e até para alguns países, estes vieram a transformar-se no início do “aparthaid sanitário” (Ruffiot, 1989), no início da discriminação.

No Verão de 1982 finalmente designa-se a doença, e definem-se as correlações entre contagiosidade e doença - daí que a identificação do paciente zero tenha constituído um elemento fulcral naquela cadeia.

Dos 248 doentes identificados na América em 1982, pelo menos 40 deles tinham sido infectados por aquele homem, sem que ele tenha apresentado qualquer sintoma. Até à sua morte em 1984, este indivíduo manteve o modo de vida anterior sem qualquer protecção nas relações sexuais “ele avisava muitas vezes os seus parceiros mas só depois de passarem ao acto.” (Grmek, 1990, 49).

Se a epidemia e depois a pandemia do século se instalou a um ritmo quase alucinante, as investigações, tanto na área diagnóstica quanto epidemiológica, não foram menos extraordinárias. Definem-se períodos de incubação, que poderão situar-se em mais de 10 anos. Identificam-se as diferentes estirpes virais. Caracterizam-se as fases de evolução da doença - seroconversão (seropositividade), fase silenciosa e o diagnóstico da SIDA.

A transmissão do vírus pelos derivados do sangue reduziu-se rapidamente. Implementaram-se medidas de controle na toxicod dependência. O conhecimento alarga-se. Contudo a superioridade da doença foi-se instalando.

Alcançando proporções inesperadas à escala mundial, passa a ser considerada sobretudo como uma doença do comportamento e por essa razão passa a privilegiar - se a informação e a educação que motive a mudança de comportamentos.

Enfrentava-se assim uma doença nova, que tem escapado ao arsenal terapêutico habitual, mas relativamente fácil de circunscrever, se admitirmos a ideia de que os modos de contaminação, assim como as medidas de protecção, são conhecidos.

Contudo apesar de toda a evolução, no rescaldo da Conferência Mundial de Genebra em Julho de 1998, onde a palavra de ordem foi - todos os seres humanos tem direito à terapêutica, insiste-se “ É preciso ter consciência de que a grande arma na luta contra a SIDA continua, pois, a ser a prevenção” (Ferreira, 1998,8).

2.2. CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA

O nosso sistema imunitário é formado por um conjunto de mecanismos que actuam como defensores do organismo de ameaças externas ao seu equilíbrio - os linfócitos T “helper” (T4) são as células responsáveis por esse equilíbrio.

Na superfície destas células T, tal como noutras específicas do sistema imunitário, existem estruturas moleculares receptoras, os marcadores antigénicos CD4. Esta receptividade é uma susceptibilidade da célula e constitui o primeiro passo para a entrada do vírus.

Ora, o VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) constitui-se exactamente como um perturbador daquele equilíbrio. Até ao momento foram identificadas duas variedades de VIH, o VIH1 e o VIH2, no entanto, os seus efeitos sobre o organismo são semelhantes. Este vírus (retrovírus) está associado a uma enzima específica, para além disso contém em si mesmo o material genético necessário para a sua reprodução. Uma e outra características, são factores facilitadores da transformação que o vírus terá no interior da célula, tornando-o responsável pela deficiência do sistema imunitário.

Mais ainda do que ser um agente atacante e destruidor, o que parece mais incrível é a sua capacidade de, ao entrar em contacto com a célula e por acção enzimática, transformar o seu RNA em DNA compatível com o da própria célula. Daí a designação de retrovírus.

Fundindo-se na identidade celular, subverte-se o “eu” biológico e a célula perde as suas capacidades funcionais. O défice imunitário torna-se numa porta aberta para o aparecimento de infecções oportunistas e para o desenvolvimento de tumores.

É aqui que surge qualquer coisa de extraordinário, o que indubitavelmente contribui para a valorização do factor psicológico, que é a emergência deste fantasma - à partida parece confundir-se, parece misturar-se a vida com a destruição.

A SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) corresponde então já ao estado de falência do sistema imunitário ao qual se associam outras patologias .

2.2.1. SOBRE A EVOLUÇÃO E A TRANSMISSÃO

O vírus tem sido identificado em vários fluidos orgânicos - sangue, esperma e em menor quantidade nas lágrimas, urina e saliva, mas apenas se consideram como modo de transmissão as seguintes vias:

1. Transmissão sexual - por contacto sexual em relações vaginais, orogenitais e anais, não protegidas.
2. Transmissão sanguínea - por sangue ou derivados contaminados que infectem outro sujeito.
3. Transmissão transplacentária - transmissão vertical do vírus mãe-feto, durante a gravidez ou parto.

Fora desta cadeia, a transmissão é altamente improvável.

No que respeita à evolução da doença consideram-se três fases:

1. Seroconversão - que corresponde ao período de incubação do vírus, imediatamente após a infecção, com duração entre 6 a 18 semanas, podendo ocorrer várias

manifestações clínicas não identificadas com a doença, como sejam a sensação de mal estar geral, cefaleias, erupções cutâneas, febre, bem como perturbações neurológicas.

2. Latência, - É considerada a fase silenciosa da doença na qual, muito embora seja possível o isolamento do vírus, não existem manifestações no sistema imunitário. A duração deste período é ainda indeterminada. No início da década de 90, os “estudos registam que esse período é superior a 3 anos em cerca de 90% dos sujeitos e a duração média situa-se entre os 4,4 anos e 8-9 anos” (Quaranta,1996,70) mas estudos mais recentes consideram que esta fase pode ir bastante para além dos 10 anos. De resto é na duração desta fase que assenta a noção de doença crónica que hoje se atribui à SIDA.
3. Complexo Relacionado com a SIDA (CRS) - Corresponde à passagem de um estado de seropositividade assintomática para a presença de sintomatologia - o seu prognóstico é reservado verificando-se geralmente a evolução para SIDA propriamente dita.

A evolução clínica dos indivíduos infectados é extraordinariamente variável, o que remete de imediato para mediação psicológica na função imunológica.

2.2.2. O QUE DIZEM OS NÚMEROS

O primeiro grande e brutal impacto desta infecção diz respeito à magnitude do problema. “As únicas fronteiras que se conhecem hoje para o VIH são as do corpo : elas não podem ser definidas senão pelas escolhas sexuais e pelo sangue” (Ruffiot, 1990, 18)

Sem que nos debrucemos pormenorizadamente sobre os dados epidemiológicos, há algumas evidências que não podemos deixar de salientar. Durante os primeiros anos, a incidência da doença duplicava em cada seis meses, progressão que tem vindo a reduzir-se significativamente, apesar dos números continuarem a ser alarmantes.

Os dados do Centre Européen pour la Surveillance Épidémiologique du SIDA, relativamente aos casos declarados em 30 de Dezembro de 1999 revelam que a incidência da SIDA atingiu o plateau em 1994 -1995, depois diminuiu em 11% em 1996, diminuição que tem vindo a manter-se. Contudo esta diminuição diz respeito aos três principais grupos de transmissão - homo/bissexuais (menos 20% em 1996), utilizadores de drogas injectáveis (UDI) (menos 9%) e sujeitos infectados em consequência de relações heterossexuais (menos 1%), quando comparados com o ano anterior, enquanto que as mulheres continuam a apresentar uma proporção crescente de casos (21% de mulheres adultas/adolescentes em 1996 comparadas com 10% em 1986).

Muito embora a taxa de infecção pareça estar a cair na Europa Ocidental e América do Norte, o recente relatório da ONU e UNAIDS revela que durante o ano de 1999 mais de 5,4 milhões de pessoas foram infectadas pelo VIH, estimando-se que existam 34.3 milhões de seropositivos (adultos e crianças) e doentes com SIDA.

Quadro 1.- Situação global da epidemia VIH/SIDA em Dezembro de 1999
(adaptado do Report on the global HIV/AIDS epidemic as of end 1999, 6)

Dezembro de 1999	Total	Adultos	Mulheres	Crianças (> a 15 anos)
Novas Pessoas Infectadas pelo VIH em 1999	5.4 milhões	4.7 milhões	2.3 milhões	620000
Número e Pessoas que vivem com VIH/SIDA	34.3 milhões	33.0 milhões	15.7 milhões	1.3 milhões
Mortes por SIDA em 1999	2.8 milhões	2.3 milhões	1.2 milhões	500.000
Mortes por SIDA desde o início da Epidemia	18.8 milhões	15 milhões	7.7 milhões	3.8.7 milhões
Crianças órfãs desde o início da Epidemia	13.2 milhões			

Neste ano, em que mais 620.000 crianças com idade inferior a 15 anos contraíram a doença, lamentavelmente verificamos que o vírus continua a propagar-se, causando perto de 15 mil novas infecções/ dia, em todo o mundo. Destas, mais de 90% registam-se nos países em vias de desenvolvimento:

1. Cerca de 1700 são crianças com idades inferiores a 15 anos.
2. Dos cerca de 13000 adultos infectados por dia, mais de 40% são mulheres e mais de 50% têm idades entre os 15 e os 24 anos de idade.

Dos 2,8 milhões de pessoas que morreram de SIDA em 1999, 42,9 % eram mulheres e 17,9% crianças, o que é dramático se pensarmos no número de crianças que ficam órfãs.

Contudo, a diminuição da incidência da SIDA observada na Europa Ocidental após 1996 é realmente encorajante, facto que terá a ver com a utilização de novos tratamentos, mais eficazes.

Muito embora as novas terapêuticas tenham vindo a retardar a morte e sobretudo a aumentar a fase silenciosa da doença, a verdade é que elas não chegam a todas as pessoas infectadas, em particular nos países em vias de desenvolvimento (países asiáticos e África Subsariana). Nesses países investiram-se até agora 10% da totalidade dos recursos, enquanto no resto do mundo, onde se encontram 10% das pessoas infectadas se investiram 90% dos recursos, donde a SIDA continuar a ser, nesses países, a primeira causa de morte das mulheres em idade fértil. Esta realidade é a grande responsável pela transmissão feto- placentária e pelo aumento do número de crianças infectadas.

Os dados demonstram ainda que, a utilização de drogas por via intravenosa continua a ser, na maioria dos países, a grande responsável pelo número de infecções. As novas infecções registam-se sobretudo em grupos de jovens, com idades entre os 15 e 24 anos e até mais jovens, quando na maior parte do mundo a proporção de infecções na população adulta estabilizou ou começa a decrescer.

Paradoxalmente, em muitos países é vedado aos jovens o acesso à educação sobre o VIH, incluindo a adopção de comportamentos seguros, considerando-se até que uma maior divulgação poderia encorajar os jovens a aumentarem a sua actividade sexual.

O que parece ainda mais inacreditável é que, a UNAIDS estima que mais de 30 milhões de pessoas vivem com o VIH, os quais na sua maioria, não tem a mínima ideia de que está infectado.

Em Portugal, os mesmos dados demonstram que existem cerca de 35 mil seropositivos, dos quais 6.800 são mulheres e 500 são crianças. No início da década de 90, concretamente a 30 de Junho de 1990, existiam 455 casos de SIDA . Dez anos depois, em Junho de 2000 o total de casos de SIDA é de 7191, segundo os dados do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.

Quadro 2. – Distribuição dos casos declarados de SIDA desde 1983
(adaptado de CNLCS, 2000, 3).

Ano	Casos por data de diagnóstico	Casos por data de notificação *
1983	1	0
1984	4	0
1985	30	18
1986	38	30
1987	77	47
1988	132	110
1989	200	154
1990	254	226
1991	298	246
1992	402	383
1993	545	465
1994	654	609
1995	755	692
1996	888	896
1997	883	894
1998	865	873
1999	817	1004
2000	223	544
Ignorado	119	0
Total	7191	7191

Constata-se que desses casos “ 83,9% correspondem ao sexo masculino, 16,1%ao sexo feminino... Por grupo etário, nos casos em que a idade é conhecida, verifica-se que 86,0% correspondem aos grupos etários entre os 20 e 49 anos”. (CNLCS, SIDA, a situação em Portugal a 30 de Junho de 2000, 4). Os grupos etários em que foram notificados um maior número de casos no ano de 1999 correspondem aos 30 - 34 anos (182 casos) e aos 25 - 29 anos (177 casos) .

Quadro 3. – Distribuição dos casos de SIDA por categoria e ano de diagnóstico
(adaptado de CNLCS, 2000, 7)

Categorias de Transmissão	Ano de diagnóstico										Total	
	≤ 1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Desc	N.º	%
Homo ou Bissexuais	557	118	115	111	108	91	57	60	16	20	1253	17.4
Tóxico-dependentes	304	234	329	400	497	537	535	476	134	55	3501	48.7
Homo / Tóxico-dependentes	20	10	8	10	10	5	9	6	0	3	81	1.1
Hemofílicos	43	3	0	2	1	2	2	1	0	1	55	0.8
Transfusionados	61	12	12	14	7	5	1	1	0	1	114	1.6
Heterossexuais	378	147	160	183	239	216	242	250	67	33	1915	26.6
Mãe / Filho	22	4	13	10	6	1	2	3	0	0	61	0.8
Nosocomial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Desconhecido	57	17	17	25	20	26	17	20	6	6	211	2.9
Total	1442	545	654	755	888	883	865	817	223	119	7191	100

De acordo com o mesmo relatório em Portugal, tal como na maioria dos países, os comportamentos de risco associados à toxicodependência são actualmente os maiores responsáveis pelo aumento do número de casos notificados (cerca de 48,7%), enquanto que a transmissão por via heterossexual representa 26,6% do total de casos e os homossexuais e bissexuais masculinos representam 17,4%.

Mas a epidemia em Portugal adquiriu características específicas pelo elevado número de casos de infecção pelo VIH tipo 2, não totalmente explicada. Contudo é curioso verificar que dos 301 casos registados, 71,8% correspondem à transmissão heterossexual, enquanto que os casos associados à toxicodependência representam apenas 3,6% dos casos.

2.3. O FENÓMENO: SIDA

2.3.1. SUA IMPORTÂNCIA

A consciência de que uma nova doença pode em pouquíssimo tempo alastrar a todo o mundo, foi determinante para que, num verdadeiro salto acrobático, saíssem do seu refúgio crenças adormecidas. Num passo ressurgiram medos, muitos dos quais irracionais, quando os flagelos fatais estavam esquecidos e as calamidades se consideravam dominadas.

Como se tivesse tocado um alarme, a partir daí a SIDA constituiu-se num desafio tanto ao nível científico como psíquico e simultaneamente fez emergir as mais difíceis questões ao nível social - o estigma das minorias, a visibilidade da sexualidade e da morte particularmente quando atinge os adolescentes, idade em que morrer é sentido como algo injusto e imoral.

Quando a SIDA se tornou ameaça pública, ao mesmo tempo que os receios médicos se confirmavam, gerava-se uma histeria colectiva, de certo modo ampliada pelos meios de comunicação social, que a elegem como fonte privilegiada de informação. Muito

embora médicos e políticos se tenham apressado a negar a possibilidade de transmissão pela simples coabitação ou contactos sociais banais, ainda assim o público não se deixou facilmente convencer. Pelo contrário activaram-se ansiedades e fantasmas.

Revelando-se uma das principais preocupações sociais, logo em 1983, um estudo de Schwartz (cit. Teixeira, 1993) se referia a sujeitos que, evidenciando grande ansiedade, solicitavam a pesquisa de anti-corpos julgando ter contraído a infecção, muito embora não tivessem história nem comportamentos de risco. Alguns casos foram descritos (Frolkis, 1986 citado em Pereira, 1997) de sujeitos que apresentavam fortes preocupações corporais com sintomatologia funcional, sem que estivessem em risco.

Estes dados, sugerem que os medos relacionados com a SIDA podem por si só conduzir a quadros psicopatológicos (O'Brien, 1987 citado em Pereira, 1997). Mas, do mesmo modo, estados psicopatológicos de natureza diversa poderão desencadear crenças delirantes ou medos fóbicos relacionados com a SIDA (Teixeira, 1993).

Medos que poderemos querer explicar pela deficiente informação sobre as causas da SIDA, ou pelo valor simbólico da doença incurável, ou ainda pela personalidade prévia de cada indivíduo. Mas serão também medos indissociavelmente ligados à sexualidade e aos seus interditos (a homossexualidade, a multiplicidade de parceiros, a prostituição) e naturalmente à droga e ao fantasma da morte. Em todo o caso, cremos também que “imagem da SIDA parece indissociável do conteúdo psíquico inconsciente em que a realidade interior se sobrepõe à realidade exterior da doença” (Matos, 1991,46).

Esta componente subjectiva da doença não será também alheia à resposta dos sujeitos que, embora evidenciando comportamentos de risco se mostram incapazes de efectuar o teste para o VIH, fazendo recurso a mecanismos de negação do risco e refugiando-se em sentimentos de incapacidade para alterar os seus comportamentos.

Com base nesta aparente oposição, desde 1987, momento em que se percebe que a prevenção é a única barreira para doença, muito se apostou nas campanhas de informação sobre a prevenção da doença. O conteúdo das numerosas mensagens de prevenção, enumerava sobretudo uma tipologia de práticas sexuais de risco, que de

certo modo se mantém. Algumas delas testemunham o desejo de eliminar o registo do medo, passando a ideia de que “os preservativos protegem de tudo, mesmo do ridículo”. Contudo as mensagens ficam muitas vezes por aqui. E tal como outros, este slogan fracas repercussões tem tido na promoção da mudança de comportamentos.

Em Portugal, de acordo com um estudo de Lucas (1993) a informação de um modo geral correu rapidamente, tendo-se estendido à grande maioria das populações. É curioso verificar que 78% das pessoas considera que a mudança de comportamentos é uma medida eficaz de prevenir a doença, muito embora nem todos acreditem nessa possibilidade (apenas 25 a 32% o referem). Já no que se refere à imagem do preservativo esta é bastante positiva quanto à sua eficácia e facilidade de uso. Apesar de tudo 50% dos inquiridos considere-o dispensável, mesmo em relações sexuais ocasionais.

No mesmo questionário, constata-se que existe um clima favorável ao esclarecimento que promova a alteração de crenças, nomeadamente relativas às vias de transmissão do vírus, à tomada de consciência das populações face à vulnerabilidade individual e gravidade da doença. São igualmente valorizados o combate a atitudes de auto-desresponsabilização e negação da realidade, que persistem e representam o grande obstáculo ao controle e prevenção da doença.

Contudo sabe-se que na nossa população “elevadas percentagens de adultos e jovens adultos, homens e mulheres têm comportamentos de risco, expondo-se facilmente a contraírem o VIH... porém apenas uma minoria se protege da possibilidade de se infectar.” (Lucas,1993,89).

Num estudo efectuado a estudantes universitários portugueses constata-se igualmente que “quando o sujeito está envolvido numa relação tende a minimizar o risco de infecção” (Cláudio,Pereira e Robalo, 1994, 213).

Estes dados vem demonstrar que entre a representação social dos riscos e a percepção individual desses mesmos riscos se erguem “ seguramente em cada um de nós, fantasias

primitivas distantes da palavra e do pensamento relacional consciente, bastante mais dependentes da lógica da emoção do que da lógica do pensamento” (Matos,1991,46).

Por outro lado continua a verificar-se, por parte do pessoal de saúde, grandes resistências ao cuidado a estes doentes. Wachter (1986, citado em Pereira, 1997) considerava que o medo do contágio, a orientação sexual dos pacientes, as limitações técnicas e o confronto com a fase terminal eram as principais causas dessas resistências. Para além dos aspectos anteriores, Salisbury (1986, citado em Guerra, 1998) acrescenta que a idade jovem da população atingida, a deterioração física e psicológica são também fontes de esgotamento (burnout) por parte do pessoal de saúde. Pondo-se à prova as capacidades individuais para lidar com a doença, a técnica e os meios ao seu dispor, estabelecem-se também aqui clivagens entre o confronto com o quotidiano e a questão da responsabilidade individual na SIDA, que se manifestam na incapacidade em manter a objectividade e neutralidade indispensáveis à atitude clínica.

3.3.2. O SIGNIFICANTE SOCIAL

Vimos já que esta epidemia representa para o corpo social uma prova, uma traumatizante prova. O vírus e as suas consequências representam para o sistema sociocultural em que vivemos uma mudança de tipo catastrófico, não apenas para pacientes e para os técnicos, como para todo o colectivo .

Quando a nossa sociedade em todas as suas manifestações, desde a saúde à publicidade e ao desporto, aposta num corpo são, bonito e vigoroso, um corpo contaminado é naturalmente um corpo para esconder. E mais ainda se o corpo é invadido pela SIDA. Porque desse modo se torna significativa de uma procura incessante de prazeres, de uma libido desregrada, no fundo de práticas que a sociedade evita admitir. É quase impossível distanciarmo-nos deste estereótipo. Um corpo assim doente mostra, antes de mais os actos, as vergonhas que não podem mais esconder-se. Primeiro vêm-se as

atitudes vergonhosas que se esquivam sob meias palavras e só depois se vê o doente, se vê o sofrimento¹, a dor que está por detrás desse corpo doente .

Pesa por isso sobre a SIDA a vergonha e o não dito, ou (mal)dito, enquanto significante social. Adoecer é admissível, é tolerável, mas por uma única razão. É que, não é a doença em si mesma que envergonha, mas sim o seu modo de transmissão. O condenável, o pecado está na origem da doença e na ousadia que foi apanhá-la pelo contacto, talvez num qualquer contacto. Contacto que não é uma simples convivência, um toque, mas algo que se vai buscar no interior do corpo do outro, porque se tem relações sexuais de risco, ou porque algo se introduz no corpo que se injecta.

O que parece importante acentuar é que aludimos a uma doença vergonhosa. Doença vergonhosa porque indicia condutas marginais ou transgressivas, que envolve um tipo de atitude sobre o qual os imperativos sociais e cívicos externos não têm poder algum, mas que apesar de tudo não deixam de, a cada momento, apontar a condenação fatal como o merecimento possível para um modo de vida perverso. É igualmente vergonhosa porque interroga sobre a sinceridade dos sujeitos, pondo a descoberto a história, quantas vezes escondida, do parceiro contaminador.

À confiança no parceiro em que se acredita segue-se a suspeição e a dúvida, contudo há que pôr em evidência esta realidade. Não se trata de julgar os actores/vítimas mas de pôr a claro os factos, talvez até as representações que lhes estão associadas. De uma maneira ou de outra a culpa está sempre no indivíduo. Quem pode sentir maior vergonha que o culpado?

De todo o modo, o impacto social da doença invade também o próprio meio familiar. De um lado a incerteza sobre o modo como comunicar à família a sua seropositividade, de outro o imperativo de o fazer. E talvez a inevitabilidade de ter que assumir comportamentos até aí ocultos, são factores que podem ameaçar o equilíbrio da mesma, e em consequência pôr em causa todo o suporte familiar de que o sujeito carece.

¹ Relevamos aqui apenas a etimologia da palavra. Sofrimento = sub + fere, ou seja o que leva(fere) à posição de inferioridade (sub).

É que, a tomada de conhecimento daquele facto pode lançar a família na ambivalência entre o sentimento de traição, e daí a zanga ou raiva para com o doente e o sentimento de culpa pela incapacidade em o acompanhar e até orientar sexualmente. Razões suficientes para que se caminhe para uma situação de crise, onde prevaleça a tentativa de esconder as emoções que tantas vezes envergonham e conduzem ao isolamento (Guerra,1998; Dilley & Forstein,1990). Não surpreende o desígnio de que “... pela primeira vez uma doença grave não autoriza que a emoção seja expressa no grupo familiar, ou profissional...constrangidos ao silêncio, ao segredo...” (Weil-Harpern, 1990,857), quando se necessita de maior apoio.

Para as mulheres, sobretudo no caso de transmissão materno-fetal, a crueza é ainda maior. Não lhes basta enfrentar a doença, até com maior risco que deriva da sua natureza, porque tem, antes de mais, que enfrentar a culpabilidade inerente à transmissão ao bebé, o que também as torna alvo de manifestações, quase unânimes de rejeição. E se pensarmos que talvez também pai e mãe possam ter um mesmo destino... Não admira que alguns sejam levados a construir sobre a sua própria história uma outra, mais suportável. Um “conto de fadas” (Weil-Harpern,1990).

Por outro lado, os estudos sobre a representação social do indivíduo portador do VIH demonstram que, na generalidade, se conceptualiza a possibilidade de contrair a infecção por aquilo que se é (homossexual, toxicod dependente...) e não pelos comportamentos que se possam ter. Esses estudos revelam que a própria classe médica “ não conseguiu fazer ainda a passagem da categoria estigmatizante e discriminatória de grupos de risco para a categoria comportamentos de risco” (Teixeira, 1996,274). Mesmo neste grupo tem-se a ideia de que a falta de informação seria a responsável pela disseminação do VIH. Contudo, este estudo não deixa de considerar que esta opinião constitui “uma negação da realidade de que sujeitos informados podem envolver-se em comportamentos de risco em relação ao VIH e uma hipervalorização da dimensão informação como sustentáculo de comportamentos protectores de saúde e desvalorização de outros factores” (Teixeira, 1996, 275)

Aquele grupo evidenciou igualmente medos significativos em relação à infecção que parecem resultar da percepção de vulnerabilidade relativa ao risco profissional o que pode contribuir para “ o desenvolvimento de contra-actitudes negativas que podem ir da culpabilização, hostilidade e a rejeição, comprometem a qualidade dos cuidados e a confiança em que se enraíza a relação médico-doente” (Teixeira, 1996, 270). Também no pessoal de enfermagem o medo do contágio continua intenso, apesar do significativo aumento de conhecimentos (Gallop, 1992, citado em Pereira, 1997).

Talvez o mais interessante seja a comprovação de que, como em qualquer outra população ou outro grupo social, as representações sociais destes grupos parecem sobrepor-se aos conhecimentos científicos.

A SIDA tornou-se pois o símbolo de todas as fraquezas da nossa sociedade. Talvez por isso se tenham levantado as mais variadas vozes da sociedade tanto psicológicas quanto sociais e morais, sobretudo visando a sexualidade, entre a condenação moral e a publicidade simplista do “sexo seguro”. De tal modo que, a intimidade dos doentes, sejam ou não homossexuais, os leva a procurarem esconder-se de toda a acusação pública sobre a sua sexualidade, que é um sinónimo de exposição à discriminação, à rejeição social e ao isolamento afectivo. Factores que conduzirão ao seu encarcerar numa espera solitária por uma morte simultaneamente vergonhosa e aceite. Por estas razões, a seropositividade e a SIDA podem tornar-se numa recusa ao amor, quando se antepõem pensamentos sobre a morte, cada vez que se pensa na relação com alguém, ou se procura viver a sua sexualidade.

Sem dúvida que o conhecimento do diagnóstico pode conduzir à adopção de comportamentos seguros, tão importante na sua prevenção, mas, quantas vezes à custa dos sentimentos de punição, da inibição do desejo e até da restrição de contactos sociais que conduz ao aceitar de um destino solitário, senão mesmo secreto.

Esconder a sua situação para não se ser denunciado é talvez o modo mais doloroso de viver a doença, é aceitar um destino condenado à solidão, mas que tem como primeiro movimento uma atitude protectora. É que realmente “confessar a SIDA é confessar o corpo enfraquecido, é confessar a degenerescência que converte um jovem ou uma

jovem cheios de vida num cadáver ambulante, terrífico de ver” (Act Up, 1994, 205). Por outro lado, fazer-lhe frente, dar voz ao protesto, é lutar contra o esquecimento é a recusa de viver num abstracto social longínquo.

O sujeito é um objecto fácil de situações sociais adversas, que se constituem tanto como um impedimento à procura de cuidados de saúde como uma causa de exclusão social. Simultaneamente a carência de suporte social adequado, quando a debilitação progressiva mais requeria um leque, por vezes intensivo, de apoio social quer formal quer informal, jogam um papel fundamental quer na progressão da doença quer no modo como ela é vivida.

Como tem sido sustentado por alguns autores (Vedhara,1997; Christ & Wiener,1988, citado em Guerra,1998; Kiecolt-Glasser,1988), parece-nos relevante e mesmo determinante da progressão da doença, este ser-se alvo das manifestações de rejeição quase unânimes por parte da sociedade, sendo que esta pode acelerar a passagem para a imunodeficiência e inclusivamente contribuir para a maior ou menor incidência de psicopatologia associada, como por exemplo a incidência de suicídio que aumenta em sujeitos com menor apoio social (Rajs,1992, citado em Pereira,1997).

Não menos marcante no plano social é a analogia desta doença com a morte, sobretudo como realidade mental com as perdas lhe são associadas, mais ainda do que como realidade biológica. Na verdade a morte que “ na nossa cultura é tratada de maneira asséptica ou simplesmente denegada, volta ao primeiro plano da existência de um modo que não acontecia depois do final do século XIX ” (Hildebrand, 1993,49), agora não mais é possível negar-lhe esse poder, como vínhamos a fazer ao longo do passado século. Muito embora se mantenham os esforços para apagar o seu poder, o espectro da morte transforma-se com esta doença num inquisidor da vida, dos sucessos, das incapacidades e da própria identidade.

Vários autores consideram que na SIDA o processo de luto e morte é semelhante a outras doenças, nomeadamente o cancro (Kubler- Ross, 1987; Dilley,1985), pela vivência de sentimentos que se associam a uma doença terminal, porém já o estado de seropositividade é sinónimo do sentimento de perda em vários domínios. Daí que o

nosso sentir esteja mais próximo da ideia de que “o medo de uma morte anunciada como certa, a travessia do horror puro estão fora de simbolização, ou seja, impossíveis de transformar em angústia e depois em palavras” (Benhaim, 1994, 82), uma angústia de morte talvez bem mais difusa e violenta. Para além de que estamos a falar de um corpo impregnado de valor simbólico.

De facto não se morre de SIDA como um herói, como a imagem grandiosa do audacioso protagonista de um filme, não! Morre-se feio, perdedor.

A propósito da auto-destruição deste envelope corporal um doente afirma “creio que o que mais me preocupa é que vou ficar desfigurado e dependente. Ainda não aceitei esses factos... Esse desprendimento é que é difícil. Custa desprendermo-nos de qualquer coisa, principalmente daquilo que temos de mais pessoal, neste caso, o nosso corpo” (Kubler- Ross, 1987, 152). É esta invasão do sentimento de impotência face à perda, que a morte representa, o que mais perturba, o que mais incomoda socialmente.

Porém hoje fala-se de SIDA de um modo mais sereno. A mudança no discurso actual sobre a SIDA, no sentido da aceitação ou pacificação, pode ter constituído um salto acrobático para a mudança do pensamento, mas, parece-nos que este apenas se deu no plano do fantasma colectivo que a SIDA desencadeou e não ao nível da realidade. Aparentemente há hoje menos razões para persistirem os fantasmas iniciais, quando se fala nos novos conhecimentos terapêuticos, no aumento da esperança de vida, na eventualidade de descoberta da vacina. Porém afastados esses medos persiste o paradoxo, no plano colectivo a prevenção descuida-se.

2.4. OS ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Como toda a doença, a SIDA não é apenas uma realidade que se impõe ao sujeito, é particularmente o acontecimento interno passível de representação e gerador de fantasmas. Os medos postos em jogo encontram-se ligados ao sofrimento, ao

transcendente ou à dimensão da vida após a morte, ao desconhecido, à inquietude pelas próprias famílias, à mais que provável solidão, ou ao desamparo.

A verdade é que se passa, por um momento, para o domínio do desconhecido e o desconhecido gera medo. Em pouco tempo sai-se do anonimato para a perda do nome próprio. E aí se divide o sujeito, entre a perda da sua identidade e uma nova identidade que lhe é conferida e que o remete para a condição frágil e dependente.

Se toda a vivência da doença é uma constante fonte de angústia, há no entanto momentos que parecem ser decisivos no equilíbrio psicológico do indivíduo:

1. O momento do anúncio da sua seropositividade.
2. O momento do aparecimento dos primeiros sintomas reconhecidos pelo doente.
3. O momento do confronto ou da revelação ao outro.

O confronto com o diagnóstico da seropositividade é inevitavelmente uma reacção catastrófica. A angústia deste anúncio, vivida pela grande maioria dos sujeitos, corresponde ao sentimento de ruptura. Nesse momento é-se prisioneiro de “um inimigo que não se declarou ainda beligerante, um inimigo clandestino, mas que está pronto a cada instante para descerrar o seu ataque imprevisível, utilizando camuflados, e máscaras para não ser banido ” (Ruffiot, 1990, 18). Anúncio que “vem nomear uma nódoa que aparece ao sujeito como uma marca do destino...constituindo uma anti-função em qualquer sorte ao serviço de Thanatos, visando a auto-destruição do envelope corporal e do eu...” (Morhain, 1997, 73).

Um tal destino, fundamenta o choque emocional (Guerra,1998) que se vive naquele momento e que inicia um processo de luto, antes de mais, pelo simples facto de que não se é mais saudável. Aquela autora refere um vasto número de estudos que são unânimes em considerar que, as principais manifestações reactivas ao conhecimento do diagnóstico de seropositividade são a negação, o medo, a revolta, o sentimento de culpa, a ansiedade pela incerteza de vir a ter, num futuro mais ou menos próximo, a doença com todas as implicações que lhe são próximas e seguidamente a depressão.

Em 1990, Ouakinin e al. consideravam que “o padrão da reacção dos homossexuais toma um colorido histeriónico e apelativo, num fundo de enorme angústia e por vezes culpabilidade, sobrevalorização da imagem corporal... os indivíduos deste grupo adoptam uma atitude passiva, uma estratégia conservadora... desinvestindo os seus projectos para o futuro” (Ouakinin & al., 1990, 239).

Também Hildebrand num estudo que efectuou com homossexuais que mantiveram de modo compulsivo a promiscuidade sexual verificou que “embora tendo em conta a estrutura de personalidade, a infecção, ainda que previsível é também vista por eles como um choque profundo e doloroso” (Hildebrand, 1993, 51)

Por outro lado, o mesmo estudo de Ouakinin considerava que “os toxicómanos têm maior tendência a agir, adoptando uma posição menos passiva, é raro assistir-se a uma evolução favorável da toxicodependência... noutros casos... através do aumento do consumo de heroína... Nos heterossexuais não existe como padrão típico da resposta... a preocupação mais frequente neste grupo é a de ser identificado como membro de um grupo marginal” (Ouakinin & al., 1990, 239).

Já os grupos considerados as vítimas da doença, os hemofílicos, suportam aparentemente com menos dificuldade as limitações da nova doença. No entanto, considera o mesmo estudo, são frequentes as manifestações de agressividade e os sentimentos de revolta perante uma situação vivida como iatrogénica.

Pondo de lado esta ideia de que há uma reacção típica de cada grupo de indivíduos, o confronto com a doença obriga necessariamente ao desenvolvimento de estratégias para lidar com o perigo que se antepõe, procurando reduzi-lo, sejam estas influenciadas por crenças, fantasmas colectivos ou factores de personalidade .

A manifestação reactiva mais comum, sobretudo nos momentos que se seguem ao conhecimento da seropositividade e que tem uma presença quase constante em todos os indivíduos, é a ansiedade. Entre os pacientes seropositivos para o VIH e os doentes com cancro verificam-se grandes semelhanças quanto às suas preocupações e à ansiedade (Wolcott e al, 1986 citado em Nott, K, 1995). Este facto, de certo modo torna a doença

mais comum e tal como nas outras doenças, obriga ao desenvolvimento de mecanismos de ajustamento psicológico à situação.

Porém, a infecção pelo VIH ultrapassa essa dimensão da adaptação a uma doença incapacitante e incurável, porque além da sua incurabilidade, é a doença contagiosa que tem maior mortalidade e como vimos já, portadora dos fantasmas mais aterradores. Não admira que as ansiedades paranóides (os medos persecutórios) e ansiedades depressivas sejam uma constante.

A ansiedade decorre do desconhecido, da incerteza do diagnóstico e do curso da doença. A impossibilidade de poder predizer o tempo de incubação da doença, a duração da fase assintomática constitui um drama para o indivíduo, que passa a focalizar toda a sua atenção nas perdas possíveis. Medos que se referem à perda das capacidades físicas, e sobretudo das capacidades cognitivas e consequentemente medos quanto ao modo como é aceite pelo outro. Mas os conteúdos da ansiedade estão igualmente relacionados com os factores sociais - a perda progressiva dos papéis social e profissional e o isolamento (D.Miller,1988; Guerra,1998), factores que colocam também o indivíduo perante a consciência da sua responsabilidade face aos outros e que fomentam o sentimento depressivo.

Isto quer dizer que, todo o vivido psicológico da doença e as representações mentais que lhe estão associadas, a ameaça da vida, a penosidade da doença, bem como os fantasmas da morte e do abandono, o medo de ser rejeitado, conduzem a falhas narcísicas e identificatórias que revelam um sujeito indefeso, susceptível tanto à desorganização mental, como somática.

Esta sobreposição entre fantasma e realidade tem permitido observar vários modos de reacção à seropositividade, os quais são descritos como fases de adaptação à doença. Num primeiro tempo observa-se “ uma fase de pasmo (surpresa), de sideração do funcionamento mental que entorpeça o sujeito e suspende a vida fantasmática. O desenvolvimento passivo e impiedoso da doença, as dificuldades de mentalização da angústia testemunham a inércia psíquica do sujeito. A regressão é quase inevitável...”

(Morhain, 1997, 76), fase esta que instituiria um estado de hibernação comparável à depressão essencial (Marty, P.).

Rapidamente esta dará lugar à negação da realidade, como mecanismo poderoso de sobrevivência, “ ... a anestesia afectiva, a evacuação e a denegação das representações dolorosas, com uma hiperactividade factua e uma pobreza paralela de mentalização e verbalização das experiências afectivas...” (Bouchet, 1990, 866), na tentativa de lutar contra a irrupção de afectos ligados à perda de objecto. Modo de funcionamento que se aproxima do funcionamento operativo (alexitimico).

Recorrendo a mecanismos de evacuação dos afectos mais dolorosos, o indivíduo encerrar-se-ia numa carapaça impermeável ao afecto, a carapaça da depressão essencial, refugiando-se no funcionamento operativo e no agir que mascaram a paralisia do pensamento. Teríamos então, na passagem ao acto e na negação da realidade, tanto do diagnóstico quanto das suas consequências, razões para a incapacidade de adopção de comportamentos seguros face ao VIH e para o incremento da disseminação do mesmo.

O funcionamento alexitimico dos indivíduos infectados pelo VIH, tem vindo a ser considerado como um factor associado tanto ao ajustamento psicológico à doença quanto à manutenção de comportamentos de risco. A teoria justificaria a incapacidade em pôr por palavras as emoções mais amargas. Isto é, o indivíduo incapaz de integrar a tensão emocional, encontraria nos comportamentos sexuais compulsivos e na procura de múltiplos parceiros, vistos como objectos transicionais, uma tentativa de manter o equilíbrio narcísico e a sua própria identidade vacilante. Um alívio, que ao defendê-lo de angústias psicóticas, lhe traria simultaneamente uma maior vulnerabilidade ao risco de infecção (Home, 1989).

Contudo, as estratégias para lidar com tal situação não se resumem a mecanismos de denegação. Têm igualmente um papel defensivo elementar a organização de processos mágicos que levam o sujeito a procurar situações alternativas, desde o recurso a medicinas alternativas, à revivescência de práticas religiosas abandonadas, que mais não são do que muralhas contra a realidade que mascaram a angústia.

Será desta angústia, terror sem nome, que foge o toxicómano, quando infectado pelo terrífico vírus, fantasmaticamente procura travar a doença? Precipitando-se para a heroína, em verdadeiras passagens ao acto auto-agressivas, anula a doença continuando a drogar-se. Esta conduta de risco, como se procurasse provar que é mais forte do que a doença, revela-se-nos como uma conduta auto-terapêutica, uma procura de anestesiar o pensamento, que restitui ao sujeito um valor identitário, embora megalómano.

Ao longo destes anos de conhecimento da doença e de estudo da infecção pelo VIH, tem-se verificado que a evolução clínica dos indivíduos contaminados é extraordinariamente variável. Enquanto que, por razões desconhecidas, alguns indivíduos evoluem rapidamente para a infecção propriamente dita, outros mantêm-se assintomáticos por longos períodos. Esta constatação remete-nos, como dissemos anteriormente para a mediação psicológica na função imune. O que se passará com o mecanismo de imunossupressão e a consequente perda da resposta imune específica para o VIH?

A procura de resposta para a questão da atitude psicológica no curso da doença tem sido outro dos fenómenos em estudo, que ao mesmo tempo tem propiciado significativos progressos para a compreensão da importância do psiquismo na sua relação com o somático.

Para a lentidão da fase assintomática sabe-se que não estão apenas envolvidas as defesas do hospedeiro (Nott, 1995). Ao abordar o estado de anestesia afectiva Thomé, A. (cit. em Bouchet, 1990), considera que este pode ser reactivo ou permanente, julgando-o associado quer ao traumatismo do diagnóstico quer a possíveis factores que favoreçam a seroconversão. Apoiando-se nos estudos de Gachelin sobre memória imunológica, propõe a hipótese da influência de descargas emocionais não elaboradas psiquicamente sobre o sistema imunitário. A emissão de mediadores, veiculados pela via nervosa e sanguínea, iria provocar uma vulnerabilidade somática face ao VIH, susceptível de favorecer a passagem da seropositividade à doença.

Outros autores (Federspiel e col., 1998 cit. em Ouaknin, 1999) consideram que, a nível psicológico, os indivíduos com maior sobrevida (long term survivors) apresentam uma

noção da sua auto-eficácia mais elevada, um coping mais activo, factores que se associarão a um maior apoio social e moral, já que o ostracismo a que grande parte estão votados é um factor que acentua a desorganização interna (Lackner e al,1992, citado em Noot,1995). E quando o corpo não está capaz de se defender, quando perdeu as suas defesas, a psique sente-o. Daí o espaço para os fantasmas essenciais “ corpo sem defesa, sem envelope externo protector, corpo posto a nu, corpo violado, corpo vazio de interior, sem pele interna, corpo exposto...” (Ruffiot,1990,29).

Por seu turno, a aceitação do estatuto de seropositividade pode conduzir o indivíduo a mudanças importantes organizadoras do seu psiquismo. Muito embora o final previsível seja a morte, que determina também o ajustamento psicológico à doença, a introjecção do que significa ser seropositivo pode dissipar o sentimento de impotência face à morte e permitir novas descobertas na vida, por exemplo, da qualidade sobre a quantidade de vida. A experiência vivencial da aceitação da doença e a esperança nomeadamente“...a esperança de descoberta de uma cura ou de medicamentos mais poderosos pode ajudar a manter o equilíbrio emocional da pessoa que é muitas vezes perdido com sentimentos de culpa ou de revolta” (Guerra, 1998,82), reflectem a atitude positiva própria da esperança realista.

Se nos indivíduos seropositivos nos podemos centrar nas disfunções psicológicas resultantes do confronto com o diagnóstico e do ajustamento à doença, nos sujeitos com SIDA declarada adquirem maior importância os aspectos neuropsicológicos decorrentes das perturbações cerebrais, que resultam da penetração do vírus no Sistema Nervoso Central (SNC).

As manifestações psicopatológicas associadas podem relacionar-se quer com factores orgânicos, resultantes do compromisso do SNC ou de infecções oportunistas, quer com factores decorrentes da personalidade prévia do sujeito e do impacto do diagnóstico sobre a mesma, sendo muitas vezes difícil delimitar, onde terminam umas e onde começam outras. As perturbações orgânicas cerebrais são muito frequentes em pacientes com SIDA declarada, já em 1985 Wolcoh, “estima essa prevalência entre 40 e 70% e refere que parece aumentar com a duração da doença, diferenciando-se entre perturbações orgânicas cerebrais agudas e crónicas ...”(Teixeira, 1991, 102). Verifica-

se então que os sinais de perturbação orgânica são de início muito semelhantes aos da depressão.

2.5. OS DISCURSOS NO PRESENTE

Na abertura da Conferência Internacional sobre SIDA em 1998, da UNAIDS (Programa das Nações Unidas VIH/SIDA) declarava-se “vamos ser claros na nossa mensagem para o mundo e dizer que esta epidemia está verdadeiramente fora de controlo em muitos países” (Informação SIDA,1998,3) e na mesma altura afirmava-se “... criámos e continuamos a criar terapêuticas anti-retrovirais tremendamente eficazes...as enfermarias esvaziaram-se... a qualidade e a esperança de vida aumentaram...as vacinas configuram-se um misto de realidade e utopia...olhando à nossa volta o preconceito subsiste e a ignorância e a discriminação são ainda cruéis...” (Andrade, 1998, 31). E de novo se soltam ecos de “Quebrar o silêncio” com os compromissos de uma resposta global na Conferência Mundial de 2000, contudo o cepticismo marca ainda os ânimos.

O que permanece mais difícil de explicar é o facto de certos indivíduos serem contaminados por ocasião de relações sexuais enquanto que outros não o são, muito embora possam ter uma vida sexual mais promiscua. Que ligação estes fenómenos terão a ver com o mundo interno de cada um?

Hoje é unanimemente aceite que a doença ocupa do ponto de vista médico, o lugar de uma doença crónica. Todas as questões que se levantam serão então e apenas uma questão da temporalidade?

Procurámos ao longo deste capítulo enunciar as grandes inquietações que a SIDA despertou ao nível social e individual, em particular as angústias colectivas que circundam as sociedades. Para além da evidência dos dados e do peso dos factos, algo de mítico se mantém em torno da SIDA. Os eufemismos não pertencem apenas ao pensamento colectivo porque, até mesmo o discurso científico, desde o discurso médico ao psicológico, se encontram carregados de metáforas. Talvez só assim seja possível abordá-la.

CAPÍTULO II - ANALISADORES SEMÂNTICOS PARA UMA INTERPRETAÇÃO

1. SOBRE O NARCISISMO : SEGUINDO FREUD

Narciso teria como destino uma vida longa se não visse a própria face. Porém chegado à vida adulta, o belo rapaz alvo das paixões de muitas moças e ninfas sempre se mostrou indiferente ao amor. “As moças desprezadas pediram aos Deuses para vingá-las. Nemésis apiedou-se delas e induziu Narciso, depois de uma caçada, ... a debruçar-se numa fonte para beber água. Nessa posição ele viu o seu rosto reflectido na água e se apaixonou pela sua própria imagem. Descuidando-se de tudo mais ele permaneceu imóvel na contemplação ininterrupta de sua face reflectida e assim morreu...” (Kury, 1994, 276). Narciso percebe então que o objecto do seu amor era ele mesmo.

A partir desta imagem da literatura clássica grega narcisismo é empregue para designar o amor do indivíduo por si próprio. Contudo até finais do século XIX, o termo esteve essencialmente conotado com o comportamento perverso, expresso na escolha de objecto sexual (objecto homossexual) .

Na obra de Freud, as primeiras referências ao narcisismo, ocorrem em 1910 em *Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade* e também para ele como uma forma “ para

explicar a escolha de objecto nos homossexuais” (Pontalis,1985,365) mas, ao longo da sua obra Freud foi ampliando o seu pensamento, pelo que os textos seguintes particularmente *Leonardo Da Vince e Uma Lembrança da Sua Infância* (1910), *Sobre O Narcisismo: Uma Introdução* (1914) e a conferência que intitula *Feminilidade* (1932) reflectem novas teorias sobre o narcisismo.

1.1. PRIMEIROS ESCRITOS - TRÊS ENSAIOS SOBRE A TEORIA DA SEXUALIDADE (1910)

Esta obra publicada inicialmente em 1905, vê acrescentada uma nota importante em 1910, como de resto outras revisões se lhe seguiram até 1920, onde claramente Freud se refere ao narcisismo.

Ao abordar a questão das necessidades sexuais no homem Freud refere-se pela primeira vez à existência de uma “pulsão sexual” para depois falar da expressão dessa pulsão. Assim, dedica o primeiro capítulo desta obra às aberrações sexuais onde descreve os desvios em relação ao objecto sexual que no seu entender eram “a inversão” e a escolha de “animais e pessoas sexualmente imaturas como objectos sexuais”. Em particular, fala da homossexualidade humana, usando ainda a denominação invertidos, e a seu respeito afirma “... atravessaram nos primeiros anos da sua infância, uma fase muito intensa, embora muito breve de fixação na mulher (em geral a mãe), após cuja superação identificaram-se com a mulher e tomaram a si mesmos como objecto sexual, ou seja, a partir do narcisismo buscaram homens jovens e parecidos com a sua própria pessoa, a quem eles devem amar tal como a mãe os amou...” (ESB, VII,136).

Ora o que Freud aqui enuncia é que o encontro com o objecto não é mais do que o encontro consigo mesmo. A escolha procura o ego do sujeito, sendo que o objecto é o objecto narcísico.

1.2. SEGUNDOS ESCRITOS - LEONARDO DA VINCI E UMA LEMBRANÇA DA SUA INFÂNCIA (1910)

A vida de Leonardo da Vinci já para os seus próprios contemporâneos constituía um enigma, ao qual Freud foi também sensível. Olhando-o como “ um génio universal cujos traços se podia apenas esboçar mas nunca definir ”, diz usando as palavras de Jacob Burckhardt (ESB,XI,59). Mas ao mesmo tempo porque “o caracter de Leonardo, como homem, revelava outros traços incomuns e outras contradições aparentes”(ESB,XI,64).

Freud retoma a descrição de Leonardo de uma das pouquíssimas histórias conhecidas da sua infância “parece que já era meu destino preocupar-me tão profundamente com abutres; pois guardo uma das minhas primeiras recordações que, estando em meu berço, um abutre desceu sobre mim, abriu-me a boca com sua cauda e com ela fustigou-me repetidas vezes os lábios” (ESB, XI,76), para analisar a fantasia infantil e sobre ela formular uma teoria.

Já anteriormente Freud havia dito que “ as lembranças ininteligíveis da infância de uma pessoa, e as fantasias que delas resultam, invariavelmente gravam os elementos mais importantes do desenvolvimento mental ” para considerar “que o facto confirmado pela fantasia do abutre, isto é, Leonardo passou os primeiros anos da sua vida sózinho com sua mãe, terá exercido influência decisiva na formação da sua vida interior” (ibidem,85) “a mãe que amamenta...em cujo seio a criança mama, foi transformada num abutre que põe a sua cauda dentro da boca da criança” (ibidem,86).

Há nesta análise de Freud uma intencionalidade clara “ ocorre-nos perguntar se esta fantasia não indicaria a existência de uma relação causal entre as relações infantis de Leonardo com a mãe e sua posterior homossexualidade manifesta, ainda que ideal (sublimada)” (ibidem,90) “...essa ligação havia sido despertada ou encorajada por demasiada ternura por parte da própria mãe, e reforçada posteriormente pelo papel secundário desempenhado pelo pai durante sua infância... O menino reprime seu amor pela mãe; coloca-se em seu lugar, identifica-se com ela, e toma a si próprio como modelo a que devem assemelhar-se os novos objectos do seu amor...o que de facto

aconteceu foi um retorno ao auto-erotismo, pois os meninos que ele agora ama à medida que cresce, são, apenas figuras substitutivas e lembranças de si próprio durante a sua infância - meninos que ele ama da maneira que a sua mãe o amava quando ele era criança” (ibidem,92).

Esta visão das relações de infância inspiram Freud, para afirmar que “encontram seus objectos de amor segundo o modelo do narcisismo, pois Narciso, segundo a lenda grega, era um jovem que preferia a sua própria imagem a qualquer outra, e foi transformado na bela flor do mesmo nome” (ESB, XI,92).

Dito de outro modo, Freud sugere que nós olhamos como fomos olhados. Que o olhar que lançamos sobre nós próprios e sobre o mundo é o mesmo que a mãe lançou sobre nós na nossa infância. Nesta nova concepção, Freud concebe o narcisismo como um estágio normal na evolução sexual. No texto seguinte, *O caso Schreber*, afirma a “existência de uma fase da evolução sexual intermédia entre o auto-erotismo e o amor de objecto” (Pontalis,1985,365).

1.2. TERCEIROS ESCRITOS - SOBRE O NARCISISMO: UMA INTRODUÇÃO (1914)

Com as suas anteriores concepções sobre o narcisismo Freud tinha já surpreendido, porém, este é o artigo em que explicitamente Freud procura uma teoria.

Abordando a origem do termo esclarece que “a atitude de uma pessoa que trata seu próprio corpo da mesma forma pela qual o corpo de um objecto sexual é comumente tratado - que o contempla, vale dizer, o afaga e o acaricia até obter satisfação completa através dessas actividades...o narcisismo passa a significar uma perversão que absorveu a totalidade da vida sexual do indivíduo...” (ESB ,XIV,89). Contudo, faz desde logo notar que “...aspectos individuais da atitude narcisista são encontrados em pessoas que sofrem de outras perturbações...” (ibidem) para continuar a afirmar “...afigurou-se provável que uma localização da libido que merecesse ser descrita como narcisismo

talvez estivesse presente em muito maior extensão, podendo mesmo reivindicar um lugar no curso regular do desenvolvimento sexual humano ...” (ESB ,XIV,89).

Um pouco mais à frente, ele mesmo coloca a questão “...o que acontece à libido que foi afastada dos objectos externos na esquizofrenia? A megalomania desses estados aponta o caminho... a libido afastada do mundo externo é dirigida para o ego e assim dá margem a uma atitude que pode ser denominada de narcisismo...” (ESB,XIV,91), com esta observação Freud é levado a definir narcisismo como “a atitude resultante da transposição para o ego do sujeito, dos investimentos libidinais antes feitos nos objectos externos” (Roudinesco,2000,523).

Vejamos as considerações de Freud “...outros meios de abordagem nos permanecem acessíveis e através deles podemos obter um conhecimento melhor do narcisismo... o estudo da doença orgânica, da hipocondria e da vida erótica dos sexos...” (ESB,XIV,98). A primeira para abordar a questão da retirada narcísica “... aqui a libido e o interesse do ego partilham do mesmo destino e são mais uma vez indistinguíveis entre si...” (ESB,XIV,98) . Já “o hipocondríaco retira tanto o interesse quanto a libido... dos objectos do mundo externo, concentrando ambos no órgão ...” (ibidem, 99). Por último, referindo-se à vida erótica dos seres, diz que tal como a libido objectal num primeiro momento oculta a libido do ego também as experiências de satisfação precedem a escolha dos seus objectos sexuais.

Nesta sequência, Freud repara que os movimentos de retirada de que falava, apenas seriam possíveis depois de ter ocorrido um investimento em objectos externos, ou seja numa segunda fase. Esta observação condu-lo à distinção entre narcisismo primário e narcisismo secundário.

Narcisismo primário no entender de Freud “...diria respeito à criança e à escolha que esta faz da sua pessoa como objecto de amor, numa etapa precedente à plena capacidade de se voltar para os objectos exteriores...” (Roudinesco,2000,523). Nos seus primeiros escritos (1910-1915) narcisismo infantil coincidiria com os momentos da constituição do ego. Porém na segunda tópica Freud “acaba por opor de forma global um estado narcísico primitivo (anobjectal) e relações com o objecto. Este estado primitivo, a que

ele dá então o nome de narcisismo primário, seria caracterizado pela total ausência de relações com o meio, por uma indiferenciação entre o ego e o id e teria o seu protótipo na vida intra uterina ” (Pontalis, 1985,367).

Narcisismo secundário seria, esse sim, contemporâneo da formação do ego por identificação ao outro. Neste, o investimento libidinal do ego coexiste com os investimentos objectais. Esta noção remete para a ideia de que o narcisismo constitui-se como o primeiro esboço do que será o ideal do eu.

Entendido então como fenómeno libidinal, o narcisismo vai ocupar um lugar essencial na teoria do desenvolvimento sexual humano, pressupondo que entre a libido do ego e a libido objectal existe uma constante oposição “de tal sorte que se uma enriquece, a outra se empobrece e vice-versa...” (Roudinesco,2000,523). Se num extremo da libido objectal temos o estado amoroso “...um indivíduo que ama priva-se por assim dizer de uma parte do seu narcisismo para ser substituída pelo amor de outra pessoa por ele...” (ESB,XIV,116), no extremo da libido do ego teremos a fantasia do mundo do paranóico. Esta distinção leva Freud a considerar a auto-estima como um elemento narcisista do amor, o amor próprio, posto que é o narcisismo o regulador da auto-estima.

A teorização de Lacan acentua um outro entendimento. Na sua concepção, quando designa o “estádio do espelho” (1936) reporta-se à experiência narcísica fundamental que resulta do momento em que a criança vê a sua própria imagem no espelho. Ora este seria o primeiro momento da formação do ego. Mas, há aqui que notar que esta imagem já resulta da identificação com a imagem do outro, concretamente da mãe. Num outro sentido, Melanie Klein postulando a existência primária de relações de objecto, considera que não se pode falar de fase narcísica mas apenas de estados narcísicos ligados ao retorno da libido para objectos interiorizados .

Na verdade, a localização do narcisismo primário sempre suscitou algumas dúvidas, de tal modo que algumas teorias são complementares do pensamento de Freud e outras se lhe opõem. Balint (1934) opõe-se radicalmente a esta noção ao falar de amor objectal primário, considerando que desde o primeiro momento “...o bebé é já um ser

eminentemente objectal, no sentido de apelativo...” (Matos,1997,20), ideia que hoje é unanimemente aceite.

E na medida em que necessita do amor do outro, introjectando o objecto está pronto para a troca, para a relação “ ... é esta relação interior (vínculo L, de love) que preside ao nascimento e desenvolvimento da vida mental. É esta relação, constante porque psíquica, estando para além do/s encontro/s real/ais, esta relação de permanência, que gera e gere o narcisismo essencial constituinte da coesão e coerência do self e do vigor e harmonia funcional do aparelho psíquico. Este **narcisismo essencial** é o cimento e o fermento da estrutura e da actividade da pessoa.” (Matos,1999,14)².

1.4. AS FRAGILIDADES DO EU

Voltemos a Narciso. Na verdade, para Narciso não há um outro que lhe devolva uma imagem. Narciso não tem uma identidade reconhecida pelo outro, mas apenas a imagem de si mesmo, o outro não existe como diferenciador. “A salvação de Narciso seria a quebra do espelho, com a possibilidade de descobrir o outro, estabelecendo com ele uma verdadeira relação” (Rezende,1998,92). Falha o encontro afectivo com o outro.

A noção de amor objectal primário ajuda-nos a encontrar aquela falha e a melhor compreender a evolução do narcisismo. Ser investido pelo outro e ser por ele amado constitui a primeira condição de existência do indivíduo. Apenas com o investimento do objecto, com o amor do outro, o sujeito poderá “ ir aprendendo” a amar-se a investir-se a si próprio e só assim poderá investir o outro, amar o objecto (passar da posição narcísica para a posição objectal). Este amor do objecto, não bastará para explicar o narcisismo, contudo, é essencial ao amor próprio, à auto-estima.

A auto-estima começa, deste modo, a ser regulada pelo exterior tornando-se mais tarde a doseadora de um narcisismo positivo (decorrente de um bom investimento de si) ou de um narcisismo negativo (condicionado por um deficiente investimento de si), que gera a construção de uma auto-imagem grandiosa. A este propósito Matos (1997,21)

² o sublinhado é do autor

considera “Só há uma doença do narcisismo – a insuficiência narcísica . A exaltação narcísica é uma compensação / supercompensação do sentimento de inferioridade. Só é megalómano o que padece ainda que inconscientemente de micromania...”. A grandiosidade ocorreria então como uma necessidade de reparar, pelos seus próprios meios, o insuficiente investimento do objecto externo, numa procura incessante de negar a realidade, a sua pobreza, o seu sentimento de inferioridade, a sua ferida narcísica.

Reveste-se de particular interesse neste ensaio o conceito de raiva narcísica enquanto procura de reparação da ferida narcísica, podendo esta adquirir diferentes contornos “... o indivíduo narcisicamente vulnerável reage ao dano narcísico real (ou previsto) quer pela retirada envergonhada (fuga), quer pela raiva narcísica (luta)” (Kohut,1985,137). Esta noção remete-nos para uma compreensão possível do pressuposto básico ataque-fuga (Bion) que abordaremos ainda neste capítulo .

2. AS ANSIEDADES COMO DENOMINADOR COMUM : O PENSAMENTO KLEINIANO

Referindo-se a Melanie Klein, Ernest Jones considera a certa altura da sua obra, que a maior contribuição de Klein para a psicanálise se deve ao facto de ter chegado ao coração da criança. E sem duvida a sua grande preocupação foi a psicanálise de crianças. De resto, a sua primeira publicação (1932) chamar-se-ia *A psicanálise de crianças*.

Nesta obra, Melanie Klein retoma os conceitos freudianos de instinto de vida e instinto de morte, para explicar a ambivalência da criança na luta constante entre a necessidade de destruir os objectos e a necessidade de os preservar e para lançar as primeiras noções sobre o conceito de posição (posição esquizo-paranóide e posição depressiva), que foram determinantes no seu pensamento e no próprio pensamento psicanalítico.

No futuro, os seus conceitos vão sendo ampliados, de modo que se passa de um pensamento a uma nova teoria, essencialmente uma teoria das relações objectais para além de uma teoria dos instintos. Dito de um modo muito simples, para Klein desde o princípio da vida existem no Eu da criança, capacidades para estabelecer relações de objecto na realidade e na fantasia. Na sua concepção “... desde o início da vida há ego suficiente para experimentar ansiedade, formar algumas relações objectais em realidade e fantasia e usar defesas primitivas...” (Segal,1993,35).

A noção de fantasia estava já presente no pensamento freudiano, quando se refere à existência de uma actividade fantasmática intimamente ligada ao sonho, que se caracterizaria por fantasias conscientes (o devaneio e o romance individual) e fantasias inconscientes, que dão conta do mundo interno do sujeito. Inicialmente (*Um caso de Histeria*), Freud usa a palavra fantasia como antónimo de realidade, depois acrescenta que a fantasia tem implícita a procura de satisfação do desejo que ocorre quando a realidade externa é frustrante. Porém, Freud ressalva que se a fantasia de satisfação do desejo é uma fantasia inaceitável para a consciência ela será reprimida tornando-se assim uma fantasia inconsciente.

Analisando estes princípios, Segal (1991) encara a noção de fantasia como um fenómeno tardio em Freud, considerando que com ele se abriu uma porta sem contudo que se alcançasse a grandeza da descoberta.

Em Klein o termo fantasia adquire um conteúdo particular. Na sua concepção, desde muito cedo que a vida da criança é dominada pela fantasia inconsciente, afirmando até que quanto mais nova a criança maior é o predomínio da fantasia inconsciente. Os desejos tornam-se fantasias de satisfação e estas são a expressão directa de pulsões e impulsos. Nos estádios mais primitivos “as experiências físicas são interpretadas como relações objectais em fantasia, dando-lhes um significado emocional ... experiências iniciais, tais como a fome ou a satisfação, são vivenciadas e interpretadas pelo bebé em termos de fantasias de relações objectais ... a satisfação é vivenciada como conter um objecto que satisfaz a necessidade; a fome como perseguição” (Segal,1991,35). Então, a fantasia é nestes estádios essencialmente física.

Precisando, as fantasias inconscientes mais precoces, porque dependentes das primeiras sensações e afectos, são essencialmente corporais e expressam sobretudo a realidade interna subjectiva, uma vez que a experiência com a realidade exterior é muito restrita. A imaturidade psíquica do bebé e a indiferenciação entre o mundo interno e o mundo externo impõe que as fantasias sejam experimentadas tanto como somáticas, quanto como fenómenos mentais. Também os objectos fantasiados e a satisfação que deles retira são experimentados como acontecimentos físicos. O desejo inicialmente confunde-se com a acção. Nesta fase o bebé quando adormece, ao fazer movimentos de sucção e ao chuchar nos seus próprios dedos, fantasia que está realmente sugando ou incorporando o seio e adormece com a fantasia de ter realmente, dentro de si, o seio que dá leite (Segal, 1991).

Mas Klein acrescenta que a satisfação do desejo é apenas uma das expressões da fantasia, um outro aspecto é o defensivo. Quer dizer, ao criar uma fantasia de satisfação do desejo o sujeito não está apenas a evitar a frustração e a reconhecer uma realidade externa desagradável, está também a defender-se do desagrado da fome, da raiva, isto é, da sua realidade interna, coisa que no seu entender é até mais importante.

Segal recolhe destas noções a ideia de que a fantasia para além de defender contra realidades também defende de outras fantasias e dá como exemplo “as fantasias de um objecto idealizado e de um self idealizado tanto são fantasias de satisfação de desejo como defesas contra um terror subjacente” (Segal, 1991,38).

Reconhecemos assim na fantasia inconsciente primariamente a função de diminuir a tensão instintiva e a ansiedade e depois a realização do desejo e a acção defensiva. Numa ou noutra das suas expressões as fantasias inconscientes, inicialmente experimentadas como sensações, vão acompanhar o processo de maturação do indivíduo, transformando-se em formas mais elaboradas. Todavia, se as fantasias estão sujeitas ao aprender com a realidade, também o encontro com a realidade está dependente das mudanças na vida de fantasia.

Em consequência, há no processo de desenvolvimento do bebé uma luta constante entre as suas fantasias onipotentes e o encontro de boas e más realidades. Na forma mais

primitiva de pensar e de sentir, como veremos, o bebé de modo onnipotente recorre à identificação projectiva para alterar a realidade. Mas, progressivamente ao reconhecer e tolerar alguma distância entre si e os objectos, ou entre a fantasia e expectativa onnipotentes e a realidade, a onnipotência diminui e a criança pode desenvolver uma relação sólida com a realidade, o que para Klein apenas é possível na passagem da posição esquizo-paranóide para a depressiva. A partir daqui a riqueza, a profundidade do pensar, diz Klein, dependerão da maleabilidade da sua vida de fantasia inconsciente e de como a pessoa é capaz de a submeter ao teste da realidade.

2.1. AS ANSIEDADES PRIMÁRIAS

Klein recolhe da sua observação o valor que no futuro dará às ansiedades da criança e suas causas, aludindo ao sentimento de que a criança do mesmo modo que se relaciona precocemente, também tem a capacidade de sentir ansiedade e de procurar apaziguá-la fisicamente. Aliás no seu pensamento, desde o início da vida o objectivo primário do ego é a defesa contra a ansiedade.

Inspirada nos conceitos freudianos de pulsão de vida e de morte, Klein fala de ansiedade como sinónimo de perigo para o bebé. Estas noções vêm na sequência das suas concepções sobre a fantasia de ataque ao corpo materno e da retaliação que o bebé espera por parte do objecto, como vimos no item anterior. É neste sentido que vêm os seus primeiros textos sobre a ansiedade (1927), para mais tarde em 1935, falar de ansiedade ligada à perda de objecto (o objecto bom) com a qual introduz o conceito de posição depressiva e em 1946 fazer notar a existência de ansiedades persecutórias próprias da posição esquizo-paranóide.

Klein prefere o termo posição à designação de fase ou estágio do desenvolvimento psíquico da criança, porque “a palavra posição mostra com clareza que o estado (depressivo, paranóide, esquizóide) intervém num dado momento da existência do sujeito” (Roudinesco, 2000, 589) e também porque pressupõe a possibilidade do mesmo se repetir ao longo da vida. O conceito de posição caracteriza, então, um modelo de relação de objecto que Klein aplicou aos processos psíquicos que ocorrem no primeiro

ano de vida , isto é, a passagem de uma fase esquizo-paranóide para uma fase depressiva.

Posição esquizo-paranóide e posição depressiva reflectem as ansiedades predominantes do bebé. Na primeira, que corresponde aos 3-4 primeiros meses de vida, a ansiedade do bebé é essencialmente paranóide, caracteriza-se pela clivagem tanto da vida pulsional (lívido e agressividade) quanto do seu objecto (o seio materno), predominando fantasias de objectos persecutórios e a divisão entre objectos bons idealizados e objectos maus persecutórios.

Os objectos (seio, mãe) encontram-se cindidos em bons e maus. Bom seio e mau seio são para o bebé objectos diferentes. Esta divisão determina que, se os *maus* objectos são sentidos como demasiado maus, os *bons* objectos sejam idealizados. Tudo o que é mau, todo o desagrado, os desprazeres, são sentidos como vindos do exterior, do mau objecto. Na fantasia o bebé vai procurar atacar o *mau* objecto contudo, como não pode aniquila-lo, teme que este se torne mais perigoso e que, por projecção, se volte contra si e o destrua. Este medo é a angústia persecutória que o bebé vai procurar anular pelo controle dentro de si do objecto perseguidor, isto é, dando início aos processos de projecção e introjecção.

O desenvolvimento da criança naqueles primeiros meses seria então caracterizado pelo predomínio do medo de que o self seja destruído por objectos persecutórios. O ego, muito rudimentar, defende-se da angústia persecutória causada pelo mau objecto, recorrendo à clivagem, à idealização do bom objecto, à recusa da realidade do mau objecto e ao controle onipotente do objecto.

No fundo, da posição esquizo-paranóide resultam emoções, de um lado reside a idealização do objecto bom fonte de toda a gratificação, do outro o objecto que ataca e destrói, do qual resulta a ansiedade paranóide acompanhada da linguagem do objecto persecutório e também a inveja, a voracidade e o desejo de destruir qualquer qualidade do objecto. Porém, a idealização facilmente pode tornar-se em perseguição.

Contudo, são as imagens do objecto bom idealizado e as experiências positivas, que permitem tanto a segurança necessária para lutar contra a angústia persecutória, quanto a unificação do Eu e logo a síntese do objecto e em consequência a passagem para uma posição depressiva.

Na posição depressiva, que no pensamento kleiniano se prolonga até final do primeiro ano de vida, as ansiedades predominantes são ansiedades depressivas. A diferenciação crescente entre o Eu (self) e o objecto que ocorre nesta fase, com a redução dos mecanismos projectivos e o fortalecimento dos processos integrativos, levam a que a mãe seja percebida como objecto total e permitem que o bebé possa integrar aspectos bons e maus dos objectos. Nesta passagem, o bebé inibe progressivamente a agressividade prevalecendo a libido sobre a agressividade e o sadismo. A ambivalência e a angústia mantêm-se, mas deslocam-se para o objecto total, isto é, o medo desloca-se da destruição do self para o medo de que o bom objecto seja destruído.

Quando a criança percebe que a mãe que gratifica (o seio que alimenta) e a mãe que frustra (seio mau) são a mesma mãe, há já um reconhecimento do objecto real. Todavia, a síntese do objecto fomenta poderosos sentimentos de culpabilidade. Percebendo que o objecto amado e objecto odiado são o mesmo, o bebé teme perder o bom objecto interno e externo. Descreve-se assim a posição depressiva, com a qual se introduz a ordem do real e a nostalgia do objecto ideal. Trata-se de uma tarefa particularmente dolorosa na qual predominam sentimentos depressivos, a culpa, o luto e o desespero depressivo, mas também a necessidade de reparação e a angústia depressiva que a caracteriza. Muito embora as defesas maníacas sejam mantidas serão agora utilizadas sobretudo para contrapor-se à ansiedade depressiva.

Alcançando a posição depressiva o bebé vai-se apropriando da sua realidade psíquica e da realidade externa, e pode finalmente enfrentá-las. Desenvolve uma nova capacidade, a de sentir preocupação pelos seus objectos e aprende progressivamente a controlar os seus impulsos. O sentimento de luto instaurado, leva a que a criança desenvolva os seus mecanismos de reparação, cujos pilares são, na teorização de Klein, a formação reactiva, a sublimação e a substituição dos objectos primitivos pelos novos objectos da adolescência.

A reparação diz respeito ao objecto vivido pela criança como algo que foi danificado e que ela vai procurar unificar em objecto bom mas não perfeito. Trata-se da capacidade de integração por parte do ego. Inicialmente os estados de integração são muito limitados mas “ à medida que o desenvolvimento se dá, experiências de síntese e consequentemente, de ansiedade depressiva tornam-se mais frequentes e mais duradouras... isso leva a uma diminuição real da ansiedade, condição fundamental para o desenvolvimento normal” (Klein,1991,91). Deste modo se descreve uma ansiedade depressiva normal, com maior clarificação da realidade interna e percepção mais realista do mundo externo, significado da elaboração bem sucedida da posição depressiva.

Porém, Klein faz notar que, se exposto a muitas situações de ansiedade o ego tenderá a negá-las, podendo até negar que ama o objecto se a ansiedade for máxima. Desenvolve-se assim, de novo uma ansiedade persecutória, o que significa uma regressão à posição esquizo-paranóide. A intensificação dos medos persecutórios pode dever-se tanto a factores internos do bebé (ex. inveja excessiva; intolerância à frustração) quanto a factores externos, como por exemplo deficientes cuidados maternos.

Klein salienta ainda que a culpa prematura, isto é, a culpa que ocorre durante a posição esquizo-paranóide, contribui igualmente para o aumento dos sentimentos de perseguição e de desintegração e em consequência para o fracasso da posição depressiva. Eis como Klein sintetiza o seu pensamento: “se sua capacidade de aguentar a ansiedade é inadequada, o ego pode voltar regressivamente a usar defesas mais primitivas ou mesmo ser levado ao uso excessivo de defesas próprias a seu estágio. Como resultado, a ansiedade persecutória e os métodos de lidar com ela podem ser tão fortes que, a elaboração da posição depressiva seja prejudicada” (Klein,1991,248). Quer dizer que, sendo as ansiedades depressivas demasiado fortes pode dar-se uma retirada da posição depressiva com retorno a uma relação paranóide com o objecto e uso de defesas paranóides, o que de novo incitará o ego à tentativa de controle dos objectos e impulsos, por forma a evitar a frustração ou impedir o perigo para os objectos amados.

Em síntese, Klein considera que é na passagem da posição esquizo-paranóide para a posição depressiva que se opera o reconhecimento da realidade e descreve o movimento da ansiedade entre ansiedade persecutória e ansiedade depressiva como o mais

importante para o amadurecimento. Estas considerações foram por ela própria aplicadas à clínica e na sua esteira, com Bion, são mesmo consideradas determinantes no desenvolvimento do pensamento (*Elementos de Psicanálise*). Deste modo, para Klein todo o processo psíquico que ocorre ao longo da vida do indivíduo, (relações de objecto, ansiedades e defesas) teriam como protótipo o movimento entre uma posição esquizo-paranóide e uma posição depressiva.

Podemos então aceitar a ideia de que sempre que o indivíduo se confronte com uma situação dolorosa, a perturbação do seu mundo interno reactivará as suas angústias persecutória e depressiva, pondo em marcha os mecanismos para lhe fazer face.

2.2. A IDENTIFICAÇÃO PROJECTIVA

Identificação projectiva é um conceito sugerido por Melanie Klein cujos fundamentos estão enunciados no seu texto *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides* de 1946, complementado em 1955 num outro trabalho *Sobre a Identificação*. Nestes textos Klein ultrapassa algumas questões, levantadas até pela própria psicanálise, sobre a comunicação humana, no que diz respeito à criação de um estado mental no outro e ao qual o outro pode responder na fantasia ou na realidade. O conceito de identificação projectiva vai então apoiar uma teoria da informação e também uma teoria da comunicação.

Logo no início da sua obra Klein retoma o conceito de projecção no sentido freudiano, para falar de um mecanismo de defesa que permite à criança defender-se de sentimentos indesejáveis, fá-lo por exemplo quando desenvolve a sua tese sobre o brincar (*A personificação nos jogos das crianças*, 1929), afirmando que a criança ao criar as suas personagens e ao atribuir-lhes papéis, projecta o seu mundo interno, os seus conflitos internos, no mundo externo, usando como vimos, a fantasia para se defender do desagrado.

Freud que no início da sua obra falara de projecção como um mecanismo defensivo essencialmente ligado à paranóia (*Carta a Fliess*, 1895 e *Caso Schreber*, 1911) vem mais

tarde, em *Totem e Tabu* (1912) falar pela primeira vez da projecção como um mecanismo normal, sugerindo que o mundo externo se construiria a partir da projecção das percepções e crenças sobre o nosso mundo interno. Posteriormente, em 1915 (*Instintos e suas Vicissitudes*), fala da complementaridade entre a projecção e a introjecção como as faces do desprazer/prazer. Segundo estas considerações a projecção obedecia ao princípio do prazer. Freud retoma ainda estes conceitos em *Psicologia de grupo e análise do eu* para falar dos mecanismos de identificação do grupo, os quais seriam a introjecção - processo pelo qual o indivíduo se identifica com os outros membros do grupo e o processo que corresponde ao deslocamento do ideal do ego para o líder do grupo – projecção. Inspirada nestes conceitos, Klein vai então mostrar que a nossa imagem do mundo é criada por identificação projectiva.

Klein reporta-se à fase de indiferenciação entre o EU e os objectos para falar de um mecanismo de identificação muito primitivo, que regula a vida mental durante os três ou quatro primeiros meses de vida, a identificação projectiva, que consiste na fantasia onipotente de que as partes não desejadas da personalidade e dos objectos internos podem ser dissociadas e projectadas para um objecto e nele controladas, de modo a libertar o self da sua parte persecutória.

É no estudo de pacientes esquizofrénicos, que Klein percebe que o sistema paranóide é um sistema projectivo evacuativo, isto é, na fantasia do esquizofrénico o outro contém a parte projectada da mente do sujeito. Faz então notar no primeiro texto, que a identificação projectiva é a principal defesa contra a ansiedade na posição esquizo-paranóide, quando os objectos são entendidos como partes excindidas e projectadas do self, aquilo que Freud tinha já concebido a propósito da psicose, quando se refere à confusão entre uma parte do self e o objecto, ficando o sujeito despossuído de uma parte do self, que o objecto passa a conter. A Identificação projectiva era então o resultado de um sistema paranóide.

Esta compreensão serve a Klein para analisar a relação mãe-bebé, considerando que o bebé projecta no interior da mãe uma parte do self, confundindo-a com a projecção. Klein afirma que “na medida em que a mãe possa conter as partes más do self, ela não é sentida como um indivíduo separado e sim como sendo o self mau” (Klein, 1991, 27).

Salienta-se ainda, neste primeiro texto, que também partes boas do self são expelidas e projectadas no objecto. Isto é, o bebé confundindo a mãe com a projecção transforma o objecto em bom ou mau objecto. Ora, esta projecção de partes boas do self reflecte um mecanismo essencial ao fortalecimento do ego e ao desenvolvimento de boas relações de objecto. Contudo, Klein ressalva que muito embora seja um mecanismo vital, a projecção excessiva conduziria ao empobrecimento do ego, uma vez que as partes boas da personalidade excindidas seriam vividas como perdidas.

Mais tarde (1955), Klein vem dizer que a identificação projectiva não é apenas de um mecanismo evacuativo ou dissociativo, ou seja, de negação de uma parte do self no interior do objecto, mas tem também um fim comunicativo. O investimento libidinal na mãe (seio) é determinante para o mecanismo de projecção, isto é, para a projecção dentro dela de sentimentos bons e partes boas do self, acentuando ao mesmo tempo a importância da internalização para os processos projectivos “...especialmente pelo facto de o seio bom internalizado agir como um ponto focal no ego, a partir do qual sentimentos bons podem ser projectados em objectos externos” (Klein, 1991, 172).

Nesta nova concepção, Klein considera que, se o bom objecto está já consolidado o ego será capaz de projectar as partes boas do self, sem que isso signifique o seu esvaziamento. Esta constatação, é muito importante para percebermos de que modo o ego está ou não capaz de contrapor-se aos processos de dispersão e clivagem, ou seja, se será capaz de manter o equilíbrio entre projecção e introjecção, entre dar e receber como ela própria afirma.

Estas são as razões pelas quais a identificação projectiva pode ser descrita como um processo próprio do desenvolvimento psíquico, fundamental na estruturação do vínculo empático, e mesmo um dos pilares fundamentais do desenvolvimento (Amaral Dias), em conjugação com o mecanismo de identificação introjectiva, sendo que “a qualidade da relação com os objectos primários, principalmente a mãe, determinaria a qualidade do funcionamento da identificação projectiva nas relações de objecto posteriores” (Dias, 1988, 30).

De novo se sugere aqui a importância da capacidade de compreensão dos objectos primários, em particular da mãe, para com o bebé. A incapacidade afectiva da mãe para compreender o bebé e modificar o seu estado de frustração primitiva viria “inibir o funcionamento normal da identificação projectiva, promovendo a tendência ao uso da identificação projectiva patológica” (Dias, 1988,30).

Nesta afirmação Amaral Dias retoma os conceitos bionianos de identificação projectiva normal ou realista e identificação projectiva patológica. A primeira, refere-se à indução de um estado mental no objecto, como meio de comunicar com ele a respeito desse estado, sendo que, o que projecta mantém a sua própria entidade separada, mantém o sentido da realidade externa e interna.

Na concepção de Bion, a identificação projectiva tem uma função essencial como precursora da actividade de pensar, sendo um mecanismo relevante na formação do aparelho de pensar os pensamentos. Bion explica que, na relação mãe/bebé, a mãe é tanto uma fonte de alimentação quanto contentora dos sentimentos de desprazer do bebé. Deste modo, na experiência real com o seio o bebé pode desfazer-se do mau objecto³ ao colocar na mãe os seus sentimentos de desprazer, realizando aquilo que Bion chama evacuação de elementos beta, que a capacidade de *reverie* da mãe pode transformar (função alfa). Ora esse mecanismo é a identificação projectiva. E para explicar a importância da identificação projectiva para o pensamento, Bion considera que o encontro entre a expectativa inata do seio, a pré-concepção⁴ e a experiência real com o seio gera a concepção. Já o desencontro entre a pré-concepção e a experiência real com o seio, isto é, a frustração ou a realização negativa dará lugar à formação do pensamento.

No mesmo sentido e retomando a descrição de Klein, Amaral Dias considera que é possível dividi-la em dois níveis “no primeiro o objecto passa a conter as partes não desejadas do self (relação de objecto psicótica) : no segundo, o objecto transforma-as,

³ Os maus objectos seriam, na terminologia bioniana, os pensamentos primitivos ou protopensamentos.

⁴ Para Bion o bebé tem uma pré-concepção inata do seio, sem que exista a consciência da necessidade do seio (seio bom). Na medida em que o bebé experimenta uma carência, uma necessidade não satisfeita, por exemplo a sensação de fome (seio mau), tem uma procura activa de afastar de si esse mau objecto e fã-lo por identificação projectiva.

de forma a permitir uma reintrojecção mais tolerável (nível terapêutico/comunicacional). É também a este nível que se situa a Identificação como precursora da actividade de pensar”(Dias, 1995,13).

Pelo contrário, na identificação projectiva patológica prevalece o ataque à realidade próprio da posição esquizo-paranóide. Quando a realidade é sentida como penosa e perseguidora há um desejo de alívio da ansiedade e dos impulsos invejosos e hostis, o sujeito projecta violentamente no objecto fragmentos de si. Na fantasia, o objecto passa então a conter os aspectos projectados e é também ele mesmo desintegrado. Deste processo resulta a indiferenciação self/objecto e a confusão de identidade, característicos do funcionamento psicótico.

Se a inveja é muito intensa, a identificação projectiva pode recair igualmente sobre o objecto ideal, já que este suscita fortes sentimentos de inveja. Na confusão sujeito/objecto e na fragmentação massiva, torna-se impossível a clivagem entre o objecto ideal e o mau objecto. Em resultado, o objecto assim fragmentado é percebido como objecto perigoso e retaliatório. A este objecto que povoa a mente do bebé Bion chama *objecto bizarro*. A realidade assim sentida como fortemente persecutória, intensifica a Identificação projectiva patológica. Desenvolvimento este que, na teorização de Bion, pode conduzir a graves transtornos do pensamento e ao desenvolvimento da personalidade psicótica (parte psicótica da personalidade), já que é o reconhecimento da realidade que se opõe “a toda a tendência, seja para o retorno para as posições de clivagem e projecção e identificação projectiva patológica da posição esquizo-paranóide, seja para as defesas maníacas”(Dias,1997,25).

Muito embora a teorização kleiniana tenha introduzido uma mudança importante no sentido da projecção, de tal modo que Amaral Dias(1986) considera que nela reside a grande mudança do conceito de projecção, até mesmo em termos de estrutura de comunicação. É também certo que Klein valorizou essencialmente a patologia das identificações projectivas, como mecanismo de defesa primitivo. Na concepção de Bion valoriza-se sobretudo o aspecto qualitativo, em particular o aspecto sadio e estruturante das identificações projectivas, tal como acontece na empatia da mãe(analista) para com o seu bebé (analisando) (Zimmerman,1995).

2.3. A CLIVAGEM

Breuer foi quem primeiro falou de clivagem nos seus estudos sobre a histeria, referindo-se à existência de um corte entre o mundo da fantasia e o mundo da realidade. O teatro histérico, próprio de uma mente histérica. Tratava-se, supunha-se, da coexistência de dois campos ou de duas personalidades que se ignoravam entre si, como uma “ruptura da unidade psíquica, que acarretava um distúrbio do pensamento e da actividade associativa e conduzia o sujeito à alienação mental e, portanto à psicose” (Roudinesco,2000:135).

O termo clivagem (Spaltung) foi usado por Freud também a propósito dos mecanismos de defesa na dissociação histérica, dando a ideia de que a mente estaria separada em duas partes, para depois na segunda tópica, a partir da teoria topográfica, desenvolver o termo Ichspaltung ou clivagem do ego, considerando o conflito entre duas instâncias.

Em *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (1933)* Freud refere-se à clivagem do ego considerando que “o ego pode tomar-se a si próprio como objecto, pode tratar-se como trata outros objectos, pode observar-se, criticar-se sabe-se lá o que pode fazer consigo mesmo. Nisto, uma parte do ego se coloca contra a parte restante. Assim o ego pode ser dividido; ... Depois suas partes podem juntar-se novamente. Por outro lado bem conhecemos a noção de que a patologia Se atirmos ao chão um cristal... ele se desfaz, segundo linhas de clivagem....Os doentes mentais são estruturas divididas e partidas do mesmo tipo ” (ESB,XXII,77), linhas de clivagem permanentes que não só caracterizariam o desenvolvimento da personalidade como determinariam todo o devir psicopatológico.

No entanto, clivagem não tem apenas este sentido psicopatológico. A certo momento da sua obra, *A divisão do Ego no processo de defesa(1938)*, Freud considera-o mesmo como um mecanismo comum no quotidiano do neurótico e universal na criança, no conflito entre o desejo (id) e a sujeição à realidade. Quando a criança percebe que da sua persistência numa dada experiência satisfatória poderá resultar um perigo real,

resta-lhe, perante o reconhecimento do perigo objectivo, a renúncia ao prazer ou a recusa da realidade. Digamos que, uma escolha obriga sempre ao mecanismo da clivagem.

Posteriormente, no texto *Esboço de Psicanálise* (1940) Freud fala da clivagem a propósito da divisão da personalidade “duas atitudes...a normal que tem em conta a realidade, e outra que...desliga o ego da realidade. As duas coexistem lado a lado.” (ESB,XXIII,213), referindo-se a partes normais ou mais sadias do ego que coexistiriam com partes anormais da personalidade. A parte psicótica e não psicótica da personalidade (Bion). O aspecto favorável da clivagem do eu, é acentuado por Freud quando considera ser este um mecanismo protector do indivíduo, sempre que o mundo externo lhe impõe algo sentido como penoso, fazendo recurso à negação da percepção dessa realidade.

A tese da cisão entre objectos bons idealizados e objectos maus persecutórios, como vimos há pouco, (Cf .2.1.2.), leva Klein a retomar o conceito de clivagem, a que Freud tinha aludido, para falar sobretudo de clivagem do objecto. Conceito que vem, de resto, a tornar-se uma constante em toda a sua obra.

Ao conceber a existência de um ego, embora arcaico, presente desde o início da vida Klein considera que uma das suas funções seria expressa na capacidade de amar, porém “a tendência oposta do ego, de cindir a si e a seus objectos ocorre em parte devido à falta de coesão do ego quando do nascimento e, em parte, porque ela constitui uma defesa contra a ansiedade primordial, sendo assim um meio de preservar o ego” (Klein,1991,222).

Partindo da observação de crianças, Klein percebe e vem depois demonstrar que desde muito cedo na vida, os objectos não são percebidos e entendidos objectivamente, pelo contrário “as crianças cindem os seus objectos de ... qualidades e intenções inteiramente boas e benignas ou, então, inteiramente más” (Hinshelwood,1992,276). Mantendo, pelo mecanismo de clivagem, o objecto bom separado do mau a criança preservá-lo-ia, o que no seu entender, significaria um reforço da segurança do ego. Klein afirma até que o

processo de cisão constitui uma pré-condição para a relativa estabilidade do bebé pequeno (Klein, 1957) e essencial ao desenvolvimento do ego.

Posteriormente, à medida que o bebé aproxima os vários aspectos amados e odiados, bons e maus dos objectos, aproxima-se do objecto completo (posição depressiva). “A adopção do objecto inteiro permite também que a divisão entre o ego propriamente dito e o ego investido no objecto se desfça, unindo-os num só. A divisão deixa de ser necessária como defesa primitiva...” (Grotstein,1985,39). Podem então ver-se as características opostas (bom e mau) como aspectos diferentes de um mesmo objecto. Porém, aumentando a adaptação ao mundo externo, a clivagem ocorre em campos que se tornam progressivamente mais próximos da realidade.

Como vimos, também Klein encontra no mecanismo de clivagem um elemento fundamental do desenvolvimento do psiquismo, enquanto facilitador dos processos discriminativos e integrativos, reforçando o ego na capacidade de suportar a ansiedade e em consequência convertendo-o no modulador das defesas, que tal como a identificação projectiva pode ser uma defesa benigna ou uma defesa que destrói e anula o sentido da realidade.

2.4. OS MECANISMOS SOCIAIS DE DEFESA

As preocupações sociais da década de 1940 levaram alguns psicanalistas a aplicar à psicologia social conceitos da psicologia individual. Já Freud havia dito (1921) que a psicologia individual em sentido ampliado mas inteiramente justificável é ao mesmo tempo também psicologia social.

Com efeito, no texto *Psicologia de Grupo e Análise do Eu*, Freud considera que, na sua essência, as relações de grupo decorrem de mecanismos de identificação, quer do grupo com o seu chefe, quer dos diferentes elementos entre si. Explicita então o conceito de identificação por introjecção, identificação do eu ao objecto, que mais não seria do que o deslocamento do eu-ideal para um objecto externo. Este mecanismo seria, como foi dito, um dos processos primários da relação.

A esta noção Klein, em 1946, acrescenta como vimos anteriormente, que os processos primários da relação do bebé são também processos de projecção (no sentido de projecção do objecto interno), enquanto “fantasia onipotente de que partes não desejadas da personalidade e dos objectos internos podem ser dissociadas, projectadas e controladas no objecto, no qual se teriam projectado” diz, Amaral Dias,. (1988,29).

É na conjugação destas concepções que Elliot Jaques (1955), ao estudar os sistemas sociais como defesa, defende que “o deslocamento do eu-ideal para um objecto parece conter implicitamente a concepção de identificação por projecção” (Jaques, 1978,548), para além de conter também mecanismos de introjecção. A identificação projectiva comum ou partilhada pelos diferentes membros do grupo, constituiria o mecanismo que lhes permite identificarem-se uns aos outros.

Na sua hipótese de estudo Jaques considera que “um dos elementos principais da coesão que une os indivíduos a associações humanas institucionalizadas é a defesa contra a ansiedade psicótica”(ibidem,546), neste sentido, admite que os indivíduos ao associarem-se e ao cooperarem inconscientemente com o grupo, ou instituição, obtêm um reforço das suas defesas contra a ansiedade e a culpabilidade. O sentido das instituições era então determinado não apenas pelas funções conscientes, mas também por múltiplas funções a nível fantasmático.

Observamos assim, uma utilização inconsciente da instituição como reforço dos mecanismos individuais de defesa contra a ansiedade, especialmente contra o retorno das suas ansiedades primárias (ansiedades paranóides e depressivas). Como no mecanismo individual de identificação projectiva, o sujeito expulsa no interior do objecto uma parte de si mesmo e confunde o objecto com essa parte de si. Também aqui, a clivagem e a projecção e introjecção são usados ao nível fantasmático social para lidar com a ansiedade paranóide, donde, as defesas sociais que emergem tem uma relação recíproca com os mecanismos de defesa internos. As relações sociais caracterizadas pela hostilidade, suspeição, clivagem, irrealismo e outras condutas mal adaptadas, são o correspondente social dos mecanismos psicóticos individuais, usados como forma de evitar a ansiedade.

Procurando interpretar os mecanismos utilizados como defesa contra a ansiedade paranóide, Jaques cita a projecção de maus objectos internos e pulsões agressivas no interior do psiquismo de determinados membros da instituição. Considera então que, a estrutura social que caracteriza uma instituição (no seu estudo a marinha), e as regras adoptadas, determinam que alguns elementos sejam o receptáculo de maus objectos e pulsões projectados pelos outros elementos do grupo. Absorvendo deste modo objectos e pulsões tornam-se bons ou maus objectos. Por sua vez, estes elementos podem devolver ou deslocar as pulsões ou objectos para outro indivíduo, aliado ou inimigo, que assim se torna amado ou odiado. Em consequência, reforçando-se o ataque contra os perseguidores ou idealizando, por defesa maníaca, os objectos amados se evita a retaliação e se encontra alívio para as suas próprias perseguições internas. Ao mesmo tempo, permite-se a idealização de outros indivíduos, neste caso o comandante do navio, visto como uma figura boa e protectora.

Quanto às defesas contra a ansiedade depressiva, Jaques centra-se no valor que o grupo “bode expiatório” tem para a comunidade, mostrando que a clivagem entre bons e maus objectos, ou seja, a clivagem entre uma maioria que se sente boa e uma minoria entendida como má, reforça a crença de que o grupo perseguidor é bom. Por outro lado, alimentam o desprezo e o ataque ao grupo “bode expiatório”, que assim se une igualmente no desprezo e ódio ao grupo perseguidor, isto é, por identificação projectiva protegem-se os bons objectos internos e atacam-se os maus objectos internos perseguidores.

Esta compreensão permite-nos, de algum modo, entender algumas resistências individuais e colectivas às mudanças sociais, uma vez que qualquer mudança obriga a uma certa desorganização do mundo interno do indivíduo. A cooperação entre os grupos resultam na justificação social dos sentimentos de ódio e desprezo face ao perseguidor externo e na protecção dos bons objectos internos, encontrando-se assim alívio para a culpabilidade inconsciente do grupo perseguidor e o reforço das defesas contra a ansiedade depressiva. Por este mecanismo se protegem os indivíduos da ansiedade depressiva e se mantém a sobrevivência dos grupos.

3. FANTASMAS COLECTIVOS: OS GRUPOS EM BION

Bion surge para a psicanálise na senda de Melanie Klein, no entanto desde logo lhe revelou a ela própria e sempre mostrou a sua independência relativamente ao pensamento kleiniano.

Fundamentando-se na filosofia Kantiana, Bion enceta um trabalho que se constituiu verdadeiramente como uma revisão filosófica de toda a obra de Freud. Não admira pois, que tenha desenvolvido na sua vasta obra uma outra forma de entender, ou de observar, como ele mesmo referia, as teorias psicanalíticas.

Muito embora se filie na teoria psicanalítica, os seus estudos sobre a dinâmica dos grupos precedem esta formação e tiveram uma marcada influência na época, não apenas no campo psicanalítico mas também na psiquiatria. Além do mais, o trabalho que desenvolveu com os grupos foi também determinante na evolução do seu pensamento.

A identificação de mecanismos psicóticos nos grupos permitirá que mais tarde Bion retome, na sua relação com pacientes esquizofrénicos, o estudo dos problemas do pensamento, linguagem e conhecimento. Para além disso, as suas novas concepções lançam-no na difusão a nível internacional das suas ideias.

3.1. A TEORIA DOS GRUPOS - EXPERIÊNCIAS EM GRUPOS (1948).

Os primeiros trabalhos sobre grupos desenvolve-os Bion no exército, onde por oposição ao clássico modelo militar, propõe a técnica de “grupo sem líder”, primeiro como meio de readaptação de militares perturbados em consequência da guerra e depois como meio de selecção de candidatos. Tal arrojo, em breve colheria a oposição da hierarquia militar.

Em 1948, quando pode aplicar o seu modelo a grupos terapêuticos repara que, muitas vezes, os grupos adoptavam estratégias que dificultavam o próprio trabalho de grupo

“isto se manifestava por uma falta de riqueza intelectual nas conversações mantidas durante as sessões, e pela diminuição do julgamento crítico e perturbações na conduta relacional dos integrantes do grupo. Este procedimento não estava de acordo, em geral, com a inteligência e habilidade dos integrantes do grupo fora da situação grupal” (Grinberg,1973, 22).

Freud (1921) tinha já sustentado a ideia de que, dentro de um grupo, as emoções do indivíduo se intensificam enquanto a sua capacidade intelectual se reduz notavelmente. Bion observava que em algumas situações de grupo predominava um sentimento de unidade, noutras pelo contrário, era manifesta a tensão entre os seus membros, num clima carregado de emoções.

É pois, em particular ao clima afectivo dos grupos que se vai dedicar, procurando a explicação para alguns fenómenos que observava. “Ao reunirem-se várias pessoas para efectuar uma tarefa podem discernir-se dois tipos de tendências: uma que se dirige à realização da tarefa e outra que parece se opôr a ela. A actividade de trabalho é obstruída por uma actividade mais regressiva e primária” (Grinberg,1973,23).

Estes fenómenos encontram alguma analogia com a exposição que Klein faz dos mecanismos psicóticos “...o adulto no seu contacto com as complexidades da vida em grupo recorre a uma regressão massiva, a mecanismos que Melanie Klein descobriu como típicos das fases mais precoces da vida mental ”⁵ (Bion,1990,115).

Nesta aproximação, Bion encontra uma razão para afirmar que “o adulto deve estabelecer contacto com a vida emocional do grupo em que se insere; esta tarefa pode parecer-lhe tão formidável como parece à criança a relação com o peito, a sua regressão mostra o fracasso em satisfazer as exigências desta tarefa...” (Bion,1990,115). Verifica-se então uma regressão que implica a perda da singularidade, mas por outro lado, o reconhecimento ou a tomada de consciência desta singularidade seria uma ameaça para o grupo, podendo criar um estado de pânico.

⁵ Tradução livre

Ora, é justamente a leitura destes fenómenos que lhe vem permitir definir uma nova teoria, considerando que tanto os grupos quanto os indivíduos seriam compostos por um continente e um conteúdo. “Se para um dado indivíduo, o grupo funciona como um continente, cada indivíduo tem também em si mesmo um conteúdo ou pressuposto básico que determina as suas emoções” (Roudinesco, 2000, 87). Enuncia deste modo, o conceito de pressupostos básicos e afirma, para além destes, a existência de fenómenos que se repetem nos diferentes grupos, que passa a designar por: mentalidade grupal, cultura de grupo, grupo de trabalho, grupo de pressupostos básicos.

Mentalidade grupal - Para Bion, todo o grupo tem uma actividade mental, isto é, adquire pensamentos e objectivos unânimes, sem que haja por parte dos seus elementos, consciência disso. Descreve-se assim uma actividade mental colectiva, uma vontade, opinião ou desejo unânime, uma “conjunção constante” a qual “pode estar em conflito com os desejos, opiniões ou pensamentos dos indivíduos, produzindo-lhes desconforto, mal-estar...” (Grinberg, 1973, 24).

Cultura de grupo – Diz respeito à organização que o grupo adopta num dado momento da sua vida. Inclui a estrutura que o grupo adquire, as tarefas e a organização que adopta para concretização dessas tarefas de grupo. A cultura de grupo vive do conflito entre a vontade colectiva e os desejos ou necessidades individuais.

Grupo de trabalho é outra das designações de Bion nesta sua obra. No seu entender, grupo de trabalho e grupo de pressupostos básicos coincidem sempre num grupo. Porém, enquanto no grupo de pressupostos básicos a participação do indivíduo é automática, já no grupo de trabalho “cada membro participa nessa actividade...” sendo - lhe exigido esforço e capacidade de cooperação. Refere-se a um estado mental que implica contacto com a realidade, tolerância à frustração, controle das emoções, ou seja “... as suas características são semelhantes às que Freud (1911) atribuiu ao Eu...” (Bion, 1990, 117). Alude portanto ao funcionamento consciente do grupo, muitas vezes perturbado pela coexistência do grupo de pressupostos básicos.

Ao caracterizar deste modo o funcionamento dos grupos, Bion encontra um estilo para descobrir relações grupais que de outro modo poderiam passar despercebidas.

3.2. OS PRESSUPOSTOS BÁSICOS

Em alguns momentos da vida do grupo, Bion constata que os pacientes se desinteressavam da experiência emocional que ali viviam, referindo não ver qualquer relação entre as interpretações feitas e o seu caso. Nestas e noutras resistências Bion encontrava o ódio ao processo evolutivo do grupo. Este estado emocional vem consolidar a definição de pressupostos básicos. São pois descritos três tipos de Pressupostos básicos : dependência, ataque e fuga e acasalamento ou emparelhamento.

A alusão de Bion aos pressupostos básicos são uma procura de explicação da dinâmica inconsciente dos grupos. Obedecendo às leis do inconsciente dinâmico, não há também aqui a noção de temporalidade, de relação causa-efeito.

No entender de Bion, os fenómenos que se observam nos pressupostos básicos são semelhantes às reacções de defesa contra a ansiedade psicótica, formulação esta que, de novo, o aproxima do pensamento kleiniano. O grupo desenvolveria a fantasia onnipotente de que todas as suas dificuldades serão extintas, encontrando nesse mecanismo a fórmula para evitar a frustração inerente ao contacto com a realidade, ao aprender com a experiência (Bion, 1962).

Ao nível mais primário, o grupo alimenta um sentimento de dependência absoluta de algo que lhe é exterior e que existirá para satisfazer todas as suas necessidades e todos os seus desejos - Pressuposto básico de dependência. Trata-se de uma crença colectiva de que um objecto externo poderoso lhe garante protecção e segurança “é uma crença numa deidade protectora cuja bondade, poder e sabedoria não se põe em dúvida” (Grinberg, 1973, 24). Este objecto poderá ser um líder de características carismáticas, com o qual o grupo desenvolve vínculos essencialmente de natureza parasitária ou simbiótica (Bion, 1962)

O pressuposto básico emparelhamento, tal como o pressuposto de dependência, também se relaciona com o propósito ou desejo do grupo. O grupo não vive para a resolução do presente, pelo contrário, envolve-se numa esperança irracional de futuro. A observação do grupo elucida Bion para afirmar que “ os sentimentos ligados ao pressuposto de emparelhamento são do polo oposto aos sentimentos de ódio, destruição e desespero. Para que estes sentimentos de esperança se mantenham é essencial que o *líder* do grupo ... não tenha nascido ” (Bion, 1990, 123).

Com estas palavras, Bion quer dizer que haverá uma pessoa ou ideia que tem como fim libertar o grupo de sentimentos de ódio, ou destruição. Contudo, faz notar uma característica curiosa “ para que isto seja possível é obvio que a esperança messiânica não deve ver-se realizada. A esperança apenas persiste quando permanece como esperança ” (Bion, 1990, 123). Deste modo se sugere que o grupo de trabalho fomenta a crença colectiva e inconsciente de que haverá um Messias - seja uma pessoa, uma ideia de futuro, ou utopia, que libertará o grupo de todas as dificuldades. Apenas a distância, ou o longínquo alimentam a esperança. Uma mudança ou uma transformação no presente desvaneceriam toda essa esperança .

Por último, Bion faz alusão ao pressuposto básico ataque – fuga, trata-se uma vez mais de um enunciado interessante, que diz respeito à presença de uma mentalidade grupal profundamente defensiva que se opõe a qualquer nova situação. O inconsciente grupal dominado, em alguns momentos, por ansiedades paranóides alimenta a convicção grupal de que há um inimigo externo , um objecto mau perseguidor, perante o qual apenas duas atitudes defensivas são possíveis. Uma destruí-lo (ataque), outra evitá-lo (fuga).

Precisando, os pressupostos básicos aparecem como um padrão da espécie humana. Tendem “ a evitar o que conduz à aprendizagem emocional, isto é, esforço, dor e prova da realidade ” (Dias, 1992, 83). Revelam então emoções intensas de origem primitiva, impulsos emocionais que expressam fantasias grupais onipotentes e mágicas muito embora “... amor, ódio, medo, ansiedades, etc., estão presentes em qualquer situação. Porém, o que caracteriza particularmente cada um dos três supostos básicos é a forma como esses sentimentos vêm combinados e estruturados ” (Zimmerman, 1995, 74). O que

varia não é mais do que "... o "cimento" que os liga uns aos outros que é constituído por culpa e depressão no pressuposto dependência, por esperança messiânica no pressuposto emparelhamento e por desgosto e ódio no pressuposto ataque-fuga..."(Bion, 1990, 134).

Resta uma acutilante advertência de Bion, " se o terapeuta crê que o grupo partilha da elevada opinião que tem de si mesmo, deveria perguntar-se se a sua liderança terá começado a adaptar-se aos pedidos do pressuposto básico do grupo" (Bion, 1990, 63). Este inquietante e expressivo alerta remete-nos tanto para o poder dos pressupostos básicos como para a submissão do grupo ao seu inconsciente.

Na continuidade deste pensamento é interessante a formulação de Amaral Dias (1992) ao propor a articulação dos pressupostos básicos com o conceito de posição em Klein. Deste modo, o pressuposto básico ataque-fuga articular-se-ia com posição esquizo-paranóide (Pb AF Ps); o pressuposto de dependência com posição depressiva (Pb D ↔ D) e finalmente o pressuposto emparelhamento com defesa maníaca (Pb Ep ↔ Dm).

Tendo em mente já a aplicação do conceito de pressupostos básicos aos grupos internos e à relação sujeito/mundo (Bion, 1979), diz este autor " os pressupostos básicos, ou valências primitivas de relação de objecto, articulam-se com o real/objecto, dele esperando transformação. Sem esta, no interior da díade, não há desintoxicação das ansiedades primitivas (Pb AF/Ps), nem caminho para a individuação (Pb Ep/Dm) ou aceitação do real e da separação (Pb D/D) " (Dias,1992,101). O que aqui se afirma é que os pressupostos básicos se situam ao nível protomental (Bion) e que apenas se "forem transformados, ou seja, aceites, entendidos como movimentos relacionais cruciais e por isso devolvidos como aptos à integração" (ibidem), será possível a cooperação no grupo de trabalho .

CAPITULO III - O NOSSO ESTUDO

1. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O modelo de compreensão psicanalítica, na sua concepção particular de investigação e interpretação tem servido de método de análise, não apenas para o conhecimento de realidades individuais, mas também como procura de compreensão dos factos sociais.

A este propósito Ricoeur considera que “Não há dúvida de que a psicanálise é uma hermenêutica: não é por acaso, mas por destino que ela visa proceder a uma interpretação da cultura no seu conjunto...e se caminhar da periferia para o centro, da teoria da cultura para a teoria do sonho e da neurose que constitui o núcleo duro da psicanálise, é ainda à interpretação, ao acto de interpretar ao labor interpretativo que somos remetidos...Todos os conteúdos sobre que trabalha o analista são representações, do fantasma à obra de arte e às crenças religiosas. Ora o problema da interpretação recobre exactamente o do sentido ou o da representação” (Ricoeur,1987,47)

O que aqui pretendemos, é de algum modo a interpretação do funcionamento do grupo em particular do que advém do psiquismo do indivíduo. De resto, Freud é quem primeiro o faz, dedicando parte substancial da sua obra ao estudo dos processos sociais, ao estudo de uma cultura que produz indivíduos. “No pensamento freudiano...passa a não existir clivagem entre a ordem do individual e a do colectivo... existe antes, do seu ponto de vista, uma relação de continuidade que ele começou por investigar da forma

que lhe era mais acessível. Do particular para o geral, do individual para o colectivo” (Leal, 1989, 317).

A preocupação e impacto que a peste deste século desencadeou, tem conduzido às mais variadas formas de a explicar, talvez como se assim, de novo, se expiasse uma qualquer culpa, ou se dominasse o fantasma.

Pelo tema se têm interessado cineastas, jornalistas, religiosos, cientistas, enfim afirmando uma verdade - o facto social atinge toda a humanidade. A infecção pelo VIH tornou-se talvez na preocupação mais profunda do homem nestes tempos.

Por estas razões, e com base nos pressupostos teóricos enunciados nos capítulos I e II, elegemos os discursos científico, religioso e psicológico como elementos da nossa análise.

O discurso científico, como não podia deixar de ser, pelo desafio que o novo mal tem colocado à comunidade científica, ao ponto de se afirmar “Depois de Pasteur, deixou-se de acreditar em geração espontânea eis que a SIDA aparece e prolifera” (Cournut 1996,132), demonstrando assim a fragilidade do conhecimento e mesmo do poder do homem sobre a doença.

O discurso religioso, porque se fundamenta numa moral de restrições, em particular das proibições sexuais, colocando a SIDA ao nível da transgressão e da culpa. A doença é muitas vezes encarada como uma punição para os comportamentos sexuais. Por outro lado obriga a comportamentos preventivos que restituem uma certa ordem moral, que tinha em parte desaparecido.

Finalmente, o discurso psicológico, porque a doença invoca a fragmentação aos níveis intrapsíquico e relacional. Na dúvida e na insegurança que germinam da consciência de si e do outro, no colocar-se a si próprio e ao outro em questão e necessariamente nas restrições que se impõem, frutifica a ansiedade confusional. Também ainda porque se há condutas de risco não há à priori nenhum discurso dissuasivo.

Como vimos anteriormente, há no diagnóstico da SIDA uma imensa brutalidade, talvez até potencializada pelas metáforas que a ela se associam. Mas, se esta crueza do diagnóstico coloca o indivíduo perante o impensável, suprimindo-lhe toda a possibilidade de elaboração pelo aparelho mental, facilmente anteveremos a desorganização psíquica.

Por extensão, esta impossibilidade de elaboração e a paralisia mental face às suas consequências, conduz a que também nas sociedades se crie a inorganização, um lugar para o não pensável. Mas ao mesmo tempo, as sociedades acreditam e particularmente a comunidade científica crê, que não pode sequer vacilar perante os limites que a ciência ainda demonstra.

Colocando-nos perante tais dimensões, temos como objectivo encontrar nos diferentes discursos sociais as invariantes que lhe são próprias, partindo do pressuposto teórico de que o discurso científico será qualitativamente distinto do discurso religioso e ambos do discurso psicológico, enquanto reveladores de mecanismos de identificação projectiva, integrativo ou desintegrativo.

2. O PROBLEMA EM ESTUDO

A tragédia actual como é denominada, não há dúvida que nos interroga e, parece-nos, interroga-nos de modo a que, de forma urgente, reposicionemos os nossos conceitos e os nossos desejos. Na verdade, a doença veio alterar as nossas concepções sobre a relação sexual e até mesmo sobre a precaridade da vida. E, de algum modo, a sociedade tem vindo progressivamente a mudar o seu discurso sobre a doença, o que reflecte a tomada de consciência das populações face à sua vulnerabilidade individual à gravidade da doença e uma maior tolerância, quer para com doentes quer para com os comportamentos.

É verdade que desde a identificação da doença ao momento actual, a informação de um modo geral correu rapidamente, tendo-se estendido à grande maioria das populações. No entanto os números continuam a avançar, de forma alarmante.

Também a população portuguesa, como assinalámos no cap. I , muito embora conhecedora da realidade objectiva e tendo consciência do risco, se mostra numa grande maioria incapaz de barrar o caminho à progressão do vírus, expondo-se.

Persistindo estas atitudes de negação da realidade, as quais se apresentam como a principal opositora à prevenção e controle da pandemia, o que verificamos é que entre a apresentação, ou o conhecimento dos riscos por parte da sociedade e a percepção individual desses mesmos riscos não há qualquer sincronia.

Neste encontro dos números, dos dados, das “ coisas em si” com o objecto a que chamamos mente humana (Bion), alcançamos o domínio dos fenómenos.

Eis - nos pois perante o fenómeno: A SIDA foi / ainda é, do ponto de vista simbólico uma doença selvagem que ceifa vida à vida, mas a verdade é que hoje não representa mais uma vingança contra a humanidade, hoje convivemos com ela, acomodamo-nos ou resignamo-nos, ou esperamos pacificamente . De um mal passou a banal ?

2.1. TIPO DE ESTUDO

Este estudo enquadra-se no âmbito do método histórico. Assim, não se pretendem verificar hipóteses, mas essencialmente produzir um raciocínio indutivo que o método por nós seleccionado proporciona.

Por certo, o presente estudo não conduzirá à redacção de ilações e/ou conclusões definitivas e facilmente generalizáveis. A nossa pretensão recai somente na elaboração de uma forma de compreensão do fenómeno em análise.

2.2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A análise de conteúdo foi a técnica de tratamento de informação que consideramos adequada à natureza e objectivos do nosso trabalho. Bardin (1979, citado em Vala, 1983, 103) sublinha, a propósito da prática de análise de conteúdo, que “ é a inferência que permite a passagem da descrição à interpretação, enquanto atribuição do sentido às características do material que foram levantadas, enumeradas e organizadas”.

No campo das ciências sociais e humanas, a análise de conteúdo é uma técnica comum na investigação e são várias as abordagens teóricas que se centram neste tipo de análise, em particular a abordagem fenomenológica. Contudo, estas abordagens referem-se a procedimentos com semelhanças entre si, sem que nenhuma delas se constitua como um paradigma.

Alguns trabalhos, com preocupações teóricas semelhantes à nossa, têm também usado a análise de conteúdo como forma exclusiva e privilegiada de tratamento e análise de dados. Por essa razão neste estudo, as inferências que fazemos seguem a lógica que a seguir explicitaremos.

Após a leitura atenta dos artigos de jornal publicados na imprensa escrita, no período compreendido entre 1990 e 1999, procuraremos seguir os seguintes passos:

1. Identificação de cada expressão significativa (frase) directamente relacionada como fenómeno em estudo.
2. Agrupamento de expressões semelhantes, segundo os diferentes sentidos e significados formulados.
3. Organização de conjuntos de temas a partir da agregação dos significados formulados, que nos permitem a identificação de temas comuns.
4. Na fase de tematização, verificámos que num mesmo texto poderiam surgir expressões significativas com sentidos associados a dois ou mais tipos de discursos (religioso, psicológico e ou científico). Metodologicamente, optámos por assumir que o artigo analisado é catalogado num dos três tipos de discurso, sendo este seleccionado pelo nível de profundidade do próprio escrito.

A integração do conjunto de frases significativas em categorias e a análise desses dados obtidos, permitir-nos-à chegar à descrição do fenómeno e às inferências ao nível interpretativo que nos propomos efectuar.

2.3. PROCEDIMENTO

Ter acesso a toda a publicação jornalística sobre a temática da SIDA, ao longo dos 20 anos de história conhecida da doença, foi a nossa primeira intenção e preocupação. Tendo em conta uma perspectiva transcronológica (desde 1982 a 2000) procurámos definir momentos de análise em que a produção jornalística reflectisse o processo evolutivo da doença, nomeadamente os primeiros impactos / primeiras publicações.

Certos que não seria tarefa fácil, o contacto com o Centro de Documentação e Informação da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLCS) ainda que nos tenha permitindo aceder à vasta quantidade de artigos de jornais e revistas Portuguesas, revela-nos a inviabilidade de tal pretensão. A CNLCS tem recolhido e catalogado todo o material desde 1992 a 1995. Adicionalmente dispõe de informação não tratada relativa aos anos de 1996 a 1999, bem como de alguns textos publicados entre 1990 a 1992 .

Assim, não dispomos de material jornalístico da década de 80, assumindo-se este facto como uma limitação do nosso estudo. O propósito de considerar os textos produzidos nos anos 80, não só possibilitaria um estudo cronologicamente mais representativo, como permitiria a análise do fenómeno que a doença promoveu, através do confronto entre as primeiras reacções e as mais recentes posições sobre a mesma.

Apesar do constrangimento atrás referido, o espectro de nove anos de artigos analisados é, em nossa opinião, suficientemente rico para os objectivos do presente estudo. Esta riqueza, deriva em muito do facto dos artigos publicados no inicio da década de 90 só por si constituírem material de síntese interactiva entre o presente e o passado recente, ou seja, entre os primeiros anos da última década do século e a década de 80. A crescente consciência sobre o fenómeno da SIDA, quaisquer que fossem as suas

abordagens interpretativas (e.g., social, política, económica, psicológica, ...), é facilmente constatável nos artigos por nós revistos. Nestes, confrontam-se então factos passados com recentes e considerações actuais com reacções já criticadas como desajustadas.

É a própria produção escrita dos jornalistas que estabelece, em discurso directo ou indirecto, na primeira pessoa ou na terceira, uma frequente e notável ponte entre o passado e o presente e entre este e o futuro. Por conseguinte, encontramos, apesar da nossa análise apenas incidir no intervalo de tempo compreendido entre 1990 e 1999, diversificadas inferências sobre a SIDA nos anos 80. Tais interpretações não substituem o poder que a leitura das fontes originais por certo nos dariam, devendo ser aqui observadas como especulações sustentadas pela nossa reflexão.

A informação que recolhemos, ou seja, todos os artigos publicados na imprensa dedicados ao nosso tema não constituem um material estruturado, trata-se no entanto, de matéria que reflecte o sentimento de parte significativa da população. Ancorados nesta realidade e no conhecimento de que "a análise de conteúdo tem exactamente como uma das suas vantagens o facto de poder exercer-se sobre material que não foi produzido com o fim de servir a investigação empírica" (Vala, 1983, 107), encontrávamos um sentido para a nossa leitura.

Para além disso, como considera o mesmo autor "A análise de conteúdo tem a enorme vantagem de permitir trabalhar sobre a correspondência, entrevistas abertas, mensagens dos mass-média, etc, fontes de informação preciosas que de outra forma não poderiam ser utilizadas de maneira consistente pela história, a psicologia ou a sociologia ... de modo que possamos apreender o significado das respostas obtidas" (Vala, 1983, 107), o que vem justificar o nosso enquadramento.

Uma vez que os documentos que servem de base à nossa análise foram produzidos independentemente da pesquisa, tivemos que proceder à escolha de alguns desses textos e posteriormente à sua selecção criteriosa. Os critérios dessa selecção referem-se à adequação entre o tipo de informação contida nos mesmos e o objecto da nossa análise, num primeiro momento.

Considerando o número de documentos produzidos e os diferentes discursos em análise categorizamos os textos, já que as "categorias são os elementos chave do código do analista" (Vala, 1983, 110), que cita Hogenraad (1984) considerando que "uma categoria é habitualmente composta por um termo chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito" (Vala, 1983, 111).

À medida que efectuávamos uma leitura livre de todos os artigos íamos, em cada um deles, definindo uma ideia geral e desse modo fomos dando corpo a cada uma das categorias em análise (discursos religioso, científico e psicológico). Como já referimos anteriormente, sempre que um artigo não era claro relativamente ao tema de cada uma dessas categorias, optámos por eliminá-lo. A título meramente ilustrativo, para a categoria discurso científico foram seleccionados cerca de 100 artigos, distribuídos aleatoriamente pelos anos em estudo, num total de cerca de 190, seleccionados no primeiro momento da selecção.

Após a integração dos documentos analisados nas categorias seleccionadas, a leitura atenta de cada um dos textos, tendo como base os fundamentos teóricos enunciados e os artigos em si mesmos, permitiram-nos definir as sub-categorias.

A nossa unidade de registo é uma unidade semântica, uma vez que o sentido ou a ideia expressa por vezes excede a frase.

Devemos aqui referir, a propósito da escolha desses artigos, a subjectividade que caracterizou essa escolha. Sendo a mesma apenas efectuada por nós próprios, não houve lugar a qualquer tipo de validação metodológica, tendo em vista o sentido de cada unidade de registo. Sendo certo que, é possível que uma unidade semântica por nós atribuída a uma dada categoria, na realidade pertencesse a outra, também cremos que "o observador faz parte da observação" e naturalmente assumimos o risco dessa decisão.

3. O DISCURSO SOCIAL SOBRE A SIDA

“Num mundo de incertezas, torna-se impossível poder predizer o tempo e o desenvolvimento da doença, num indivíduo que acabou de ser infectado” (Quaranta, 1996, 69). Esta afirmação institui o paradoxo que domina o discurso social. Se por um lado expressa a raiva contida na obscuridade do não saber acerca de (Bion), por outro alimenta a atitude de fé de que Bion também fala. Uma e outra, condições essenciais ao processo do conhecimento que se funda na dor mental .

Acalmados os ânimos dos primeiros impactos da doença, “em 1985, a epidemia da SIDA entra em nova fase: o reconhecimento do estado de seropositividade altera a dimensão social da doença e introduz problemas médicos, éticos e jurídicos” (Grmek, 1990, 143). Actualmente “Quebrar o Silêncio” torna-se o lema (XIII Conferência Internacional sobre SIDA, de Durban, 2000). Porém, os discursos veiculados remetem para o outro enquanto entidade abstracta, *os males combatem-se e a resistência contra eles deve ser uma constante*, diz a Igreja, ao mesmo tempo que a Ciência refere *uma fraca aderência dos doentes à terapêutica prolongada*, as manifestações no plano psicológico enunciam a culpa silenciosa *quem correu algum risco, não é com facilidade que assume e o expõe* .

3.1. CATEGORIZAÇÃO DOS DIFERENTES DISCURSOS

Cada um dos discursos que escolhemos para estudo constitui uma categoria da nossa análise.

Discurso Religioso - O discurso dominante da Igreja (*latus sensus*) retoma a noção de fantasma colectivo, no qual a SIDA apareceria como o resultado de comportamentos humanos anti-natura . Simultaneamente propõe uma atitude introjectiva sobre o papel da própria Igreja e focaliza-se nos princípios fundamentais do ser e do cuidar.

Trata-se de um discurso em que predomina a clivagem entre a noção de mal (cf.cap 1.1.) e a aceitação do outro.

Na categoria discurso religioso consideramos quatro sub-categorias:

1. Culpabilização: Diz respeito às manifestações de crítica acusatória e condenação de comportamentos. Por projecção, é feito apelo à degradação moral atribuída à sociedade aos vários níveis.
2. L - (Love Menos): No sentido da teoria dos vínculos⁶ (Bion). Evidente nas resistências aos conteúdos das campanhas de prevenção e ao estilo educativo veiculado nas mesmas. Há uma atitude compreensiva que disfarça uma hostilidade em relação ao objecto e à própria realidade objectal.
3. Desmentido da realidade: Referente à recusa em absoluto de comportamentos, tanto de comportamentos considerados de risco como os que são considerados medidas preventivas. Rejeição de medidas sociais de combate à doença. Afirmação de um princípio contra a própria realidade. É o resultado específico da clivagem patológica, em que uma parte clivada desmente a própria realidade.
4. Integração: Inclui as propostas de intervenção e o acolhimento ao indivíduo doente, demonstrativas de uma corresponsabilização ao nível da cooperação social, bem como a atenção ao respeito e dignidade do ser humano, que os seus dogmas preconizam.
5. Dependência: Apresenta soluções tendo como base os valores associados à filosofia cristã. A moral que está subjacente enuncia o suposto básico de dependência (Bion 1962), sustentado na ilusão de que se eu atacar nada me acontecerá.

Discurso Científico - Trata-se de um discurso predominantemente ambivalente, centrando-se nas novas conquistas e avanços terapêuticos. Oscilando entre a onipotência das descobertas e a consciência das suas limitações e até mesmo a desvalorização das mesmas. Define uma ideia Messiânica, no sentido de Bion. De dois

⁶ Em *aprendendo com a experiência* (1961) Bion refere-se a três tipos de emoções básicas: Amor (L), ódio (H) e conhecimento (K). Vínculo é o estado emocional que relaciona dois objectos.

modos dois juntam-se, o jornalista e o cientista, numa ideia que depois falha. Organiza-se ainda em torno do significado da doença, da sua expansão e do sentido alarmante dos números.

Nesta categoria foram definidas quatro sub-categorias:

1. **Ideia Messiânica:** No sentido messiânico, são anunciadas novas descobertas. Há sempre no discurso o propósito do domínio da ciência sobre a doença, que surge como algo de extraordinário. Predomina a onipotência no discurso e num segundo momento, a falência do mesmo.
2. **Limitação:** Os dados divulgados interpelam sobre as restrições impostas. Refere-se à fragilidade das novas conquistas científicas. Surge, perante o conhecimento da realidade, uma ansiedade depressiva normal.
3. **Conhecimento:** Estabelece as múltiplas ligações entre os saberes, dando ênfase às novas descobertas científicas. É aqui entendida, não tanto a ideia expressa por Bion na tripartição L, H, K (amor, ódio e conhecimento), mas aquela que resulta da capacidade humana de explicar a realidade e compreendê-la. Corresponde à área mental de saber acerca de, com a ignorância inerente a todo o pressuposto do conhecimento científico (relatividade de todo o saber). Como Bion afirma saber acerca de, é saber acerca de e não saber acerca de.
4. **Integrativo:** Predomina a atitude compreensiva, investindo-se na sensibilização, sob a forma de apelo ou informação. Há um reconhecimento do dano, ensaiando-se um processo resultante da adequada utilização da ansiedade depressiva.

Discurso Psicológico - Não há aparentemente uma natureza evolutiva dos fenómenos, o discurso é quase todo ele dominado pela noção de fragilidade individual e colectiva. A antecipação do futuro constitui uma premonição, no sentido de Bion, com colorido essencialmente confusional. A narrativa pessoal, se ocorre, centra-se na inevitabilidade da experiência dolorosa, embora possa enunciar o crescimento mental como resultado da dor da experiência emocional.

No discurso Psicológico definimos as seguintes sub-categorias:

1. Punição: A doença é vivida como uma atitude tirânica despertando sentimentos de injustiça. É simultaneamente entendida como um castigo para actos que não observaram a ordem natural do humano. Enuncia o suposto básico ataque-fuga (Bion) predominando ansiedades paranóides.
2. Trauma: A evocação da morte é uma constante. Por vezes é apenas subentendida. Encarada como um mal, uma ameaça desorganizadora tanto ao nível do pensamento quanto ao nível dos afectos. Um mal que barra o desejo de onnipotência.
3. Fragilidade narcísica: Evidente nos sentimentos de inferioridade e sentimentos de impotência perante o mundo. Onde narcisicamente se investe apenas dá lugar ao fracasso.
4. Prova da realidade: Fazendo apelo ao sofrimento físico, à dor mental desencadeada. Desenha-se uma unidade depressiva de significação (Bion). Há uma consciência da realidade inerente à condição de seropositividade, sem predomínio excessivo de ansiedades paranóides ou colapso depressivo.
5. Ansiedade confusional: A realidade é aqui simultaneamente colocada num duplo vertex - o depressivo e o persecutório, resultando daí um sentimento de confusão da experiência vivencial e da descrição dos acontecimentos.

3.2. AS INVARIANTES ENCONTRADAS

Tendo em conta o conjunto de textos seleccionados (anexos 1, 2 e 3), a análise que implementámos permitiu-nos que, num primeiro momento, efectuássemos uma síntese dos resultados obtidos, as quais ilustramos nos quadros que se seguem. Estes resultados mostram a evolução das atitudes sociais face à SIDA, ao longo dos anos em estudo,

quando ela ocorreu. Mas, são igualmente reflexo da reprodução de um discurso que se mantém quase imutável em cada um deles.

A leitura dos três quadros síntese deve ser efectuada com naturais reservas. Desde logo porque um maior numero de expressões significativas em determinada subcategoria, num dado ano, são apenas reflexo do maior número de artigos em análise nesse ano, que resulta do número de artigos disponíveis na CNLCS, a que nos referimos no ponto 2.3. Assim, só por si, o valor absoluto por ano de publicação, de expressões significativas conotadas com as sub-categorias em cada discurso, pode não reflectir a predominância de determinada sub-categoria em relação às restantes, nem uma mudança acentuada no discurso em análise.

3.2.1. O DISCURSO RELIGIOSO

Quadro 1. Quadro síntese das ocorrências observadas no discurso Religioso por sub-categorias

	Dependência	Desmentido da Realidade	Culpabilizaçã o	L-	Integração
1992	2	1	1	2	4
1993	2	1	2	3	9
1994			3	2	2
1995		1	4	2	
1996	4	1	9	4	8
1997		3	1		2
1998	2		4	3	4
1999	1		1	3	3

É curioso verificar uma certa similaridade nas frequências de ocorrências das sub-categoriais culpabilização e integração ao longo dos anos em estudo, que de algum modo se alia à categoria desmentido da realidade. Esta tendência pode revelar uma elevada preocupação no discurso Religioso ao nível da Integração social do doente, sem contudo, deixar de condenar os comportamentos. Na sub-categoria L- merece destaque a constância dos resultados ao longo dos anos analisados. No entanto, em termos genéricos, a leitura deste quadro é pouco esclarecedora quanto à evolução do pensamento religioso sobre esta problemática ao longo dos anos em estudo.

3.2.2. O DISCURSO CIENTIFICO

Nesta categoria verificamos que a sub-categoria Conhecimento (Quadro 2) é, como seria de esperar, aquela que concentra maior número de ocorrências. Estabelecendo as múltiplas ligações entre os saberes realça-se, de uma forma geral, as novas descobertas científicas e conquistas terapêuticas de combate ao flagelo da SIDA.

A sub-categoria Limitação ocupa o segundo lugar no número de ocorrências registadas no discurso Científico. Este facto é particularmente relevante, pois reflecte a característica ambivalente do discurso Científico, ou seja, vacilando entre o poder dos resultados experimentais e o reconhecimento do limite dos mesmos na solução do problema.

Quadro 2. Quadro síntese das ocorrências observadas no discurso Científico por sub-categorias

	Limitação	Ideia Messiânica	Conhecimento	Integração
1990	1	1		1
1992	8		2	1
1993	3	3	17	8
1994	3		6	1
1995	14	6	10	4
1996	6	5	4	2
1997	5	1	4	
1998	1	4	5	5
1999	7	4	8	2

3.2.3. O DISCURSO PSICOLÓGICO

Da leitura do Quadro 3, destaca-se o facto das ocorrências nas sub-categorias Ansiedade Confusional, Prova da Realidade e Fragilidade Narcísica do discurso Psicológico serem as mais frequentes nos artigos analisados, que se revela no triângulo realidade / Eu / experiência emocional.

Quadro 3. Quadro síntese das ocorrências observadas no discurso Psicológico por sub-categorias

	Punição	Fragilidade Narcísica	Ansiedade Confusional	Prova da Realidade	Trauma
1992	3	2	2		
1993	4	1	3	7	4
1994	2	2	2	6	1
1995	1	4	1	3	2
1996	1	6	5		4
1997	2	4	5	4	1
1998	1	5	3	5	1
1999	4	7	2	9	3

Muito embora com estes elementos nos tenhamos reportado a acontecimentos históricos anteriores, não procurámos na sua análise, verificar de que maneira os acontecimentos actuais são comparáveis a acontecimentos do passado, dado que poríamos em causa o princípio hermenêutico de que não há texto sem contexto, ou seja, os fenómenos não se repetem.

4. UMA INTERPRETAÇÃO DOS TEXTOS PUBLICADOS

O processo de conhecer o significado que tem uma observação tal como “a nódoa vaga e constante”, que, quando interpretada, é uma galáxia”
Bion, 1975,84

4.1. APRESENTAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

Quando re-observamos as expressões que ressaltam nos discursos, desde logo salientamos a repetitividade e até certa cadência monocórdica da linguagem, como se nos diferentes discursos não se ousasse, também aqui, a transgressão.

Após a leitura atenta de todos os artigos, procurámos captar o sentido da sua globalidade, em função do que seria a nossa questão de partida : Haverá ao longo dos anos uma mudança no discurso social sobre a SIDA?

Discurso religioso :

No início da década de 90 a Igreja dizia que “ *A prevenção da SIDA deve basear-se numa compreensão clara da verdadeira dignidade do homem e do seu destino transcendental* ”, reafirmando a onipotência dos seus ideais, invocando um pressuposto de **dependência**, observando princípios de contenção “ *devem encorajar o «sacrifício pessoal» dos seropositivos, com a renúncia à vida sexual* ”, anunciando medidas que estão para além do indivíduo, contradizendo a própria realidade - **Desmentido da realidade** , ao mesmo tempo que “ *advertem todavia para o facto dos preservativos «ferirem princípios de são humanismo, da cultura e da fé cristã» - culpabilização*, embora não deixando de salientar a sua missão “*apelam às estruturas “de pastoral familiar que se esforcem por encontrar formas de apoio às famílias que tenham, entre os membros, algum doente da SIDA”* e que “*A solução ... deve encontrar-se na educação e na cultura, e no respeito pelos valores morais e espirituais*” – **Integração.**

Mas o seu discurso não deixa de ser igualmente explícito nas resistências às campanhas de prevenção “*Não podemos ... concordar que ... as instituições que por natureza devem veicular um projecto educativo, se limitem a divulgar o uso de preservativos para evitar o contágio*” - L - (love menos).

Em 1993, parece haver a consciência de que aquele não é apenas um problema dos outros “*a nossa preocupação prende-se com as vítimas da SIDA e, em vez de muito palavreado, preferimos ir fazendo o que podemos para lhes aliviar os seus males, minorando as suas necessidades mais prementes*” harmoniza-se uma atitude compreensiva “ *o melhor conselho é uma mudança de atitude e de comportamento. É uma loucura o risco comportamental para o contágio com o VIH*” – **Integração.**

Ao mesmo tempo que considera que “*A solução ... deve encontrar-se na educação e na cultura, e no respeito pelos valores morais e espirituais* ” de acordo com o suposto básico de - **Dependência**, sustenta valores e medidas inusitadas para os seus ideais é “*importante provocar na sociedade portuguesa, sentimentos e atitudes de solidariedade para com os doentes atingidos*” e que “*o uso do preservativo pode até aparecer como*

uma obrigação moral de não contagiar outras pessoas” - Integração, muito embora esta atitude compreensiva por vezes não disfarce uma certa hostilidade “os números de doentes atingidos pelo Síndrome permitem concluir que “os comportamentos na ordem da abstenção da relação sexual sem norte e sem regras e com parceiros variados não mudaram” para além de julgar que “o doente atingido com SIDA não deixa de ser uma pessoa com todos os direitos que esta dignidade traz consigo” e que a “doença é quase sempre resultado de factores relacionados com comportamentos descontrolados, os quais já foram denominados ... de “imunodeficiência moral” - L -.

A sociedade não deixa de ser reprovada por apresentar “... um falso quadro de valores que cria a ideia de que tudo se compra, tudo se conquista de forma imediata e que não há barreiras para o comportamento, resumindo-se a vida ao sucesso e ao agradável” **culpabilização**, apontando-a como “...cruel e desumana. É necessário evitar o dramatismo, é preciso criar condições humanas, acolhimento e acompanhamento”- **Integração** , considera-se o núcleo da participação “a Igreja sente-se especialmente vocacionada para dar um testemunho de solidariedade activa no acompanhamento dos doentes terminais”- **Integração** , apontando-se de novo uma “prevenção através de processos educativos que incluam a educação da sexualidade humana, da liberdade responsável e para o sentido da vida “- **Dependência** , reprovando estilos educativos pela afirmação de que “a utilização do preservativo para dar vazão às paixões desordenadas e viciosas, deve continuar a ser entendido como pecado contra a dignidade da pessoa humana” - **Desmentido da realidade**.

No início de 1994 ecoam as vozes da crítica acusatória à “hipotética liberalização ... revela uma sociedade cínica, incapaz de criar nos cidadãos uma mentalidade libertadora e dignificantes” - **Culpabilização**. Com estas palavras aparentemente adormecem as vozes da Igreja. Por largos meses nenhuma palavra sobre esta temática, mas chegados a Dezembro, de novo se levantam vozes de condenação às mensagens informativas, reafirmando-se “o risco de descansarmos em frases feitas ou em campanhas redutoras, como a do preservativo, que alguns julgam suficiente para a sexualidade feliz” -**Culpabilização**, esclarecendo que “ao apelar-se quase somente e incessantemente à protecção que o preservativo confere ... está-se a fomentar a prática de comportamentos de risco ... parecendo não haver interesse ou capacidade para

apelar e incentivar outros valores...” revelando neste entendimento uma ataque velado L - , que cria um emaranhado de contradições, ao entender em simultâneo que “as situações que têm particularidade de chamar a atenção da sociedade para o desenvolvimento explosivo da SIDA, sensibilizando-as para as tarefas de mudança de vida. É preciso viver e amar sem medo “ -**Integração.**

Mantendo esta clivagem do pensamento, em 1995 anuncia-se que “ *abstinência sexual e também a inexistência de relações sexuais pré-matrimoniais, como sendo, a única forma de precaver a doença e cumprir as obrigações morais*”- **Desmentido da realidade.** Para no ano seguinte argumentar que “*contesta também a multiplicação do acto Sexual como indispensável para a descoberta do amor. “passa-se insensivelmente da prevenção à indução de um comportamento iniciático dado por habitual e mesmo por normativo ”*-**Culpabilização**, invocando que “*deixa-se entender que a protecção material do sexo é suficiente para descobrir a qualidade do amor ”* L -. Nesta forma suave esconde-se a crítica, para se alimentar a ilusão de que se vê mais longe “*o drama é se nós estamos a educar deformando a consciência das pessoas ... um erro grave as pessoas manterem os mesmos comportamentos só porque se protegem das consequências*” -**Culpabilização.**

Muito embora sempre vá afirmando que “ *as pessoas que optaram por um comportamento sexual de risco, e não por um estilo saudável de vida, possam prevenir-se da SIDA*”- **Integração**, parece não ser possível sustentar tal argumentação, de modo que o deslocamento para outras questões “*inventar um preservativo capaz de impedir o alastramento do vírus letal da exclusão social*” L -, torna-se um imperativo “*há amores que matam, costuma dizer-se. Há “bondades” e “fraternidades” venenosas, mortais*”- **Dependência** . “*A Igreja não é contra o preservativo, apenas defende que ele não deve servir de pretexto para promover uma relação sexual da qual esteja ausente o amor e o carinho*” - **Desmentido da realidade.** Parece encontrar-se nestas palavras uma escapatória para resistir à realidade.

Ainda em 1996, a Igreja remete-se de novo para o seu discurso onnipotente considerando que “*a filosofia cristã apresenta soluções que são afinal, não só a forma mais eficaz de prevenir a SIDA como também de obter relacionamentos saudáveis e*

plenamente satisfatórios”- Dependência , por oposição ao “ *gozar o máximo de tudo e de todos, mas tudo, sem o mínimo de responsabilidade ou compromisso* ”- **Culpabilização**.

A depreciação torna-se a certa altura a única arma possível “ *chega de ser irónico e quase ridículo, que nestes tempos... de todos os avanços científicos e técnicos, o máximo... para prevenir o vírus da SIDA, seja um pobre,..., primitivo e vulgaríssimo plástico* ” L -, porque tal interpretação quer dizer que “ *o verdadeiro amor sabe esperar* ” -**Dependência**. E desse modo o homem estará livre de todos os males, embora seja “ *também muito importante investir na formação a nível dos comportamentos* ” e se alimente a “*vontade de sarar o homem de uma das mais graves enfermidades: a segregação, o isolamento*”- **Integração**.

Aparentemente encerra-se um período de clivagem com o discurso veiculado pelos organismos oficiais. No início de 1997, revela - se uma nova postura face “ *à SIDA pedindo aos católicos que apoiem as vítimas das «novas doenças sociais»* ”-**Integração**, embora vozes dispersas clamem no deserto que “ *«A SIDA é um castigo de Deus para todos os que poluíram o país com os seus pecados» ... «seguir o caminho do islão é a melhor maneira de não ser infectado.»* ” - **Desmentido da realidade**.

Em 1998 as ambivalências adquirem tonalidades mais suaves , de um lado diz-se que “ *« ninguém se deve dispensar do direito e da obrigação de se proteger do contágio»...no entanto,...* ” condena-se que as acções de prevenção “*se limitem a divulgar o uso de preservativos*”- **Culpabilização**, também se afirma que “*a epidemia justifica o recurso ao preservativo, mas isso não deverá justificar a banalização do acto sexual* ” e ainda considerando que “*caso se trate de pessoas contagiadas com o vírus VIH, «é mesmo de recomendar o uso de preservativos»* ”-**Integração**. Admitindo comportamentos anteriormente rejeitados diz-se agora que “*A Igreja sempre defendeu e ensinou o princípio do mal menor*” alerta-se para a hipocrisia da sociedade “*«o governo compra milhões de preservativos para a livre prática do sexo, sob o pretexto de prevenir contra a SIDA. Mas, na verdade estimula a transmissão do vírus»*”- **Culpabilização**, para depois se reforçar o princípio de que “*a Igreja não se pode afastar da sua doutrina «onde virtudes como a castidade, a continência, a fidelidade conjugal e*

ascese, são vias para uma liberdade mais plena»” enunciando o suposto básico de Dependência, faz-se reparar que “o Papa tem defendido o fim da discriminação dos doentes de SIDA, no entanto, mantém-se inflexível quanto à aprovação do uso do preservativo como método de impedir a difusão do vírus”L -.

A grande turbulência no discurso sobre a SIDA, em 1999, opera-se no interior da própria Igreja. Erguem-se vozes dissonantes, por um lado fazem-se apelos “os jovens cristãos apelam que «não se deixem seduzir pela propaganda aliciante que tem sido feita na rádio” L -, mas também se considera que “entre as razões que justificam o aumento das infecções estão os tabus e ainda a incredulidade sobre a existência da doença” e que por essa razão “o uso do preservativo será um mal menor e a recusa do seu uso por alguém que se saiba contaminado incorre em pecado grave contra o seu semelhante. Deste modo, a Igreja defende o seu uso como mal menor, isto é, não havendo outra consciência sobre os comportamentos seria absurdo opinar de outra forma ...” – **Integração**. Retirando-se do seu papel ao nível da intervenção, remete para a sociedade a acção perante “... um mal social e com diversos componentes ... os males combatem-se e a resistência contra eles deve ser uma constante. O vírus da SIDA deve ser combatido com propostas educacionais concretas que preparem os homens do presente e do futuro para um relacionamento saudável entre si e para uma utilização equilibrada da sexualidade humana ”-L - .

Discurso Científico :

Em 1990 há, no saber científico uma expressão clara das limitações do conhecimento, anunciando que “há anos já que os investigadores a procuram pelos quatro cantos da Terra sem obterem qualquer resultado concreto”, revelando uma **Ansiedade depressiva** interpolada por anúncios inquietantes “enquanto as opiniões contraditórias aumentam, o pânico diminuía e os cientistas começavam a revelar os seus segredos” apontando uma **Ideia Messiânica** que no entanto não se separa da noção de que “a SIDA é um problema escaldante que vai continuar depois da minha morte ” -**Limitação**.

Alternando nestas afirmações, em 1992 insiste-se na ideia de que *“esta é uma doença - por enquanto - demasiadamente complexa para que se possa falar de uma cura eficaz. Sobre ela ainda existem muitas dúvidas”* - **Conhecimento**, insistindo-se numa *“informação intensiva para estes indivíduos, lembrando que no nosso país 13 por cento dos doentes possuem o vírus HIV-II, a percentagem mais elevada da Europa, e é admissível que venha a aumentar”* - **Conhecimento**, informando-se as populações acerca da doença *“com características de uma epidemia em expansão mundial, esta doença começa a assumir ... proporções «algo assustadoras» ... e assume agora dimensões de um problema de saúde pública”* - **Limitação**, esclarecendo-se que *“... em 1991. A seronegatividade de Michallat confirmou-se ... contudo, negou tal hipótese e definiu este caso como muito raro e inexplicável, de momento”* - **Limitação**. Apresentavam - se deste modo, as restrições como principal meio de prevenção de uma doença para a qual *“não há vacina ou cura, nem sequer um tratamento indiscutivelmente eficiente”* assumindo-se a impotência perante *“uma das mais misteriosas doenças que a ciência médica jamais defrontou. Quanto mais os investigadores sabem sobre ela, mais perguntas têm”* - **Limitação**. Investindo-se na sensibilização esclarece-se que *“por cada infectado a mais que o Estado favoreça, não privilegiando a informação e a prevenção, pagará mais tarde pesadamente...”* - **Integração**.

No ano seguinte (1993) anunciam-se novos conhecimentos, procurando explicar a realidade *“o vírus da SIDA é capaz de agir à distância..., sobre células imunitárias sãs - o que torna as células infectadas pelo HIV duplamente perigosas ... por um lado elas espalham a infecção e por outro são capazes de matar outras células imunitárias mesmo sem espalhar a infecção”* - **Conhecimento**, para se anunciar que *“afinal de contas o vírus da SIDA (VIH) é o mais bem conhecido do mundo. Sobre as suas proteínas, os seus genes, a sua maneira de penetrar nas células alvo do organismo humano, é indubitável que os cientistas sabem imenso”* - **Ideia Messiânica**, sendo também peremptória a afirmação de que *“o reinado da monoterapia prolongada chegou ao fim. A solução alternativa passa por terapias que combinem mais do que um medicamento”* - **Conhecimento**. E algo de extraordinário poderá acontecer *“será possível desenvolver dentro de três anos um medicamento que salvará milhares de doentes com SIDA”* - **Ideia Messiânica**. Se bem que também seja levantada a possibilidade de que *“um tratamento da SIDA ainda permanece “difícil de imaginar” enquanto a vacina não*

deverá surgir antes de cinco a dez anos” - Limitação. Procura-se então numa atitude compreensiva investir na sensibilização *“encontra-se num momento crucial da prevenção contra a doença, daí a necessidade de informar e proteger a população dos perigos antes que seja demasiado tarde”,* considerando-se que *“a SIDA é um desafio global a toda a humanidade e tem que ser encarado como tal” - Integração.*

Mas, de novo, no final desse ano afirmava-se que *“a SIDA é uma catástrofe humana com repercussões de natureza individual, familiar e social, ética, económica, jurídica e institucional. A dimensão e a evolução da epidemia são incógnitas... Não há terapêutica curativa nem vacina A SIDA veio para ficar” - Limitação,* para se insistir que há que *“investir na população juvenil como forma de efectivar uma prevenção mais profunda e precoce” - Integração.* Perante novas investigações dão-se a conhecer os avanços na área da genética e da vacina que permitem afirmar que *“estamos convencidos de que certos indivíduos são capazes de reprimir ou mesmo eliminar o vírus do seu organismo” - Ideia Messiânica ,* para de novo se afirmar que *“os ... especialistas ... mostraram-se, contudo, cautelosos acerca das conclusões deste estudo e,... consideraram as descobertas ...como meras curiosidades, frisam a importância de continuar a acompanhar estes doentes” - Limitação.* Muito embora os saberes sejam também o não saber acerca de *“o facto de ... pacientes do estudo apresentarem imunidade celular sugere ... que os esforços para ... uma vacina se devam concentrar nesse tipo de imunidade” - Conhecimento.*

No ano de 1994 apenas tardiamente surgem novos esclarecimentos no plano científico. Em Agosto desse ano os avanços explicam que visam *“.... maior redução da carga viral e ... oferecer mais tempo livre da doença e um aumento da sobrevida”* ao mesmo tempo que se informa que *“o gene VPR, fabrica uma proteína que leva à reprodução do vírus, que pode permanecer dormente no corpo durante anos - Conhecimento.* Mas a informação vai centrar-se na procura de elucidar as populações *“ é quase ... impossível a transmissão em situação de convívio e de prestação de cuidados por familiares. Não há que ter receio. O tratamento em casa ... é muito melhor, pelo que induz de afectividade e de calor humano. A segregação não faz sentido ” - Integração,* transmitindo a ideia clara de que *“a SIDA é fundamentalmente uma doença evitável. Os nossos comportamentos podem praticamente anular o risco e a probabilidade de*

infecção”- **Integração.** O foco da atenção passa a estar essencialmente nos comportamentos, tendo em conta que *“só a prevenção pode bloquear um pouco o crescimento da doença, porque continua a não haver vacinas nem perspectivas nos tempos mais próximos ”*- **Limitação**, muito embora as investigações apontem que *“Investigadores ... afirmam ter demonstrado ... que determinadas células do sistema imunitário humano atacam especificamente o vírus da SIDA”*- **Conhecimento.** Contudo, de novo se afirma que *“ A obtenção deste tipo de resultados não permite ... avanços decisivos na procura de uma vacina ..., mas é necessária para a compreensão dos mecanismos imunitários em jogo na infecção pelo HIV...”* - **Limitação.**

É no mesmo tom de fragilidade que 1995 trás novos dados. *“Se em 1990 as mulheres representavam 11,4% dos infectados , no primeiro trimestre de 1994 já atingiam 30% ... sem levar em conta as que estão infectadas e ainda não têm a menor ideia disso. É neste vácuo ... que o perigo se instala”* - **Limitação.** A problemática da SIDA na mulher passa a ser uma preocupação maior , bem como os novos avanços *“Sabe-se que o vírus da SIDA faz muitas réplicas de si próprio”* pelo que *“ é preciso esquecer a ideia de um período de latência durante o qual o vírus permaneceria adormecido na maior parte das células alvo...”*- **Conhecimento**, que é de imediato acompanhado da noção de que *“O VIH plúfifera massivamente e sem tréguas, o sistema imunitário mata-o massivamente e sem tréguas ... o desfecho traduz apenas o esgotamento das defesas do doente, que deixam de... manter sob controlo a proliferação viral ”* - **Limitação.**

Levanta-se nesta altura a questão *“porque motivo acaba o vírus da SIDA por ganhar, eventualmente, esta batalha? Uma hipótese é que o organismo humano acaba por cansar-se e fica incapaz de continuar esse enorme esforço”* ” - **Limitação.** Manter tal demonstração de fraqueza torna-se intolerável. Há pois que revigorar os espíritos : *“O sistema imunitário tem uma capacidade incrível e notável de acompanhar a situação”* ”- **Ideia Messiânica**, para se avançar que *“ uma questão ... é saber por que motivo uma pequena percentagem de seropositivos consegue manter-se saudável, quando a ... maioria das pessoas acaba por desenvolver a SIDA uma década após a infecção”* - **Conhecimento**, sustentando que *“... sabe-se que cinco a dez por cento dos portadores do HIV vivem dez anos - talvez mesmo vinte anos ou mais - sem desenvolverem sintomas relacionados com a SIDA ” “ podemos dizer aos nossos pacientes que é possível*

viverem por muito tempo ainda, porque isso acontece com algumas pessoas”- **Ideia Messiânica.**

Rapidamente surgem novas declarações “a ideia de utilizar combinações ... para lutar eficazmente contra o HIV poderá não ser tão eficaz como se esperava”- **Conhecimento**, para se repetirem palavras do passado “depois da era das grandes expectativas em relação à SIDA estamos agora na era das grandes desilusões” - **Limitação**. E, por essa razão, fala-se de perplexidade quando se “ continua a verificar... a quase ausência de acções preventivas significativas e concertadas, alicerçadas em estudos Pelo contrário, a estratégia seguida tem sido ... voluntarista, empírica ...”. Constatando-se que as “... apostas efectuadas dirigem-se sobretudo ao apoio aos seropositivos ... enquanto que pouco se faz para prevenir os comportamentos de risco e evitar que a doença prolifere” - **Limitação**. Alertando-se para a necessidade de “ aceitação plena de alguém que é seropositivo ”- **Integração**, mas faz-se também notar que “ ... As pessoas seropositivas devem usar todos os meios para não transmitir o vírus a pessoas sãs” ”- **Integração**. Interpelam-se as consciências para que “ ... o dia de amanhã ... lhes traga a esperança que os laboratórios perseguem desde há muito: o tiro certo no inimigo ” ”- **Ideia Messiânica.**

Em 1996 a realidade aconselha uma vez mais prudência “ não havendo, nem antibiótico nem outro medicamento que possa curar a doença, o que é que resta? Informar as pessoas! ” porque “ no caso da SIDA, a situação é nova: não existem curas espontâneas...” -**Limitação**. Mas pela primeira vez fala-se da seronegatividade nas crianças “ ... crianças que já nascem infectadas com o HIV... por razões desconhecidas ... duas em cada três ... não estarão infectadas, apesar de todas elas, mesmo as que não têm vírus, apresentarem, ao nascer ...anticorpos ” - **Integração**, e se declarara que “ uma nova corrente científica, muito forte, defende que ... vários retrovirais dá melhores resultados que a sua utilização isolada»”- **Ideia Messiânica**, sendo importante considerar que “ estas descobertas sugerem que serão necessários diferentes tipos de tratamento para diferentes grupos etários ” - **Conhecimento**. Novos conhecimentos que permitirão também “ avaliar melhor ... a possibilidade real de a infecção passar da mãe para o filho ”.

Ao mesmo tempo que se declara que “... o novo tratamento permite projecções cada vez mais optimistas ” “... hoje só ouvem boas notícias. Centenas de doentes desesperados estão a ganhar saúde a olhos vistos... apesar de um dos mistérios por descobrir sobre a evolução da SIDA ...” - **Ideia Messiânica**. Mas, de novo este não é um conhecimento sustentado “apesar de parecer a melhor..., a triterapia é capaz de acarretar inconvenientes. Os químicos podem interagir entre si e causar efeitos colaterais ” - **Limitação**. Dados que são reforçados pelo “ cientista francês, que isolou o vírus ...que está convicto que a humanidade vai enfrentar um ataque devastador de doenças mortais...” - **Limitação**. Este ano termina com a interpelação “ muitos, desconhecendo a sua situação de portadores, tornam-se veículos inconscientes de propagação do vírus a menos que sejam tomadas medidas eficazes de prevenção...” - **Integração**.

Um discurso onnipotente marca o início de 1997, “os nossos resultados são excitantes e encorajam-nos a pensar ... para o desenvolvimento de medicamentos” - **Ideia Messiânica** . Mas no mês seguinte na mesma fonte escreve-se “ ... parece difícil imaginar que um tratamento anti-SIDA ... se revele capaz de acabar de vez com o HIV ”- **Limitação**.

Paradoxalmente, anuncia-se que os tão desejados avanços terapêuticos vêm a revelar efeitos perniciosos. De facto, “... certas pessoas começam a negligenciar a sua protecção ... «O nosso estudo sugere que os recentes avanços no tratamento estão a afectar as decisões no domínio do comportamento sexual» ... porque acreditavam que os novos tratamento os poderiam ajudar caso adoecessem” -**Limitação**. Atitude que “põe em causa os seus pares e responsabiliza- se pela dimensão planetária que atinge a SIDA...” - **Limitação**.

Depois destas constatações, no final do ano reconhece-se que “ não há mês em que cientistas e laboratórios não anunciem novos desenvolvimentos na pesquisa de medicamentos e meios de combate aos vírus ” – **Conhecimento**, contudo nenhum tem o alcance desejado “... Será necessária ... uma vacina que persista no organismo indefinidamente e que seja capaz de atacar em caso de reactivação” e essa “compreensão do processo pelo qual o HIV consegue confundir, perverter e eliminar o sistema imunológico está ainda longe de ser completa” – **Limitação**.

Em 1998, dá-se aparentemente, uma viragem no discurso científico, para se centrar mais no indivíduo “ *se estes conhecimentos forem amplamente divulgados evita-se a «estigmatização» ... Qualquer discriminação ou forma de exclusão é irracional e não tem base científica, pelo que deve ser denunciada e combatida* ” - **Integração** . Acredita-se que há algo mais a fazer para além dos ganhos terapêuticos “ *bastará à espécie humana mudar comportamentos individuais de risco e situações sociais de risco, para, a prazo, extinguir a SIDA* ” - **Integração**. Tendo em atenção que “*... como para qualquer doença infecciosa , a espécie humana distribui-se por um leque de susceptibilidades e resistências variáveis, que vão da enorme susceptibilidade à resistência total*” - **Conhecimento**.

Pela primeira vez fala-se da diminuição de casos registados “ *o perfil dos doentes de SIDA sofreu uma significativa alteração... em primeiro lugar estão os toxicodependentes, seguidos dos heterossexuais, e em terceiro... os homossexuais ... os Portugueses estão mais sensibilizados para a prevenção, « mas não tanto quanto seria desejável*» - **Integração**.

Todavia a confiança manteve-se inabalável “*é de considerar que a cura da SIDA, ou melhor a eliminação total dos HIV, na infecção precoce estará ao alcance da quimioterapia em data não longínqua*” - **Ideia Messiânica** . Daí que o saber científico tenha agora como objecto de preocupação “ *a necessidade de melhorar as taxas de resposta ao tratamento inicial num grupo cada vez mais numeroso de doentes*” - **Integração**. Simultaneamente os cientistas sustentam que “*algumas pessoas ... contactam com a doença e continuam seronegativas - graças a um gene defeituoso que barra a entrada do vírus na célula*” - **Conhecimento**. Um desastre genético que afinal se torna espantoso “*a relativa imunidade depende simplesmente do facto de se ter nascido com uma falha genética*” - **Ideia Messiânica**.

A chave para o problema, lançada no final de 1998, é reforçada no início de 1999 anunciando-se “*... descobriu um ponto fraco no vírus da SIDA, que poderá levar ... a uma nova geração de medicamentos capaz de incapacitar ... o HIV*” - **Ideia Messiânica**, explica-se que “ *Esta proteína desempenha um papel – chave...*” -

Conhecimento, profetiza-se que a “ *Descoberta « abrirá rapidamente o caminho a uma vacina » contra o vírus* ” antevendo-se que “ *a cura da SIDA poderá surgir de um verdadeiro golpe de sorte* ”- **Ideia Messiânica** . E se os novos conhecimentos avançam que “ *O «adormecimento » do vírus é, aliás, uma das estratégias* ” - **Conhecimento** , tem-se no entanto a convicção de que “ *...os doentes seropositivos podem viver vidas longas e saudáveis sem quaisquer sintomas ...* ”- **Ideia Messiânica**. Parecia que o rumo da história tinha mudado.

Contudo correm pelo mundo notícias de que “ *O vírus da SIDA continua a propagar-se ... a uma taxa crescente, apesar dos novos e poderosos fármacos existentes e dos múltiplos programas de informação* ” , que há “ *Obstáculos para o desenvolvimento de vacinas* ”, que “ *A resistência do vírus aos anti-retrovirais e a toxicidade são dois fenómenos limitativos...* ”- **Limitação**. Muito embora se pense que “ *esta resistência está, mais vezes ... relacionada com a fraca aderência dos doentes à terapêutica prolongada*” - **Integração** . Sabe-se que há que encontrar no interior a solução “ *O grande desafio é agora compreender a natureza dos reservatórios onde o vírus continua a crescer e multiplicar-se* ” - **Conhecimento**. “ *A tentativa de determinar a origem do HIV prossegue. Mas também o horror* ”- **Limitação**

Discurso psicológico :

Abismo foi a sensação que mais marcou, no plano psicológico, o discurso no início da década de 90. De cariz marcadamente paranóide diz-se “ *SIDA, desgaste profundo do socialismo ... um único responsável: os imigrantes do terceiro mundo* ” - **Punição**. A fraqueza domina tanto no plano geral quanto individual “ *A SIDA age como um factor de fragilização fundamental dos indivíduos e do corpo social* ” e “ *A SIDA continua a provocar pelo mundo ondas de amargura, tristeza, desespero*” - **Fragilidade narcísica**, que apenas pode levar “ *A ... uma insegurança tanto mais insidiosa quanto se não confessa* ” que contribui para “ *um clima de descalabro económico as pessoas acham que nada têm a perder e escassas razões para viver* ”, que naturalmente resultará em **Ansiedade confusional**. Constitui-se assim o círculo fechado da impossibilidade de pensar.

Em 1993 a realidade mostra-se aparentemente menos sombria “ *As dúvidas, os receios e as inquietações de quem recebe a notícia de que está infectado pelo HIV desvanecem passados uns meses ...* ” - **Ansiedade confusional**, dando conta de que no plano vivencial se está perante uma “ *primeira fase é verificada desconfiança, irritabilidade, culpabilização dos outros, gastos abusivos de dinheiro ou utilização de drogas. Na fase de SIDA, o doente passa a procurar soluções espirituais e reformulações de estilos de vida. É a fase da resignação* ” - **Prova da Realidade**, o que torna então possível que “ *No caso dos indivíduos que já desenvolveram a doença assiste-se a uma procura de soluções espirituais ou naturistas e a uma reformulação da vida com optimismo* ” - **Prova da Realidade**.

No entanto, esta consciência é facilmente abalada “ *Há reacções diversas, uns ficam angustiados, outros revoltam-se, há aqueles que não acreditam e existem ainda os que ficam indiferentes. Esta fase do diagnóstico da doença é sempre difícil, e os médicos chegam a ter medo de enfrentar reacções catastróficas* ” - **Ansiedade confusional**, porque a qualquer momento é-se invadido pelo sentimento de que “ *... a peste, a SIDA, existe, é um perigo, uma ameaça, uma terrível possibilidade. E as razias que fez estão à vista* ” - **Trauma**, um mal do qual é impossível fugir “ *Antes de discutir os seus direitos, a maior parte dos doentes, quer saber quando vai começar a morrer* ” - **Ansiedade confusional**.

A constância da morte ainda assim se transforma num facto positivo “ *Hoje apreciamos com maior intensidade as coisas boas, estamos mais atentos* ” - **Prova da Realidade**. Muito embora a culpabilidade marque também a sua presença “ *Nos primeiros tempos, quando nos cortávamos, era terrível pensar que o nosso sangue estava doente, capaz de contaminar alguém* ” sentimento este que “ *... não é só voltado para si próprio, mas refere-se também aos que o rodeiam* ” - **Punição** e que está lado a lado com o sentimento de injustiça “ *... É como se estivéssemos encurralados. É-se dominado pela auto-rejeição e só se pensa que não há mais nada a fazer* ” - **Punição**.

“ *Esconder a cabeça na areia ...* ” serve de argumento para o início de 1994, afirmando-se que essa atitude “ *já não serve de nada ... temos é que arranjar uma forma de vivermos juntos sem condenar os seropositivos.* ” - **Prova da Realidade**. Aparentemente

esquecem-se as grandes perturbações no plano individual para se valorizar as acções colectivas: “ *As campanhas de prevenção só terão êxito se houver honestidade, consciência, respeito pelo outro e solidariedade* ” do mesmo modo que a “ *Mudança de atitudes face à SIDA, passa pela partilha de responsabilidades* ” justificando-se que “ *não é preciso mudar os hábitos sociais, mas sim alguns comportamentos, designadamente na esfera sexual* ”, o que enuncia a integração da condição de doente - **Prova da Realidade**, e procura esbater a confusão dominante “ *na ígma a que são sujeitos doentes e seropositivos estão o medo de contágio e, apesar de tudo, as falhas de informação* ” - **Ansiedade confusional**.

Porém, uma vez mais aflora a ideia do castigo “ *Os que contaminam voluntariamente são assassinos* ” **Punição** e os sentimentos de ameaça “ *uma doença horrível que traz a morte e que não é mais romântica que um cancro nos intestinos. ... denunciar todo o romantismo mórbido* ” **Trauma**, aliados da desordem interna “ *Hoje em dia toda a gente tem medo ... de ter uma ligação qualquer, mesmo fortuita ... Dantes podíamos dirigir-nos a ele com qualquer ar de agressividade, agora a desconfiança voltou em força* ” - **Ansiedade confusional**, denunciando toda a fragilidade individual. “ *se eu disser no início (que sou seropositivo) torno-me um eremita. E isso eu não quero. Sou jovem* ” - **Fragilidade narcísica**.

Como expressão desta fragilidade, o ano de 1995 vem revelar dados que a procuram negar massivamente “ *os jovens portugueses revelam um comportamento sexual de risco, evidenciado por múltiplos parceiros e falsas fidelidades* ”, demonstrando os estudos que “ *o uso do preservativo ainda não faz parte da normalidade, resistindo às sucessivas campanhas de informação e prevenção da SIDA* ” - **Prova da realidade**. Contudo esta recusa nasce da impossibilidade de encarar o “ *... bicho muito mau. Prefiro não pensar na imagem que me transmite* ” - **Trauma**, que impõe “ *... a degradação total da pessoa. Transforma-nos em zombies. Em nada* ” - **Punição**.

Vítima desse ataque tirânico “ *o doente começa a olhar o mundo de outro modo e dentro de si começam a nascer os sentimentos de medo, insegurança, angústia da morte*”, por outro lado vítimas também da “ *discriminação ...que muitas vezes começa na própria família. Para já não falar na ruptura das relações com amigos e no trabalho* ”

...” - **Fragilidade narcísica**, apesar de “*numa primeira fase ... alimentar o sentimento de denegação – a tomada de consciência de que se está infectado pelo vírus da SIDA – mas no fundo possuem o conhecimento real da doença*” - **Ansiedade confusional**. Contudo, este parece ser o único estado possível, até ao momento em que o doente possa tomar consciência da sua realidade sem colapso depressivo “*sei que não tenho muito tempo de vida, mas quero utilizá-lo alertando a todos para a luta contra este monstro que não conhece idades*” - **Prova da Realidade**.

No ano de 1996 o discurso parece decalcado do anterior. “*A batalha contra a SIDA, (...) ao nível da profilaxia, tem sido infrutífera*” - **Fragilidade narcísica**. As limitações no campo científico e preventivo, o alastrar dos números não permitem que a experiência vivida seja menos catastrófica ou talvez porque “*esta doença tem sido demasiado subestimada pelo cidadão comum, pela dificuldade em entender que um acto de amor se possa transformar num pesadelo insuportável, num drama pessoal e familiar, numa antevisão precoce da morte e, enfim, numa autêntica tragédia*”, realmente “*Pode-se achar estranho que uma doença se propague por um acto de partilha. Pode-se pensar que é ironia que os braços do amor se confundam com um braço mortal*” - **Ansiedade confusional**, ou porque há a crença onipotente de que “*Tenho quase a certeza de que não vou morrer. Sei que a cura está por um fio ... a SIDA transformar-se-á em breve numa espécie de doença crónica, controlada por medicamentos.*” - **Fragilidade narcísica**.

O outro é vivido quer como objecto ameaçador : “*os preconceitos, as rejeições e as meias palavras da família ouvidas de vez em quando através do telefone - primeiros sintomas, estes extremos, do vírus do medo que ataca antes de qualquer outra doença*” - **Punição**, quer como objecto frágil, vítima da sua acção “*... Imaginar que se pode ser o agente causador de mal a quem se quer todo o bem*” - **Ansiedade confusional**, receando-se que “*Os jovens, sendo uma população “mais protegida, por ainda terem os pais e a família - e como à partida as pessoas com que se dão estão na mesma situação - sentem-se mais seguros*”. O pior é que a sensação de segurança não passa disso mesmo, uma sensação” - **Ansiedade confusional**.

Quando as palavras surgem na primeira pessoa as emoções são mais concretas “... *Entrei em pânico.(...) Era como se me tivessem dito: Tu vais morrer.*” “*imaginei o fim do mundo*” “*Quando soube que era seropositivo, foi como se estivesse a ser condenado à morte. Pensei em tudo que tinha feito e porque estava a ser castigado. Porquê eu?*” - **Trauma**, “*nunca me convenci verdadeiramente que estou doente. Não estou doente. Sou portador. Não sinto nada. A não ser o medo. De manhã, quando acordo, tenho por vezes uma sensação de que é tudo um pesadelo.*” - **Fragilidade narcísica**.

Em 1997 o paradoxo não deixa de perturbar “*todos têm a boca de cheia quando falam de SIDA, mas quando se trata de lidar com o problema real, todos fogem*” - **Ansiedade confusional**. Daí a dor do abandono “*Todos me voltaram as costas quando eu necessitava de uma, uma só mão amiga*” - **Fragilidade narcísica**. Embora tanto se tenha escrito sobre a relação com o doente e se saiba que “*É mais fácil lidarmos com a dor quando podemos compreendê-la. Se isto não acontece, deixamos portas abertas para fantasmas que antecipam a morte ou nos banham de culpas ...*”. - **Prova da realidade**. Por outro lado, os saberes tem também demonstrado que “*Quando se trata de prevenir a doença e adiar a morte é melhor encarar a realidade e não adiar soluções*” - **Prova da realidade**.

Mas, na verdade há mecanismos internos que não permitem esta adesão “*A generalidade da população continua a ter um comportamento de risco, sem tomar outra atitude mais segura, apesar de haver um maior conhecimento sobre a transmissão do vírus da SIDA.*” - **Ansiedade confusional**. Constatando-se por exemplo que “*o problema dos adolescentes ... não reside na falta de informação. Antes, nos comportamentos de risco. É que (...) os jovens colocam-se conscientemente em situações de risco.*” - **Ansiedade confusional**. Sobre isso avançam-se explicações “*o comportamento sexual não obedece a um planeamento racional que conduza ... a práticas de sexo seguro e, (...) o indivíduo sente uma falsa segurança que o leva a descurar as práticas adequadas*”. Estes estudos inquietam , “*Daí que tenhamos de fazer uma educação de comportamentos e atitudes*” - **Prova da realidade**. Por outro lado a notícia revela igualmente as resistências “*a maior parte das pessoas em contacto com um portador da doença negam ajuda e apoio exactamente pelo medo que têm de ser contaminadas e, por via disso, virem a morrer*” - **Ansiedade confusional**.

É neste registo do medo e da incapacidade em lidar com a doença, que o ano de 1998 se inicia: *“A descoberta da seropositividade é sempre um espaço de choque, de desespero, de angústia, de fantasmas, de culpas... a ideia é indissociável de tudo o resto, fica-se já à espera do primeiro sintoma da doença”* - **Fragilidade narcísica**. Espera que muitas vezes significa descrença e sentimento de desamparo, que leva à *“fuga à terapia, as pessoas infectadas incorrem na redução da qualidade e do tempo que lhes resta de vida ...”* - **Ansiedade confusional**.

Aqueles que estão mais próximos do doente mostram também a dualidade *“Normalmente quem lida com a seropositividade torna-se uma pessoa muito cuidadosa e responsável”* - **Prova da realidade**, mas alguns arriscam mesmo revelar o que realmente sentem *“... seria um desafio, eu sei tudo sobre SIDA, mas tenho imensos fantasmas, é algo superior a mim, é um medo irracional... se soubesse que tinha um aluno ... infectado seria um esforço sobre-humano para mim...”* - **Ansiedade confusional**.

Porque a desolação não deixa de estar presente *“É uma guerra sem tréguas, e “às cegas”, da qual se ignora se os resultados finais são de derrota ou de vitória”* - **Trauma**, que se soma ao *“sentimento de vergonha, a culpa pelo passado sexual e o medo de rejeição podem levar a que o seropositivo tenha de escolher, ele próprio, em ter vida sexual ou não”* e neste sentido *“embora afecte camadas muito jovens da população, o desinteresse e a abstinência sexual assumem-se muitas vezes como padrões de comportamento.”* - **Fragilidade narcísica**.

“O facto de estarem contaminados é uma prova de fogo que, infelizmente, por ora, ainda não conseguem ultrapassar... apesar de todos os avanços na luta contra a doença”. Por todo este conjunto de factores, no final do ano noticia-se que *“a comissão pretende levar a cabo iniciativas dirigidas aos jovens, para os envolver cada vez mais nas campanhas de prevenção e de desmistificar o tabu existente em torno do preservativo”* - **Prova da realidade**.

1999 surpreende quando se afirma que *“...a SIDA ... um tema tabu, Assustam-se só com a palavra SIDA, chamam-lhe a doença, o problema”* - **Punição**. Neste mutismo

reconhece-se que “ *As pessoas têm receio... A sociedade deu esta imagem de morte e as pessoas alimentam a doença e ajudam o vírus a matá-las* ” - **Trauma**. Enquanto esse mistério se mantém “ *Os doentes garantem que todos eles, em inúmeras circunstâncias, foram alvo de discriminação...* ”, com frequência sentem que “ *...O que mais falta às vezes é apoio e estima. Falta até na minha família...* ” - **Fragilidade narcísica**. O seropositivo vê-se lançado num mar de hesitações “ *Dizer ou não dizer que sou seropositivo é um grande dilema. Quando conheço alguém preparo-me para a reacção. Depois digo e observo.* ” - **Ansiedade confusional**.

Talvez por isso se insista “ *a carga social contra a SIDA tem que aligeirar. Porque ser-se seropositivo não é necessariamente ter SIDA* ” e se reclama uma atitude colectiva “ *Mobilizarmo-nos é saber que não existe outra resposta que não seja colectiva. É lutar contra a doença antes de a contrair. É aprender a estar vigilante e recusar, sempre, a discriminação* ” - **Prova da realidade**.

A questão centra-se também nos aspectos éticos “ *Não é aceitável que, para evitar uma discussão, se faça alguém, ainda por cima de quem se gosta, correr risco de vida* ” - **Trauma**, “ *Percebe-se que quem correu algum risco sexual não seja com facilidade que assuma e o exponha, num gesto protector do outro, mas significativo de um deslize interpretado quase sempre como traiçoeiro* ” - **Punição**. Muito embora existam atitudes terapêuticas que poderiam alcançar maior número de pessoas, pensa-se que esta “ *poderia afectar os objectivos das campanhas de prevenção* ” razão pela qual “ *As nossas prioridades devem ser: quebrar a conspiração de silêncio, responder às necessidades dos doentes e suas famílias, colocar à disposição dos africanos tratamentos eficazes a preços acessíveis, intensificar a investigação para poder impedir a propagação da doença* ” - **Prova da realidade**.

4.2. DISCUSSÃO

A leitura que efectuámos dos discursos sociais face à SIDA, em particular os discursos religioso, científico e psicológico, mostra-nos que estes se encontram plenamente fundamentados pelas conceptualizações teóricas dos autores que abordámos, na medida

em que assentam em realidades psíquicas, ou seja, nos desejos inconscientes e fantasmas que lhes estão associados.

Se algo há em comum nos três discursos em análise é a repetitividade, uma quase circularidade antinômica.

Pela sistematização dos dados obtidos podemos constatar que, no que se refere ao Discurso Religioso, há no padrão típico de resposta da Igreja uma quase constante circularidade. Trata-se de um pensamento que oscila entre a culpabilização, evidente nas advertências face aos comportamentos, nas críticas acusatórias a uma sociedade cínica, na oposição aos estilos educativos, no ataque ao que diz tratar-se de um gozo sem responsabilidade ou compromisso e a integração ou inquietação para com o sujeito. Tendo como suporte os conceitos abstractos de respeito e obrigação pelos valores morais e espirituais, e o sentido piedoso da solidariedade, as afirmações que faz são sempre à custa do desmentido da realidade, sustentando-se na ilusão de que seguindo ou submetendo-se aos princípios associados à filosofia cristã, haverá um triunfo sobre a própria realidade.

Por consequência, a Igreja pelo impasse da linguagem que utiliza sobre a questão da SIDA, aonde nem sequer o uso do preservativo tem lugar, só pode desidentificar-se da essência do próprio sofrimento apontando uma solução que desmente a realidade de onde paradoxalmente o problema teve origem.

O esvaziamento do sentido neste tipo de discurso tem no entanto por base uma curiosa ideia, a saber que a modificação do pensamento da Igreja sobre este problema levaria ao questionamento dos próprios fundamentos do Cristianismo. Esta fantasia é subjacente à persistência no equívoco comportamental em que a proposta de um amor único encobre, pela sua aparente exemplaridade, a conflitualidade da evolução, em cada sujeito humano, das relações com a coisa sexual. E inevitavelmente por isso, o discurso produzido ou é de negação (desmentido da realidade), ou de triunfo e/ou desprezo sobre a própria realidade.

A aparente integração de que a Igreja também se faz porta-voz, só pode então ser possível desde que a esta culpa primitiva (quase próxima do pecado original) não esteja

destinada medida social alguma, a não ser a que se conforme, impossivelmente, ao ideal cristão e religioso.

Neste sentido, o discurso religioso paradoxaliza-se face à SIDA : - Gera aos hipotéticos contraentes da doença uma relação quase improvável com a “solução”. Por outro lado, através da utilização dos mecanismos emocionais próprios do pensamento cristão, integra-os, tal como no passado integrou vítimas da peste, leprosos, etc... Ou seja, em nome da caridade e da piedade, cuida ao mesmo tempo que gera sobre a sexualidade um discurso quase fundamentalista, provavelmente um dos calcanhares de Aquiles da Igreja de hoje.

Quanto ao discurso científico, verificamos que não se trata de um discurso paradoxal como o discurso religioso, contudo é um pensamento que se caracteriza pela alternância entre certezas tidas como absolutas e retrocessos, que nos levam a pensar que afinal nada de novo ou quase nada de novo se passou. Baluarte das ansiedades colectivas, o discurso científico, assumindo-se como o único capaz de ir ao encontro de um desejo de cura, acaba por ser pouco realista, anunciando a cada nova descoberta uma solução. Em alguns momentos até, o modo entusiasta com que são anunciados os novos avanços científicos “os nossos resultados são excitantes...” acaba por virar-se contra si próprio, ao verificar-se que, embuidos deste entusiasmo os sujeitos negligenciam alguns comportamentos preventivos. Retoma-se então o discurso da prudência e da limitação que apenas enfatiza a atitude individual “protejam-se...”

Deste modo, o discurso científico sobre a SIDA revela-nos hoje como ontem o que é próprio e impróprio do discurso científico.

A ideia científica contém no seu germen o pressuposto messiânico como é visível na fala do filósofo grego “dêem-me uma alavanca num sítio certo e eu levantarei o mundo”. Porém o discurso científico como imanência fundamental da Razão supõe para si mesmo o caminho tendencialmente infinito, embora sempre limitado pelos momentos que o conhecimento vai viabilizando e permitindo. Não espanta por isso, que no discurso científico sobre a SIDA caibam, como organização dominantes, o conhecimento e a limitação inerentes ao próprio conhecimento. Porém, o lugar onde o

limite se gera é exactamente o mesmo aonde o fantasma se produz. A este a ciência parece não querer atribuir, na sua contextualização, importância alguma, embora ele seja o lugar mais lancinante das ansiedades paranóides. O “racional” uma vez mais parece não querer, ou não saber, lidar com o irracional remetendo-o para o discurso religioso, mesmo quando este não sabe o que fazer com aquilo.

Criam-se assim duas (in)visibilidades públicas sobre a SIDA e os seus portadores. Deles se pode anunciar o vírus, o sistema imunitário e a ciência que sobre eles fala. Deles se pode ainda utilizar, como destino, a refundamentação da palavra “cristã”, como aperfeiçoamento e formação reactiva face ao pecado original (a sexualidade humana). Em todo o caso, a dor quase impensável dos que são portadores do VIH e os significantes que a lêem no colectivo não têm lugar nem num nem noutro discurso. Um porque colhendo da irracionalidade a angústia que viabiliza o próprio discurso (a Igreja), outro porque exorciza a irracionalidade para poder fazer nascer a Razão (discurso científico).

Quanto ao discurso psicológico ele remete na sua maioria às questões da fragilidade narcísica e da ansiedade confusional.

O problema da fragilidade narcísica aparece-nos aqui como muito interessante, já que reenvia-nos, ele mesmo, a um problema central das sociedades contemporâneas nas quais o cientismo dominante não consegue iludir os problemas próprios da espécie humana. Ora foi justamente a estes que Freud destinou a última parte da sua obra, quando no lugar de enfatizar a sexualidade como “primo-móvens” da espécie, tal como pareceu fazer um grande período da sua investigação, fez emergir o problema do desamparo, da dependência e da pulsão de morte. À volta destes três conceitos o que fica como baliza para aqueles enunciados é a condição frágil, narcísica e mortal da espécie humana. É esta condição pela condenação, presença constante neste discurso, que dá ao homem a resposta que aliena o fundamental das suas raízes.

Por isso, mesmo quando, como se passa hoje, a ciência e a sociedade de consumo parecem encontrar soluções para suportar o quotidiano, a cíclica publicitação do que parece incurável, remete o discurso científico para a área da ilusão. Não que esta em si

mesma seja ilusória, mas porque na sua fundamentação, no seu conteúdo latente, esteja implícita, uma premissa que o aproxima perigosamente do pensamento religioso: - Um dia venceremos a morte; coisa que o discurso religioso já fez há muito tempo, já que para aquele, no ânimo, o homem é imortal.

O discurso psicológico tem pois de se remeter ao lugar mais difícil, ou seja, ao lugar de revelador do grande equívoco contemporâneo. Finalmente nascemos, vivemos e morremos e embora possamos saber porque é que se morre uma vez mais não sabemos nem quando nem como. Mais ainda, é-nos impossível controlar o quando e como morreremos.

Por outro lado, sendo a problemática da seropositividade frequentemente irmanada à do toxicodependência, não podemos esquecer que esta se constitui, na contemporaneidade, como uma das grandes formas do tráfico do desmentido (A . Dias, 1999). Efectivamente, de uma certa forma, o consumo de drogas ao iludir e ao resolver a dor mental, aliena o sujeito do desamparo e por isso mesmo da dor própria à existência.

Este desmentido, ou seja o desmentido da dor, do desamparo e da separação, através do recurso a uma substância que tudo / nada resolve, deve inserir-se numa questão mais vasta a saber, a do grande tráfico do desmentido tão próprio das sociedades do novo milénio. As novas faces do racismo (desmentido da diferença social) e do fundamentalismo religioso parecem apontar para esse lugar aonde o outro (portador de todos os males) nos garante, por antinomia, a indemnidade narcísica já que, dessa forma não carregamos mal algum. *O mal estar na civilização*, título de uma obra tardia de Freud (1932) deveria provavelmente ser reescrito hoje, à luz das novas estratégias com que o desmentido e a pulsão de morte se apressaram a alienar a dor de existir.

Possivelmente a ultravisibilidade da SIDA só pode ser resolvida no lugar que a obscurece. Seja pela religião seja pela ciência, seja ainda pelo pior do discurso psicológico, ou seja, aquele que instrumentaliza como racionalização o que só pode ter lugar no pensamento pela dor depressiva.

Quanto às ansiedades confusionais não é de surpreender que sejam muito significativas, já que a SIDA repõe, como nenhuma outra patologia, a tremenda relação entre sexualidade e morte, Eros e Thanatos. O lugar mesmo da afirmação do sujeito desejante parece agora ser o mesmo aonde aquele se condena à morte. O que estava latente no velho provérbio húngaro muito do agrado dos franceses “o orgasmo é uma pequena morte” perde assim a sua dimensão metafórica para se condenar a uma brutalidade metonímica. Mas, se “o que me faz vivo é o que me faz morrer”, então não há lugar na mente para a clivagem benigna bom/mau. Nesse contexto a seropositividade e o seu discurso social são ao mesmo tempo satanização e diabolização da mente individual e colectiva.

Satanização porque sendo o mal bom e o bom mal, então a resposta metafórica de Cristo às tentações no deserto não se torna possível. O que Cristo responde a Satanás é que ele sabe, por 3 vezes, o que não quer porque definindo para ele o bem que deseja. De alguma forma, a relação confusional entre sexualidade e morte como a que sataniza Eros gera consequentemente fantasias e ansiedades confusionais.

Quanto à diabolização esta remete-nos a dia-bolo ou seja ao Outro, ao separado (dia-significa separação, vejam-se os conceitos de diástase, diacronia etc.). Dia-bolo, a outra coisa, é pois o sujeito do Inconsciente que nos revisita sobre a égide da SIDA, que assim torna visível a culpabilidade radical do sujeito face ao seu desejo para sempre primitivo, para sempre proibido (o interdito edípico).

5. REFLEXÃO CRÍTICA

Numa sociedade que privilegia os valores narcísicos, a banalização dos discursos sociais sobre a doença leva a que se olhem todos os sujeitos com SIDA como iguais entre si. Estabelece-se então um mecanismo que nega a diferença, o sentido óbvio do outro, muito embora tais opiniões não escondam que, por detrás do politicamente correcto e das palavras sensatas sem qualquer tipo de discriminação, estão apesar de tudo fantasmas...

Mas se o discurso social é neste momento integrativo, já ao nível dos comportamentos nem sempre assim, se passa. De facto, apesar das campanhas existentes sobre prevenção, grande percentagem de sujeitos não alteram comportamentos de risco. Como se não existisse uma diferenciação entre dois planos da realidade, o subjectivo e o objectivo, o eu e o mundo externo. Como se, na ausência da consciência do corpo se organizasse a ausência da consciência do eu e portanto do outro. Por essa razão, não existe o acto de cuidar, não existe o tomar conta da vida, está ausente o sentimento de responsabilidade, de compromisso. Qualquer coisa que podemos dizer que é próxima do impulso destrutivo, de si e do outro. Talvez só assim possa mitigar-se a dor mental.

Remete-se pois, com a SIDA, o homem para a sua condição de condenado, para quem a resolução da dor mental e da morte permanece impossível. Na verdade, a realidade não pode ser conhecida mas apenas “sida” (Bion).

Encontramos neste estudo limitações que o empobrecem, a primeira das quais refere-se, como anteriormente salientámos, à ausência de material jornalístico produzido durante a década de 80, período das grandes descobertas, grandes fantasmas, grandes avanços e grandes decisões no sentido da globalização, muito embora tenhamos procurado colmatar essa falha com a leitura à posteriori dos primeiros textos publicados sobre esta temática, que vieram reforçar as inferências que tínhamos formulado.

Apesar destas limitações, e porque esta temática nos toca particularmente, primeiro como cidadã e depois porque muitas vezes o nosso discurso se enquadra num dos

discursos em análise, por vezes remetidos a uma partição L-, K-, consideramos este estudo de grande riqueza pessoal. Talvez hoje nos procurassem pensamentos bem diferentes daqueles que o nosso primeiro contacto com um doente com SIDA encontrou ... “Mas eis que me vejo, pela primeira vez, perante um doente em fase terminal do qual fico a saber tratar-se de um doente em fase terminal por SIDA. Tudo se desmorona, a minha aparente segurança é substituída pela dúvida inquietante. Antes de mais questionava-me “e eu?!... e eu?!”. Mais tarde ressaltam as crenças e os estereótipos sociais “...porquê este?... e que comportamento tem?...”, e mais os fantasmas da contaminação, da incapacidade... E só bem mais tarde pude olhar de novo, e de novo procurar encontrar-me com o ser humano que estava ali ” e a minha atitude interna e em consequência a minha atitude psicoterapêutica conhecesse essa mudança.

BIBLIOGRAFIA

1. Act Up-Paris (1994). **Le SIDA Combien de Devisions? Dossier/Enquête**. Paris: Editions Dagorno.
2. Andrade, L. (1998). Interrogações, Interrogações, Interrogações... . **Informação Sida e outras Doenças Infecciosas**, Ano II, 9.
3. Aisenstein, M. (1993). D'un certain regard sur la question psyché-some les incidences techniques. **Revue Francaise de Psychosomatique**, 3, pp. 78-92.
4. Antoni, M., Schneiderman, N., Fletcher, M., Goldstein, D., Ironson, G. & Laoerriere, A. (1990). Psychoneuroimmunology and HIV. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 58, 1, pp. 38-49.
5. Bastos, A., Teixeira, J. & Paixão, T. (1995). As mulheres e a SIDA. **Análise Psicológica**, XIII, 81/82, pp. 79-97.
6. Bardin, L (1977). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.
7. Benhaim, M. & Broda, J. (1994). **SIDA luttés à vif**. Paris: Editions la Pensées Sauvage.
8. Bion, W. (1990). **Experiencias en grupos -1948**. Barcelona: Paidos.
9. Bion, W. (1991). **O aprender com a experiência -1962**. Rio de Janeiro: Imago.
10. Bion, W. (1991). **As Transformações. A mudança do aprender para o crescer 1965**. Rio de Janeiro: Imago
11. Bion, W. (1996). **Uma memória de futuro III: A aurora do esquecimento -1979**. Rio de Janeiro: Imago.
12. Birralix, A . (1992). Prévention ou Prosélytisme? Dossier SIDA. **Science & Vie**, 179, pp. 136-142.
13. Bouchet, D. (1990). Les psychanalystes devant le Sida. **Revue Française de Psychanalyse**, 3, 865-873.
14. Cláudio, V., Pereira, M. & Robalo, P. (1994). SIDA! A falsa protecção que o amor tece. **Análise Psicológica, Série XII**, 2-3, pp. 211-226.

15. Cournut, J. & Trotot, P. (1996). SIDA. **Revue Francaise de Psychanalyse**, 1, pp. 131-140.
16. Dantzer, R. (1992). Psychosomatique et maladie: L'apport de la psychoneuro-immunologie. **Revue Internationale de Psychopathologie**, 8, pp. 513-526.
17. Dias, C.A. (1988). **Para uma psicanálise da relação**. Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Edições Afrontamento.
18. Dias, C.A. (1992). **Aventuras de Ali-Babá nos túmulos de Ur**. Colecção O Vermelho e o Negro. Lisboa: Fenda Edições.
19. Dias, C.A. (1995). **(A) Re-Pensar: Colectânea psicanalítica**. Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Edições Afrontamento.
20. Dias, C.A. (1997). **Tabela para uma nebulosa**. Desenvolvimentos a partir de Wilfred R. Bion. Margens. Lisboa: Fim de Século.
21. Dias, C.A. (1999). **O negativo ou o retorno a Freud**. Lisboa: Fim de Século
22. Durand, G. & Malherbe, J-F. (1992). **Vivre avec la souffrance: Réperes théologiques**. Québec: Corporation des Editions Fides.
23. Ferreira, O. (1998). **Informação Sida e outras Doenças Infecciosas**, Ano II, 9.
24. Freud, S. (1980). **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade – 1905** (Vol. VII). ESB – Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago.
25. Freud, S. (1980). **Cinco lições de psicanálise Leonardo da Vinci e outros trabalhos - 1910** (Vol. XI). ESB – Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago.
26. Freud, S. (1980). **Sobre o narcisismo: Uma introdução - 1914** (Vol. XIV). ESB – Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago.
27. Freud, S. (1980). **Totem e Tabu e outros trabalhos - 1913** (Vol. XIII). ESB – Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago.
28. Freud, S. (1980). **Além do principio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos, 1920-1922** (Vol. XVIII). ESB – Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago.
29. Garcia-Roza (1990). **O mal radical em Freud**. Rio de Janeiro: Zahar Editor.
30. Gil, J. (1997). **Metamorfoses do corpo**. Lisboa: Relógio D'Agua.
31. Grinberg, L (1973). **Introdução às ideias de Bion**. Rio de Janeiro: Imago.
32. Grmek, M. (1990). **História da SIDA**. Lisboa: Relógio D'Agua.
33. Grotstein, J. (1985). **A divisão e a identificação projectiva**. Rio de Janeiro: Imago

34. Guerra, M. (1998). **SIDA: implicações psicológicas**. Lisboa: Fim de Século.
35. Hildebrand, P. (1993). La catastrophe du SIDA. **Revue Française de Psychosomatique**, 3, pp. 47-69.
36. Hinshelwood, R. D. (1992). **Dicionário do pensamento Kleiniano**. Porto Alegre: Artes Médicas.
37. Jaques, E. (1978). Des systèmes sociaux comme défenses contre l'anxiété dépressive et l'anxiété de persécution, In Levy, A. (Ed.) **Psychologie sociale: textes fondamentaux anglais e américains** (Tome II), pp. 546-565. Paris: Duncal.
38. Kain, G. (1996). **Positive HIV affirmative counseling**. Alexandria: American Counseling Association.
39. Kiecolt-Glasser, J. & Gaster, R. (1988). Psychological influences on immunity. **American Psychologist**, 93, 11, pp. 892-899.
40. Klein, M. (1991). **Inveja e gratidão e outros trabalhos: 1946-1963** (Vol. III). Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago
41. Klein, M. (1994). **Narrativa da análise de uma criança: 1945** (Vol. IV). Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago
42. Kohut, H. (1985). **Psicologia do self e a cultura humana**. Porto Alegre: Artes Médicas
43. Kübler-Ross, E. (1987). **SIDA o desafio final**. Lisboa: Difusão Cultural.
44. Kury, M. (1994). **Dicionário da Mitologia Grega e Romana** (3ª Ed.). Rio de Janeiro. Zahar Editor.
45. Laplanche, J. & Pontalis, J.-L. (1985). **Vocabulário da psicanálise**. Lisboa: Moraes Editores.
46. Leal, I. (1989). Da sociologia Freudiana à intervenção psicoterapêutica. **Análise Psicológica**, VII, 1/2/3, pp.317-323.
47. Le Goff, J. (1990). **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar.
48. Lisander, A. (1997). Les Facteurs inconscients de la contamination par voie sexuelle. **L' Evolution Psychiatrique**, 62, 1, pp. 81-95.
49. Lucas, J. (1993). **SIDA: A sexualidade desprevenida dos Portugueses**. Lisboa: McGraw-Hill
50. Marty, P. (1991). Genése des maladies graves et critères de gravité en Psychosomatique. **Revue Francaise Psychosomatique**, 1, pp. 5-22.

51. Matos, A. C.(1997). Narcisismo e Depressão. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, 16, pp.19-25.
52. Matos, A. C.(1999). Ser único e ter rosto: O binómio resiliente. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, 1, pp.11-21.
53. Matos, M. (1991). **Uma contribuição psicológica à prevenção da síndrome de imunodeficiência adquirida**. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Universidade de Lisboa.
54. Meltzer, D. (1991). Terror, perseguição, pavor: uma dissecção das ansiedades, in Elizabeth Spillus (Ed.). **Melanie Klein Hoje**, (Vol. I). Nova Biblioteca de Psicanálise. Rio de Janeiro. Imago
55. Ministério da Saúde - Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2000). **A SIDA: a situação em Portugal a 30 de Junho de 2000**. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde.
56. Morhain, Y. (1997). Sida: Le chevauchement entre fantasme et réalité. **L' Évolution Psychiatrique**, 62, 1, pp. 99-109.
57. Noot, K., Vedhara, K. & Spickett, G. (1995). Psychology, immunology, and HIV. **Psychoneuroendocrinology**, 20, 5, pp. 451-477.
58. Ouakinin, S., Costa, N. & Figueira, M. (1989). Sida no hospital geral, in **Psiquiatria de ligação e psicossomática**, pp. 237-251. Lisboa: Workshops do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, 1988/89.
59. Paradas, C. (1997). Psychopathologie et éthique: l'épreuve du SIDA. **L' Évolution Psychiatrique**, 62, 1, pp. 71-80.
60. Pereira, J. (1997). **Aspectos psicossociais do doente seropositivo: Da morte física à morte social**. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
61. Pracontal, M. (1992). La fin des années SIDA?. **Science & Vie**, 179, pp. 6-12.
62. Quaranta, J-F., Cassuto, J-P. & Pesce, A . (1996). **Sida et infection par le VIH**. Collection Abrégés de Médecine. Paris: Masson.
63. Rezende, A., Amaral, C. & Zimerman, D. (1998). **Bion hoje**. Lisboa: Fim de Século.
64. Ricoeur, P.(1987). **Da interpretação**. Lisboa: Edições 70
65. Ricoeur, P.(1988). **O mal: Um desafio à filosofia e à teologia**. Campinas, São Paulo. Papirus Editora.

66. Roudinesco, E. & Plon, M. (2000). **Dicionário de psicanálise**. Lisboa: Editorial Inquérito.
67. Ruffiot, A. (1990). **Psychologie du SIDA, approches psychanalytiques, psychosomatiques et socio-éthiques**. Bruxelles: Editions Pierre Mardaga.
68. Segal, H. (1993). **Sonho, fantasia e arte**. Nova Biblioteca de Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago.
69. Sontag, S. (1998). **A SIDA e as suas Metáforas**. Lisboa: Quetzal
70. Stanton, D. (1992). **Discourses of sexuality: From Aristotle to AIDS**. Michigan: University of Michigan Press.
71. Teixeira, C. (1993). **Psicologia da Saúde e SIDA**. Lisboa: ISPA
72. Teixeira, C., Rasga, B., Antão, P., Costa, V., Flores, V. & Marques, I. (1996). Os Médicos e a SIDA: Estudo exploratório das representações sociais da sida entre clínicos gerais, psiquiatras, infecciosologistas, cirurgiões e dentistas. **Análise Psicológica**, 14, 2-3, pp. 269-281.
73. Thomé-Renault, A. (1993). Apport de la relaxation dans la situation traumatique d'un patient seropositif. **Revue Française de Psychosomatique**, 3, pp 59-77.
74. UNAIDS. (2000). Global estimates of the HIV/AIDS as of end 1999. **Report on the global HIV/AIDS epidemic: June 2000**, p 6
75. Vedhara, K., Noot, K. & al. (1997) Greater emotional distress is associated with accelerated CD4+ cell decline in HIV infection. **Journal of Psychosomatic Research**, 42, 4, pp 379-390.
76. Vala, J. (1983). A análise de conteúdo, in A. Silva & J. Pinto (Edt.), **Metodologia das ciências sociais**, pp. 101-128. Porto: Edições Afrontamento.
77. Vila-Real, A. (1993). **O mal**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
78. Weil-Harper, F. (1990). L'implacabilité du destin Le SIDA mère-enfant. **Revue Française de Psychanalyse**, 3, pp. 855-863.
79. Zimmerman, D. (1995). **Bion da teoria à prática**. Porto Alegre: Artes

ANEXOS

ANEXO 1

Discurso religioso: Categorização dos textos dos artigos analisados.

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
Diário de Notícias	1992-5-12	Dependência	a prevenção da Sida deve basear-se numa compreensão clara da verdadeira dignidade do homem e do seu destino transcendental.
		Desmentido da Realidade	devem encorajar o «sacrifício pessoal» dos seropositivos, com a renúncia à vida sexual.
Correio da Manhã	1992-11-27	Culpabilização	advertem todavia para o facto dos preservativos “ferirem princípios de são humanismo, da cultura e da fé cristã”
		Integração	- afirmam também que todas as pessoas se devem proteger do contágio da doença “pelos meios convenientes” - apelam às estruturas “de pastoral familiar que se esforcem por encontrar formas de apoio às famílias que tenham, entre os membros, algum doente da SIDA” - esta marginalização se deve “a mecanismos de defesa, por vezes egoístas, de uma população assustada”
		Dependência	A solução ... deve encontrar-se na educação e na cultura, e no respeito pelos valores morais e espirituais
		L -	- deve indicar-se a ambiguidade do seu uso, de modo que não apareçam como a nova expressão da consciência moral - Não podemos ... concordar que ... as instituições que por natureza devem veicular um projecto educativo, se limitem a divulgar o uso de preservativos para evitar o contágio
Diário de Notícias	1993-6-21	Integração	- aconselha a descobrir a fidelidade do amor neste verão de encontros casuais - a nossa preocupação prende-se com as vítimas da SIDA e, em vez de muito palavreado, preferimos ir fazendo o que podemos para lhes aliviar os seus males, minorando as suas necessidades mais prementes - a luta contra a sida não tem nada a ver com guerras políticas - o melhor conselho é uma mudança de atitude e de comportamento. É uma loucura o risco comportamental para o contágio com o HIV - encontros de ocasião não contribuem nada para uma sexualidade e afectividade bem vividas. A fidelidade no amor é uma verdadeira maravilha.

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
Jornal de Notícias	1993-8-30	L -	os números de doentes atingidos pelo Síndrome permitem concluir que “os comportamentos na ordem da abstenção da relação sexual sem norte e sem regras e com parceiros variados não mudaram”
A Capital	1993-8-30	Integração	- importante provocar na sociedade portuguesa, sentimentos e atitudes de solidariedade para com os doentes atingidos - o uso do preservativo pode até aparecer como uma obrigação moral de não contagiar outras pessoas
		Dependência	o doente atingido com sida não deixa de ser uma pessoa com todos os direitos que esta dignidade traz consigo
Diário de Notícias	1993-9-1	Culpabilização	doença como sendo a peste-negra dos nossos dias e também o flagelo do século
		L -	a doença é quase sempre resultado de factores relacionados com comportamentos descontrolados, os quais já foram denominados ... de “imunodeficiência moral”
		Integração	forte desafio. Primeiro para a ciência, que necessita de descobrir as suas causas para inventar os respectivos remédios. Depois para a sociedade, que muitas vezes, e sobretudo aqui, é cruel e desumana. É necessário evitar o dramatismo, é preciso criar condições humanas, acolhimento e acompanhamento
O Dia	1993-9-3	Culpabilização	na sociedade, um falso quadro de valores que cria a ideia de que tudo se compra, tudo se conquista de forma imediata e que não há barreiras para o comportamento, resumindo-se a vida ao sucesso e ao agradável
		Dependência	prevenção através de processos educativos que incluam a educação da sexualidade humana, da liberdade responsável e para o sentido da vida
		Integração	a Igreja sente-se especialmente vocacionada para dar um testemunho de solidariedade activa no acompanhamento dos doentes terminais
Primeiro de Janeiro	1993-10-14	Desmentido da Realidade	a utilização do preservativo para dar vazão às paixões desordenadas e viciosas, deve continuar a ser entendido como pecado contra a dignidade da pessoa humana
Expresso	1994-1-29	Culpabilização	a hipotética liberalização ... revela uma sociedade cínica, incapaz de criar nos cidadãos uma mentalidade libertadora e dignificante
Jornal de Notícias	1994-12-3	Culpabilização	- o risco de descansarmos em frases feitas ou em campanhas redutoras, como a do preservativo, que alguns julgam suficiente para a sexualidade feliz. - a recomendação do preservativo sem o estímulo para uma educação sexual séria, integrando-a na educação da afectividade e do amor, é uma alienação, mais grave ainda quando o objectivo final esquece a educação em geral.
Notícias de Ourém	1994-12-9	L-	ao apelar-se quase somente e incessantemente à protecção que o preservativo confere ... está-se a fomentar a prática de comportamentos de risco ... parecendo não haver interesse ou capacidade para apelar e incentivar outros valores mais nobres.

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
		L -	Muitos dos valores éticos e até religiosos, outrora fundamentais para um bom equilíbrio social, ora pouco "cotados", vão-se menosprezando e sendo relegados para plano secundário, sendo substituídos por outros cujo grau de exigência de cumprimento é menor, contribuindo assim para o aparecimento e desenvolvimento de inúmeros problemas e doenças, das quais a SIDA é apenas e tão somente um triste exemplo.
Voz do Barreiro	1994-12-10	Integração	- não encarar a doença com a acuidade que ela merece, subestimando os problemas e camuflando situações - as situações que têm particularidade de chamar a atenção da sociedade para o desenvolvimento explosivo da Sida, sensibilizando-as para as tarefas de mudança de vida. É preciso viver e amar sem medo
Voz dos Açores	1995-2-9	Culpabilização	o mal nunca foi vencido senão à base do ensino, da prática e da vivência do bem, e de modo tão fatal, que não há outra alternativa para ninguém, certeza acerca da qual muito importa que todos se convençam para que assim ponham em prática.
Correio da Manhã	1995-4-14	Desmentido da realidade	à abstinência sexual e também à inexistência de relações sexuais pré-matrimoniais, como sendo, a única forma de precaver a doença e cumprir as obrigações morais
Correio dos Açores	1995-8-27	Culpabilização	isto de querer gozar a vida em cheio, e sem o uso das devidas precauções, como hoje se faz, e por toda a parte, é loucura, é expor-se com certeza ao contágio da Sida e aquele é o motivo por que ela muito se há propagado tanto entre nós
Público	1996-2-14	Culpabilização	- a pretexto de prevenir a infecção, imiscuem-se reivindicações ou exigências que ultrapassam largamente a questão pura e simples da Sida. É normal que a Igreja, que tem posições mais variadas do que se diz, esteja atenta a estes desvios. Uma prevenção individual não responde às dificuldades sociais. - contesta também a multiplicação do acto Sexual como indispensável para a descoberta do amor. "passa-se insensivelmente da prevenção à indução de um comportamento iniciático dado por habitual e mesmo por normativo.
		L -	- Passar para uma generalização do preservativo afastará os riscos, é agarrar-se unicamente às consequências, sem examinar as causas e as condições da expansão da sida. - deixa-se entender que a protecção material do sexo é suficiente para descobrir a qualidade do amor.
Noticias da Covilhã	1996-2-23	Integração	- as pessoas que optaram por um comportamento sexual de risco, e não por um estilo saudável de vida, possam prevenir-se da sida - a Igreja não tem que ser a favor ou contra os preservativos, mas deve dar consciência às pessoas ... vivam uma vida sexual que não precise disto (dos preservativos), mas se viverem uma vida sexual de risco, então usem (os preservativos) - a prevenção através de estilos saudáveis de vida
		Culpabilização	o drama é se nós estamos a educar deformando a consciência das pessoas ... um erro grave as pessoas manterem os mesmos comportamentos só porque se protegem das consequências
Jornal de Noticias	1996-3-15	Integração	inventar um preservativo capaz de impedir o alastramento do vírus letal da exclusão social.

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
Correio de Coimbra	1996-3-16	Culpabilização	a exclusão social é mais perigosa que a sida ... para aquele vírus mortal ... fizeram-se preservativos, mas para o referido fenómeno social «ninguém os fabrica». ... a imunidade terá de passar pela cultura constante do respeito por todas as pessoas.
Jornal de Noticias	1996-3-26	Dependência	há amores que matam, costuma dizer-se. Há “bondades” e “fraternidades” venenosas, mortais.
		Culpabilização	o homem perdido num sem-fim de “direitos” sem fundamento nem limites, “direitos” que o tornam mais solitário do que nunca e que o lançam à vala comum dos desgraçados quando o egoísmo esgotou as suas virtudes
Capital	1996-4-6	Desmentido da realidade	A Igreja não é contra o preservativo, apenas defende que ele não deve servir de pretexto para promover uma relação sexual da qual esteja ausente o amor e o carinho
		L -	os contactos sexuais fortuitos (nos quais o preservativo é especialmente recomendado) não fazem parte da filosofia da Igreja. Esta privilegia uma formação de base fundada noutro tipo de valores e comportamentos e, como tal, com carácter preventivo por si mesma.
		Dependência	a filosofia cristã apresenta soluções que são afinal, não só a forma mais eficaz de prevenir a Sida como também de obter relacionamentos saudáveis e plenamente satisfatórios.
Comércio do Porto	1996-4-6	Culpabilização	- gozar o máximo de tudo e de todos, mas tudo, sem o mínimo de responsabilidade ou compromisso. - o sexo é Dom de Deus, a viver com amor, responsabilidade e domínio de si mesmo, nunca como valor absoluto, a dominar tudo e todos, como nos querem impingir
		L -	chega de ser irónico e quase ridículo, que nestes tempos dos transplantes, da genética, da fecundação «in vitro», de todos os avanços científicos e técnicos, o máximo que se tenha conseguido, para prevenir o vírus da Sida, seja um pobre, limitado, primitivo e vulgaríssimo plástico
		Culpabilização	dá-se por suposta a impossibilidade de ser infiel ao outro, ou outra, mas exige-se fidelidade, sem falha, ao santo compromisso do preservativo, tabu e norma, que, de maneira nenhuma, se pode transgredir. O que actualmente está a ser tabu, e de que maneira, é falar abertamente da castidade, cristãmente possível e normal
Semanário	1996-4-13	Dependência	para a Igreja a discussão não se deve reduzir à utilização do preservativo ... mas deve alargar-se ao valor e ao significado das relações sexuais na vida das pessoas. O relacionamento sexual deve situar-se - e promover - no plano de um relacionamento completo e feliz entre duas pessoas, não se devendo promover o sexo egoísta, em que o prazer substitui, e não complementa, a ternura, o carinho e o amor. O padre do “spot” fez o mais fácil: desresponsabilizou-se.
Jornal de Noticias	1996-4-16	Dependência	o verdadeiro amor sabe esperar
		Culpabilização	o incentivo ao uso do preservativo ... não é mais do que pactuar com a promiscuidade pois as relações sexuais livres e com quer que seja ... não é mais do que prostituição encapotada e que está a proliferar de forma espantosa

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
Correio de Setúbal	1996-5-24	Integração	- no caso das grávidas seropositivas que optam pelo aborto ... sou capaz de admitir uma interrupção da gravidez, mas em nome da humanidade emergente de uma situação altamente problemática como esta - também é muito importante investir na formação a nível dos comportamentos
Jornal da Vieira	1996-9-15	Integração	- ensinar a tratar as pessoas com uma dimensão muito humana e muito cristã. Porque o Homem é a coisa mais bela que a natureza tem. E "ele" corre perigo. - vontade de sarar o homem de uma das mais graves enfermidades: a segregação, o isolamento.
Diário de Notícias	1997-8-17	Culpabilização	o sexo virtual através da Internet para travar a expansão da sida. O cidadão ... se continuar «a ser promiscuo e tiver relações sexuais fortuitas», vai morrer.
Público	1997-7-6	Integração	- à sida pedindo aos católicos que apoiem as vítimas das «novas doenças sociais». «os sucessos obtidos na erradicação das doenças e no tratamento dos sofrimentos não pode fazer esquecer tantas situações nas quais se desconhecem ou se espezinham o valor e a dignidade da pessoa humana».
Público	1997-9-30	Desmentido da Realidade	«A sida é um castigo de Deus para todos os que poluíram o país com os seus pecados» ... «seguir o caminho do islão é a melhor maneira de não ser infectado.» - os «media» egípcios são rápidos a apontar o dedo acusador ... difunde o uso de preservativos, como, por exemplo, método de planeamento familiar, denunciando apelos à prostituição num estado islâmico. - muitos dos «castigados por Deus» preverem guardar segredo
Expresso	1998-2-17	Culpabilização	«ninguém se deve dispensar do direito e da obrigação de se proteger do contágio». condena-se que as acções de prevenção «se limitem a divulgar o uso de preservativos». - a sida reflecte o desalento moral colectivo e as carências educativas e afectivas da juventude ... para os casos em que uma actividade sexual está já integrada na personalidade
		Integração	a epidemia justifica o recurso ao preservativo, mas isso não deverá justificar a banalização do acto sexual
		Dependência	- a Igreja não se pode afastar da sua doutrina «onde virtudes como a castidade, a continência, a fidelidade conjugal e ascese, são vias para uma liberdade mais plena» - rectidão moral no uso da sexualidade
		Integração	- caso se trate de pessoas contagiadas com o vírus HIV, «é mesmo de recomendar o uso de preservativos» «A Igreja sempre defendeu e ensinou o princípio do mal menor»
Primeiro de Janeiro	1998-2-24	Culpabilização	«o governo compra milhões de preservativos para a livre prática do sexo, sob o pretexto de prevenir contra a sida. Mas, na verdade estimula a transmissão do vírus» - as autoridades justificaram a sua atitude com a necessidade de consciencializar as pessoas sobre os riscos que correm ao manter relações sexuais sem «protecção»

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
24 Horas	1998-10-1	Integração	em audiência um grupo de 20 seropositivos, a quem transmitiu uma mensagem de solidariedade, garantindo-lhes que «partilha o seu sofrimento»
		L -	o Papa tem defendido o fim da discriminação dos doentes de sida, no entanto, mantém-se inflexível quanto à aprovação do uso do preservativo como método de impedir a difusão do vírus. Para o Santo Padre a única forma de impedir a transmissão por via sexual é a castidade
Público	1999-12-2	L -	as campanhas de sensibilização em prol da prática de «sexo seguro» promovidas pelo governo e por organizações não governamentais (ONG), são uma armadilha. O remédio, defendem, é a abstinência e a fidelidade conjugal, ou seja, «Ter uma vida casta na juventude e fidelidade austera no matrimónio»
		L-	os jovens cristãos apelam que «não se deixem seduzir pela propaganda aliciante que tem sido feita na rádio
		Integração	entre as razões que justificam o aumento das infeções estão os tabus e ainda a incredulidade sobre a existência da doença
Jornal da Madeira	1999-12-12	Culpabilização	a grande dificuldade para a Igreja reside exactamente aqui, na questão do uso do preservativo. Porque este será sempre um impedimento para a vivência de outros valores, tais como a castidade e a fidelidade às opções e aos compromissos.
		Integração	o uso do preservativo será um mal menor e a recusa do seu uso por alguém que se saiba contaminado incorre em pecado grave contra o seu semelhante. Deste modo, a Igreja defende o seu uso como mal menor, isto é, não havendo outra consciência sobre os comportamentos seria absurdo opinar de outra forma para essas situações pontuais.
		Dependência	a posição da Igreja não se reduz a um simples não aceitar.
		L -	a sida, é um mal social e com diversos componentes. Neste sentido os males combatem-se e a resistência contra eles deve ser uma constante. O vírus da sida deve ser combatido com propostas educacionais concretas que preparem os homens do presente e do futuro para um relacionamento saudável entre si e para uma utilização equilibrada da sexualidade humana

ANEXO 2

Discurso científico: Categorização dos textos dos artigos analisados.

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
Semanário	1990-6-20	Limitação	há anos já que os investigadores a procuram pelos quatro cantos da Terra sem obterem qualquer resultado concreto
		Ideia Messiânica	enquanto as opiniões contraditórias aumentam, o pânico diminuiu e os cientistas começavam a revelar os seus segredos
		Integração	no estado actual das coisas é impossível afirmar que o SIV foi o precursor do HIV-1, e que um dia qualquer se fez a transmissão do macaco homem ... doravante é plausível imaginar um cenário em que após múltiplas mutações
Diário de Notícias	1992-1-15	Limitação	a sida é um problema escaldante que vai continuar depois da minha morte
		Conhecimento	um informação intensiva para estes indivíduos, lembrando que no nosso país «13 por cento dos doentes possuem o vírus HIV-II, a percentagem mais elevada da Europa, e é admissível que venha a aumentar
Semanário	1992-6-6	Limitação	com características de uma epidemia em expansão mundial, esta doença começa a assumir ... proporções «algo assustadoras». Ela deixou de ser uma doença que só afecta determinados grupos de risco ... e assume agora dimensões de um problema de saúde pública
		Conhecimento	esta é uma doença - por enquanto - demasiadamente complexa para que se possa falar de uma cura eficaz. Sobre ela ainda existem muitas dúvidas
		Limitação	- em 1991, A seronegatividade de Michallat confirmou-se ... contudo, negou tal hipótese e definiu este caso como muito raro e inexplicável, de momento - ou o organismo do doente destruí o vírus da sida, ou o vírus se «escondeu» em qualquer lado
Tal & Qual	1992-8-7	Limitação	- a disposição era sombria, reflectindo uma década de frustração, fracasso e tragédia - não há vacina ou cura, nem sequer um tratamento indiscutivelmente eficiente - uma das mais misteriosas doenças que a ciência médica jamais defrontou. Quanto mais os investigadores sabem sobre ela, mais perguntas têm - a teoria de que necessita de um auxiliar, um «co-factor» em calão científico. Mas a procura de co-factores tem sido inconclusiva
Independente	1992-11-20	Integração	por cada infectado a mais que o Estado favoreça, não privilegiando a informação e a prevenção, pagará mais tarde pesadamente. Em tratamentos, internamentos e, claro, na insubstituível administração de AZT
Público	1993-4-28	Conhecimento	como é que o vírus da sida provoca esta morte lenta das células que infecta ... quando o vírus se começa a reproduzir activamente dentro de uma célula infectada, a superfície dessa célula se «cobre de proteínas que irão constituir os invólucros dos vírus em formação

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
			o vírus da sida é capaz de agir à distância, indirectamente, sobre células imunitárias sãs - o que torna as células infectadas pelo HIV duplamente perigosas ... já que por um lado elas espalham a infecção e por outro são capazes de matar outras células imunitárias mesmo sem espalhar a infecção
Público	1993-4-29	Ideia Messiânica	afinal de contas o vírus da sida (HIV) é o mais bem conhecido do mundo. Sobre as suas proteínas, os seus genes, a sua maneira de penetrar nas células alvo do organismo humano, é indubitável que os cientistas sabem imenso.
		Conhecimento	se os linfócitos não são destruídos, o que é que explica o seu desaparecimento ... (na realidade há um contador para cada célula), só que na sida esse contador está avariado. Nos indivíduos saudáveis, explica, o número de linfócitos CD4 é sempre mais ou menos constante, mas na sida tudo indica que o organismo deixa de contar correctamente os CD4
Visão	1992-5-6	Conhecimento	o reinado da monoterapia prolongada chegou ao fim. A solução alternativa passa por terapias que combinem mais do que um medicamento
Público	1993-5-15	Conhecimento	as técnicas de terapia genética (ou geneterapia) consistem em lutar contra as doenças introduzindo dentro das células do organismo humano genes «estrangeiros» que possam Ter um feito benéfico
Diário de Notícias	1993-5-21	Ideia Messiânica	será possível desenvolver dentro de três anos um medicamento que salvará milhares de doentes com Sida
Capital	1993-5-29	Limitação	um tratamento da sida ainda permanece "difícil de imaginar" enquanto a vacina não deverá surgir antes de cinco a dez anos
		Conhecimento	em três anos a epidemia atingiu todas as camadas da sociedade tailandesa, com três quartos das mulheres infectadas a contrair o vírus junto dos maridos e amantes
		Integração	- o vírus da sida mudou profundamente a nossa vida sobre o planeta e a América falhou em não reconhecer este facto e em não mobilizar os seus vastos recursos para combater a doença - encontra-se num momento crucial da prevenção contra a doença, daí a necessidade de informar e proteger a população dos perigos antes que seja demasiado tarde - a maior parte desconhece que é possível contrair o vírus com um amigo ou mesmo o esposo, muitos deles crendo que a sida é uma doença estrangeira da qual os vietnamitas estariam magicamente imunizados
Público	1993-8-2	Conhecimento	- submeteram este vírus às dez passagens pelas culturas celulares e observaram que, também neste caso, não era possível detectar a presença do vírus no fim do processo - e descobriram que o vírus continha de facto uma Quinta mutação ... as mutações que tinham sido introduzidas no vírus de maneira a torná-lo resistente aos três medicamentos não impediam necessariamente a sua proliferação
Público	1993-10-21	Conhecimento	as proteínas HLA são como que a matrícula própria de cada ser humano e funcionam da mesma forma que o uniforme de um exército numa guerra, permitindo distinguir os soldados amigos dos inimigos

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
Diário de Notícias	1993-12-1	Limitação	a sida é uma catástrofe humana com repercussões de natureza individual, familiar e social, ética, económica, jurídica e institucional. A dimensão e a evolução da epidemia são incógnitas em cada dia que passa. Não há terapêutica curativa nem vacina preventiva. A sida veio para ficar
		Integração	- a sida é um desafio global a toda a humanidade e tem que ser encarado como tal - pelo enorme impacte multisectorial da sida, como afecção global planetária e como problema de desenvolvimento, a responsabilidade de responder à expansão da epidemia não pode nem deve fazer parte só da agenda dos ministros da Saúde nem ser equacionada só a nível governamental - entretanto arranca uma nova campanha de sensibilização da CNLS com a seguinte frase-chave: «se não consegue manter-se fiel, ao menos seja fiel à vida. Use preservativo sempre»
		Conhecimento	a sida é hoje em muitos países a primeira causa de morte da população sexualmente activa e com responsabilidades familiares e laborais
Comércio do Porto	1993-12-3	Integração	investir na população juvenil como forma de efectivar uma prevenção mais profunda e precoce
O Dia	1993-12-6	Conhecimento	- esta vacina é elaborada a partir de dois genes do vírus de um rato contaminado pela SIDA, de que foram eliminados os elementos patogénicos - a vacina experimental é suposta reactivar o sistema imunológico inoperante - esta terapia visa reforçar a resposta do sistema imunológico à presença do HIV em pessoas já infectadas pelo vírus da Sida - O sistema imunitário do doente reconhece esta invasão e lança linfócitos CTL em missão de ataque a todas as células que integrem genes de HIV
Público	1993-12-13	Ideia Messiânica	estamos convencidos de que certos indivíduos são capazes de refrear ou mesmo eliminar o vírus do seu organismo
		Limitação	os principais especialistas do combate à sida mostraram-se, contudo, cautelosos acerca das conclusões deste estudo e, ao mesmo tempo, que consideraram as descobertas agora vindas a lume como meras curiosidades, frisam a importância de continuar a acompanhar estes doentes
		Conhecimento	- e imunidade celular utiliza as chamadas células assassinas para destruir outras que o vírus atacou - o facto de os cinco pacientes do estudo apresentarem imunidade celular sugere ... que os esforços para encontrar uma vacina se devam concentrar nesse tipo de imunidade.
Diário de Notícias	1993-12-30	Integração	o comportamento dos toxicodependentes regista alterações em relação à prevenção da sida
		Conhecimento	durante o tratamento 65 por cento dos doentes mantiveram-se a trabalhar ou a estudar e 53.3 por cento não estavam medicados com substâncias psicoactivas
A Capital	1994-8-11	Conhecimento	pretende-se com esse efeito cumulativo conseguir uma menor resistência, maior redução da carga viral e, conseqüentemente, oferecer mais tempo livre da doença e um aumento da sobrevida
Diário dos Açores	1994-11-29	Conhecimento	um gene no seio do vírus HIV faz com que o mesmo emerja do seu estado latente e comece a reproduzir pelo corpo, causando a distribuição do sistema imune

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
			que o gene VPR, fabrica uma proteína que leva à reprodução do vírus, que pode permanecer dormente no corpo durante anos
Diário do Alentejo	1994-12-9	Conhecimento	é quase diria impossível a transmissão em situação de convívio e de prestação de cuidados por familiares. Não há que ter receio. O tratamento em casa depois de curtos períodos de internamento hospitalar, é muito melhor, pelo que induz de afectividade e de calor humano. A segregação não faz sentido.
		Integração	a sida é fundamentalmente uma doença evitável. Os nossos comportamentos podem praticamente anular o risco e a probabilidade de infecção
Toural	1994-12-16	Limitação	numa urgência de um hospital central entra um sinistrado que é observada por uma médica. Um dia depois descobre-se que o indivíduo é seropositivo. Outro médico comunica o resultado à médica que entrou em depressão nervosa. Diz que quem conhece o caso que a senhora tomou Valium durante três meses até ter a certeza de que não tinha contraído a doença.
Diário dos Açores	1994-12-20	Limitação	só a prevenção pode bloquear um pouco o crescimento da doença, porque continua a não haver vacinas nem perspectivas nos tempos mais próximos
Público	1994-12-21	Conhecimento	- Investigadores Americanos afirmam Ter demonstrado pela primeira vez que determinadas células do sistema imunitário humano atacam especificamente o vírus da sida - Quando uma pessoa é infectada pelo vírus da sida (HIV), a infecção provoca sintomas parecidos com os da gripe, associados a altos níveis de vírus no sangue. Mas passadas duas a seis semanas, os sintomas desaparecem, a quantidade de vírus em circulação diminui e o organismo começa a produzir anticorpos neutralizantes contra o HIV.
		Limitação	A obtenção deste tipo de resultados não permite esperar para já avanços decisivos na procura de uma vacina contra a sida, mas é necessária para a compreensão dos mecanismos imunitários em jogo na infecção pelo HIV- compreensão que, hoje em dia os cientistas consideram como um elemento indissociável dessa procura
O Independente	1995-1-6	Limitação	Se em 1990 as mulheres representavam 11,4% dos infectados, no primeiro trimestre de 1994 já atingiam 30% do total dos casos nacionais - sem levar em conta as que estão infectadas e ainda não têm a menor ideia disso. É neste vácuo - nesta parcela de ignorância - que o perigo se instala
		Limitação	O facto das mulheres serem mais vulneráveis não as subtrai do papel de transmissoras. Ainda que em menor escala.
Público	1995-1-12	Conhecimento	é preciso esquecer a ideia de um período de latência durante o qual o vírus permaneceria adormecido na maior parte das células alvo, conseguindo reproduzir-se apenas em reservatórios de células que sobrevivem apesar de estarem infectadas.
		Limitação	O HIV plurífera massivamente e sem tréguas, o sistema imunitário mata-o massivamente e sem tréguas e, no fim o desfecho traduz apenas o esgotamento das defesas do doente, que deixam de conseguir manter sob controlo a proliferação viral
Diário de Notícias	1995-2-7	Conhecimento	Sabe-se que o vírus da sida faz muitas réplicas de si próprio. A rápida modificação do vírus explica a razão porque as formas resistentes podem tão rapidamente tornar-se predominantes no organismo depois da administração de um medicamento

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
			o sistema imunitário poderá necessitar de reforços para combater as infecções pelo HIV.
		Limitação	- O novo quadro de uma infecção pelo HIV, segundo os cientistas, significa que muitas pesquisas anteriores seguiram caminhos errados. - porque motivo acaba o vírus da sida por ganhar, eventualmente, esta batalha? Uma hipótese é que o organismo humano acaba por cansar-se e fica incapaz de continuar esse enorme esforço. - o problema é que o vírus da sida é capaz de conquistar terreno gradualmente matando um número de células um pouco superior ao que é criado ... esta ligeira vantagem acaba por causar uma acentuada diminuição da quantidade de células.
		Ideia Messiânica	- O sistema imunitário tem uma capacidade incrível e notável de acompanhar a situação. - quando o vírus da sida foi descoberto, em 1984, os cientistas pensaram que o problema de explicar a doença era linear.
Diário de Notícias	1995-2-19	Conhecimento	- uma questão fundamental é saber por que motivo uma pequena percentagem de seropositivos consegue manter-se saudável, quando a esmagadora maioria das pessoas acaba por desenvolver a sida uma década após a infecção - se encontrarmos um tipo de resposta imunitária que esteja presente nos «não evolutivos» e ausente nos outros infectados, então, poder-se-á conceber uma vacina para induzir essa resposta.
		Ideia Messiânica	- no princípio dos anos 80, depois de a doença ser identificada, mas antes da descoberta do vírus, era considerada como inevitavelmente fatal num prazo de poucos anos ... Actualmente, sabe-se que cinco a dez por cento dos portadores do HIV vivem dez anos - talvez mesmo vinte anos ou mais - sem desenvolverem sintomas relacionados com a sida - podemos dizer aos nossos pacientes que é possível viverem por muito tempo ainda, porque isso acontece com algumas pessoas
Público	1995-2-24	Conhecimento	- o HIV começa por causar sintomas, logo após a infecção porque o sistema imunitário ainda não está activado contra ele - não o identificou como agressor. Depois, quando o vírus se começa a replicar e a matar células, o sistema imunitário reage. - as respostas que se observam nesta fase por parte do sistema imunitário são muito violentas, mais violentas até que noutras infecções. - o problema é a combinação dessa taxa de mutação com a agressividade para o sistema imunitário
		Limitação	os vírus forçam as células que infectam a fazer cópias de si mesmos. Só que as cópias nunca saem perfeitas.
O Primeiro de Janeiro	1995-2-27	Ideia Messiânica	o maior grupo farmacêutico mundial anunciou Ter pronto o medicamento mais eficaz contra a sida até agora produzido ... Parece ser melhor do que tudo quanto já foi experimentado.
Público	1995-4-6	Conhecimento	a ideia de utilizar combinações de vários inibidores da protease para lutar eficazmente contra o HIV poderá não ser tão eficaz como se esperava.
		Limitação	depois da era das grandes expectativas em relação à sida estamos agora na era das grandes desilusões

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
Em Frente Oeste	1995-4-13	Limitação	representando a diferença entre uma morte rápida e uma vida, prolongada por mais alguns meses, sempre com a secreta esperança de sobrevivência
Público	1995-7-9	Limitação	fica-se perplexo quando se continua a verificar entre nós a quase ausência de acções preventivas significativas e concertadas, alicerçadas em estudos psico-sociológicos rigorosos. Pelo contrário, a estratégia seguida tem sido simultaneamente voluntarista, empírica e subjectivista.
		Limitação	assim, as limitadíssimas apostas efectuadas dirigem-se sobretudo ao apoio aos seropositivos ... enquanto que pouco se faz para prevenir os comportamentos de risco e evitar que a doença prolifere.
O Dia	1995-8-8	Integração	- a certeza de que se é seropositivo constitui um pesado fardo psíquico para qualquer pessoa. As relações com a família, os amigos, ou seja, a aceitação plena de alguém que é seropositivo, são de uma enorme importância. - mas a questão que se põe é a de saber como se comportar num caso destes. As pessoas seropositivas devem usar todos os meios para não transmitir o vírus a pessoas sãs.
Público	1995-11-24	Limitação	- os casos de sida crescem muito mais rapidamente entre os mais jovens do que entre os indivíduos mais velhos. - durante este período inicial havia uma larga população susceptível de risco num leque alargado de idades
Semanário	1995-11-30	Limitação	- passados 14 anos pouco mais existe que medidas preventivas. Os avanços terapêuticos para atrasar o desenvolvimento da doença, os avanços no conhecimento científico e o progresso prático no desenvolvimento de uma vacina são ainda insipientes. O desalento dos investigadores é notório. - hoje sabe-se que o vírus nunca dorme. Ataca decididamente desde o início, multiplicando-se ao ritmo de 30% por dia.
		Ideia Messiânica	os que vivem na trincheira esperam, no entanto, que o dia de amanhã, dia mundial da sida, lhes traga a esperança que os laboratórios perseguem desde há muito: o tiro certo no inimigo
		Integração	- nos dias de hoje, o doente sabe que a sua esperança de vida via mais longe. A administração combinada de medicamentos profiláticos (AZT, DDC e DDI) consegue curar infecções e travar o ritmo da progressão do vírus. - Tenta-se descobrir a cura, a sonhada vacina, mas os progressos têm sido francamente lentos, não só por causa da complexidade do vírus como por razões económicas
Diário de notícias	1995-12-3	Conhecimento	o papel da vacina é fazer com que o sistema imunitário «reconheça» o vírus e o ataque e destrua antes que possa iniciar o processo de replicação
Correio da manhã	1996-1-12	Limitação	não havendo, nem antibiótico nem outro medicamento que possa curar a doença, o que é que resta? Informar as pessoas!
Semanário	1996-1-27	Limitação	no caso da sida, a situação é nova: não existem curas espontâneas. Para mais, não podemos utilizar vacinas atenuadas. O retrovírus pode tornar a recombinar, quer com os oncogenes - os genes que desencadeiam os cancros - quer com as sequências virais endógenas.

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
Jornal de Notícias	1996-1-29	Integração	durante os últimos anos, tem havido uma série de relatórios desesperadores a respeito de crianças que já nascem infectadas com o HIV. No entanto, por razões desconhecidas, a maior parte das crianças (duas em cada três) filhas de mães sero-positivas não estarão infectadas, apesar de todas elas, mesmo as que não têm vírus, apresentarem, ao nascer, os testes de anticorpos contra o HIV.
O Primeiro de Janeiro	1996-2-3	Conhecimento	as autoridades advertiram, contudo, que não há ainda provas concretas de que o novo tratamento possa ajudar os doentes com sida. Os primeiros testes mostraram apenas que o sangue dos doentes podia ser aquecido sem provocar danos cerebrais ou outros.
O Independente	1996-2-9	Ideia Messiânica	«nesta fase de conhecimento da sida, cada vez mais se avança as terapêuticas múltiplas» «uma nova corrente científica, muito forte, defende que juntar vários retrovirais dá melhores resultados que a sua utilização isolada».
O Jornal de Notícias	1996-6-10	Conhecimento	- quanto mais velha a pessoa quando é infectada pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) mais rapidamente desenvolve SIDA e mais cedo morrerá. «estas descobertas sugerem que serão necessários diferentes tipos de tratamento para diferentes grupos etários».
Visão	1996-7-4	Limitação	- apesar de parecer a melhor arma contra a sida, a triterapia é capaz de acarretar inconvenientes. Os químicos podem interagir entre si e causar efeitos colaterais. - se o paciente se esquecer de tomar uma dose das drogas, o VIH pode aproveitar essa vantagem para se transformar numa estirpe que resiste a todos os medicamentos usados. Mas, se a receita for seguida à risca, parece haver uma esperança ao fundo do túnel.
		Ideia Messiânica	- para onde quer que os médicos e pacientes se virem, hoje só ouvem boas notícias. Centenas de doentes desesperados estão a ganhar saúde a olhos vistos. Isto, apesar de um dos mistérios por descobrir sobre a evolução da sida Ter a ver com a fase intermédia entre a infecção e o aparecimento dos primeiros sintomas da doença. - certo é que o novo tratamento permite projecções cada vez mais optimistas. Sobretudo quando estão a começar a isolar compostos naturais que parecem proteger dos efeitos do vírus algumas pessoas que estão infectadas com VIH. Pela primeira vez em muito tempo, já não parece ingenuidade sonhar que um dia haverá um fim para a sida.
Diário do Sul	1996-7-24	Conhecimento	visto pelos especialistas como um excelente marcador de prognóstico, será agora possível, na transmissão do vírus da sida, avaliar melhor, em cada caso, a possibilidade real de a infecção passar da mãe para o filho.
Jornal de Notícias	1996-8-4	Limitação	- o cientista francês, que isolou o vírus que causa a SIDA está convicto que a humanidade vai enfrentar um ataque devastador de doenças mortais, a uma escala maior do que as actuais epidemias. As drásticas mudanças ambientais ocorridas neste século ajudam ao desenvolvimento de novas doenças. «a SIDA e a CJD não são as últimas doenças que vamos encontrar» «provavelmente, no futuro vamos encontrar algumas ainda mais sérias».

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
O Dia	1996-9-7	Integração	• muitos, desconhecendo a sua situação de portadores, tornam-se veículos inconscientes de propagação do vírus a menos que sejam tomadas medidas eficazes de prevenção, como a vacina, pode conduzir a uma escalada na difusão desta infecção.
Jornal de Notícias	1996-12-3	Ideia Messiânica	• «o HIV não cumpre nenhuma condição para que seja considerado o causador directo da sida, milhares de pessoas sãs, apesar de serem HIV positivas, não desenvolvem a SIDA».
Público	1997-4-10	Ideia Messiânica	• os nossos resultados são excitantes e encorajam-nos a pensar que os receptores das quimioquinas constituem bons alvos para o desenvolvimento de medicamentos.
Público	1997-5-8	Limitação	• a menos que se consiga eliminar estas células parece difícil imaginar que um tratamento anti-sida - mesmo que ele seja o melhor do mundo - se revele capaz de acabar de vez com o HIV.
Público	1997-5-9	Limitação	• a Sida associada à tuberculose pode constituir «o Cavalo de Tróia» para que a tuberculose pulmonar se transforme novamente «na antiga peste branca» em Portugal.
Público	1997-6-20	Conhecimento	• sabe-se hoje que o vírus da sida - o HIV - precisa da presença de pelo menos duas moléculas receptoras, à superfície das suas células alvo para conseguir penetrar nelas
Público	1997-8-14	Limitação	• as melhorias alcançadas no tratamento da sida, devido nomeadamente ao uso simultâneo de várias drogas, estão a fazer com que certas pessoas comecem a negligenciar a sua protecção durante as relações sexuais, usando menos preservativos. «O nosso estudo sugere que os recentes avanços no tratamento estão a afectar as decisões no domínio do comportamento sexual» ... porque acreditavam que os novos tratamento os poderiam ajudar caso adoecessem.
Público	1997-8-25	Limitação	• põe em causa os seus pares e responsabiliza-se pela dimensão planetária que atinge a sida, num artigo publicado no ultimo da revista médica
Jornal de notícias	1997-12-26	Conhecimento	• não há mês em que cientistas e laboratórios não anunciem novos desenvolvimentos na pesquisa de medicamentos e meios de combate aos vírus • este «proviral» de HIV esconde-se nas células e torna-se durante anos, invisível ao sistema imunológico, porventura durante a vida de uma pessoa. • infelizmente, o vírus disfarça-se com as características dos seus atacantes, confunde-os e começa um trabalho de sapa que os conduz ao colapso
		Limitação	• isto significa que mesmo que haja capacidade de erradicar todas as formas activas de replicação, ele pode emergir anos mais tarde e reactivar a doença. Será necessária, portanto, uma vacina que persista no organismo indefinidamente e que seja capaz de atacar em caso de reactivação
		Limitação	• a compreensão do processo pelo qual o HIV consegue confundir, perverter e eliminar o sistema imunológico está ainda longe de ser completa
VS (viver Saúde)	1998-2	Integração	• se este conhecimentos forem amplamente divulgados evita-se a «estigmatização» dos infectados e doentes com sida. Qualquer discriminação ou forma de exclusão é irracional e não tem base científica, pelo que deve ser denunciada e combatida.

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
			- a sida não é maldição de Deus nem os VIH foram fabricados para a guerra biológica. O pensamento apocalíptico tem sido muitas vezes, apanágio das causas cegas e desesperadas. No caso da sida tudo foi dito para «castigar» minorias, em nome dos «bons costumes». - bastará à espécie humana mudar comportamentos individuais de risco e situações sociais de risco, para, a prazo, extinguir a sida.
VS (viver Saúde)	1998-2	Conhecimento	« para a sida como para qualquer doença infecciosa , a espécie humana distribui-se por um leque de susceptibilidades e resistências variáveis, que vão da enorme susceptibilidade à resistência total - a sida tem vindo a tornar-se numa doença crónica. Os recentes avanços no conhecimento da dinâmica da infecção pelos VIH, a possibilidade de doseamento da carga viral no sangue e tecidos e a descoberta de novos e importantes medicamentos antivirais modificaram radicalmente o espectro terapêutico da sida nos últimos anos. A terapêutica preventiva das infecções oportunistas e o seu diagnóstico e tratamento alargou em anos a sobrevivência dos doentes - na espécie humana, juntou-se outra via de transmissão - «antinatural», que resulta da introdução parentérica dos VIH por picada (transfusões e toxicodependência, nomeadamente).
		Ideia Messiânica	é de considerar que a cura da sida, ou melhor a eliminação total dos VIH, na infecção precoce estará ao alcance da quimioterapia em data não longínqua
Expresso	1998-2-21	Conhecimento	começa hoje a delinear-se um quadro de explosão de novos vírus, possivelmente, no período imediatamente a seguir à Segunda guerra mundial, uma espécie de Big Bang viral. Um fenómeno que estaria relacionado com as depredações da guerra e com uma intensificação da penetração humana em regiões do globo até então virgens...Sabemos hoje da apetência dos vírus pelo que os cientistas chamam recombinação : a sua volubilidade. Também há que lhe chame instabilidade genética
A Capital	1998-3-9	Integração	diminuição de casos registados, o perfil dos doentes de sida sofreu uma significativa alteração «actualmente, em primeiro lugar estão Os toxicodependentes, seguidos dos heterossexuais, e em terceiro, aparecem os homossexuais» ... os Portugueses estão mais sensibilizados para a prevenção. « mas não tanto quanto seria desejável»
Nova Gente	1998-6-17	Integração	existe, por exemplo a necessidade de melhorar as taxas de resposta ao tratamento inicial num grupo cada vez mais numeroso de doentes. Apenas acontece que o virus em um periudo de «janela» (ou incubação) entre 10 a 12 anos. Só por essa altura começa a dar sinal dos estragos
Diário de Notícias	1998-10-7	Ideia Messiânica	«com este gene passamos a dispor de uma nova linha de pesquisas para o desenvolvimento de medicamentos» ... a descoberta deste gene interruptor poderá permitir novos desenvolvimentos no tratamento de inumeras doenças em que a actividade do sistemna imunitário tem de seu «mexida» para ser acelerada, atrasada ou mesmo «desligada», como é o caso da artrite

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
24 Horas	1998-11-22	Conhecimento	algumas pessoas são mais resistentes ao vírus da sida do que outras. Contactam com a doença e continuam seronegativas - graças a um gene defeituoso, que barra a entrada do vírus na célula. Para infectar alguém, o vírus tem de entrar dentro de uma célula. Se não entrar está no organismo mas é inofensivo.
		Ideia Messiânica	a relativa imunidade depende simplesmente do facto de se Ter nascido com uma falha genética
Diário de Notícias	1998-12-28	Limitação	o vírus para a comandar um processo natural de circulação das células imunitárias, estabelecendo uma armadilha mortal para os CD4 que atingem os nodos linfáticos. Ora, estas células estão na primeira linha das defesas do organismo
		Ideia Messiânica	prevendo que se alcançar êxito, poderão ser criadas terapias apropriadas para combater a doença de forma inteiramente diferente
Jornal da Pateira	1999-2-3	Ideia Messiânica	Descoberta « abrirá rapidamente o caminho a uma vacina » contra o vírus.
		Conhecimento	« É muito provável que o hospede nos dê a chave para o controlo do agente, pois as causas só podem ser combatidas na sua origem »
		Limitação	« O risco de uma nova e descontrolada epidemia continua vigente, bem como a ameaça de outras novas ».
Diário de Notícias	1999-10-4	Ideia Messiânica	Uma equipa descobriu um ponto fraco no vírus da sida, que poderá levar ao desenvolvimento de uma nova geração de medicamentos capaz de incapacitar as diversas estirpes do HIV
		Conhecimento	Esta proteína desempenha um papel - chave na fusão do vírus com as células do organismo.
TV 7 Dias	1999-3-5	Ideia Messiânica	Da mesma forma que, diz a tradição, Isaac Newton desenvolveu a lei da gravidade ao ver uma maçã a cair, também a cura da SIDA poderá surgir de um verdadeiro golpe de sorte.
Público	1999-4-27	Conhecimento	O « adormecimento » do vírus é, aliás, uma das estratégias do HIV para resistir às triterapias, combinações de dois tipos de medicamentos.
		Ideia Messiânica	« O estudo sugere que os doentes seropositivos podem viver vidas longas e saudáveis sem quaisquer sintomas, desde que sejam rigorosos a tomar os medicamentos».
Jornal de Notícias	1999-9-26	Limitação	- É possível que, no séc. XXI, tenhamos de nos confrontar com outras doenças emergentes ou re-emergentes - Obstáculos para o desenvolvimento de vacinas, por um lado está a grande variabilidade do vírus e, por outro a falta de modelos animais adequados. « Se fracassamos no controlo desta epidemia, outras epidemias secundárias poderão aparecer e ninguém prever qual será o grau de catástrofe que poderá esperar as gerações futuras.
O Dia	1999-10-25	Limitação	A resistência do vírus aos antiretrovirais e toxicidade são dois fenómenos limitativos da expectativa criada quanto à eficácia destes fármacos.
		Integração	- Todavia, esta resistência está, mais vezes, directamente relacionada com a fraca aderência dos doentes à terapêutica prolongada. « Hoje em dia, nós não conseguimos erradicar o vírus mas podemos suprimi-lo, de modo que o indivíduo fica clinicamente bem, transformando-se a infecção numa doença crónica, controlável com a medicação»

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
Correio da Manhã	1999-11-24	Limitação	• O vírus da sida continua a propagar-se no Mundo a uma taxa crescente, apesar dos novos e poderosos fármacos existentes e dos múltiplos programas de informação.
Expresso	1999-12-11	Conhecimento	• No próximo mês os investigadores irão tentar demonstrar que o aparecimento do HIV I precede de várias décadas a vacina contra a pólio
		Limitação	• Mas as análises podem ser inconclusivas. E a discussão continuará - contra um sombrio pano de fundo. Só este ano a sida matou 2,6 milhões de pessoas. A tentativa de determinar a origem do HIV prossegue. Mas também o horror.
Semanário	1999-12-30	Conhecimento	• Um novo teste ao sangue capaz de modificar « o timing » de tratamento para o vírus da sida e, assim, de salvar assim milhões de vidas. • Os investigadores alertaram todos os especialistas para a necessidade de compreender bem o funcionamento do vírus, visto este ser o melhor trunfo para a descoberta de uma vacina.
Público	1999-12-29	Conhecimento	• A nova técnica de identificação do vírus pode ajudar ao desenvolvimento de medicamentos mais eficazes. • O grande desafio é agora compreender a natureza dos reservatórios onde o vírus continua a crescer e multiplicar-se.

ANEXO 3

Discurso psicológico: Categorização dos artigos analisados.

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
Expresso	1992-4-9	Punição	- Sida, desgaste profundo do socialismo ... encarnado, no discurso da extrema-direita, por um único responsável: os imigrantes do terceiro mundo. - O bode expiatório está designado, e a ideologia da salvação. - O discurso nacionalista, de tipo paranóico ... a França está ameaçada de morte, enquanto nação, por um ideal internacionalista europeu, que abre as nossas fronteiras aos imigrantes, que trazem a sida, que vai infectar os nossos compatriotas.
		Fragilidade Narcísica	A sida age como um factor de fragilização fundamental dos indivíduos e do corpo social.
		Ansiedade Confusional	A sida provoca uma insegurança tanto mais insidiosa quanto se não confessa.
Diário de Notícias	1992-6-6	Fragilidade Narcísica	A sida continua a provocar pelo mundo ondas de amargura, tristeza, desespero.
Sábado	1992-8-7	Ansiedade Confusional	Num clima de descalabro económico as pessoas acham que nada têm a perder e escassas razões para viver.
Público	1993-5-1	Prova da Realidade	na primeira fase é verificada desconfiança, irritabilidade, culpabilização dos outros, gastos abusivos de dinheiro ou utilização de drogas. Na fase de sida, o doente passa a procurar soluções espirituais e reformulações de estilos de vida. É a fase da resignação.
Correio da Manhã	1993-5-1	Ansiedade Confusional	- As dúvidas, os receios e as inquietações de quem recebe a notícia de que está infectado pelo VIH desvanecem passados uns meses, havendo mesmo estudos norte-americanos que demonstram não ser a morbilidade psiquiátrica de seropositivos superior à da população psiquiátrica em geral. - Quando a sida se declara ... 80% dos doentes sofre perturbações psicopatológicas que exigem mesmo a intervenção psiquiátrica.
Correio da Manhã	1993-7-20	Prova da Realidade	- No caso dos indivíduos que já desenvolveram a doença assiste-se a uma procura de soluções espirituais ou naturistas e a uma reformulação da vida com optimismo. - O conhecimento da sida não se correlaciona a longo termos com a redução do risco. Os comportamentos nocivos para a saúde podem ser muito difíceis de modificar
Visão	1993-6-24	Prova da Realidade	A distribuição indiscriminada de preservativos só tem um, objectivo para a OMS: responder a um problema de sexo anárquico.
Diário de Notícias	1993-9-3	Ansiedade Confusional	Há reacções diversas, uns ficam angustiados, outros revoltam-se, há aqueles que não acreditam e existem ainda os que ficam indiferentes. Esta fase do diagnóstico da doença 'we sempre difícil, e os médicos chegam a Ter medo de enfrentar reacções catastróficas.
Diário de Notícias	1993-11-24	Trauma	- A peste deste nosso tempo produz um efeito semelhante: abre imensos espaços de medo, solidão, egoísmo. - Mas a peste, a sida, existe, é um perigo, uma ameaça, uma terrível possibilidade. E as razias que fez estão à vista.

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
Expresso	1993-11-27	Prova da Realidade	• Acredito que, um dia, a seropositividade poderá ser controlada como a diabetes. • Hoje apreciamos com maior intensidade as coisas boas, estamos mais atentos.
		Trauma	• Acho que ao princípio era uma espécie de setença de morte, mas depois passado um mês, dois, um ano, quatro, e a vida continua. Passamos a fazer projectos a médio prazo, esquecemos que existe uma coisa que é o longo prazo. • Antes de discutir os seus direitos, a maior parte dos doentes, quer saber quando vai começar a morrer.
		Punição	• Nos primeiros tempos, quando nos cortávamos, era terrível pensar que o nosso sangue estava doente, capaz de contaminar alguém. • Quando se é despedido do emprego por causa da sida, o primeiro sentimento é de depressão. É como se estivéssemos encurralados. É-se dominado pela auto-rejeição e só se pensa que não há mais nada a fazer.
		Fragilidade Narcísica	• A luta pela sobrevivência não é apenas vencer a doença.
Público	1993-11-28	Punição	• O sentimento de culpa não é só voltado para si próprio, mas refere-se também aos que o rodeiam. • A agressão social de estigmatização e reprovação acaba por ser interiorizada, gerando o sentimento de culpa e o isolamento.
A Capital	1993-11-30	Prova da Realidade	• Esconder a cabeça na areia já não serve de nada ... temos é que arranjar uma forma de vivermos juntos sem condenar os seropositivos.
Semanário	1994-1-15	Prova da Realidade	• A informação já chegou ao destino, mas as asneiras repetem-se e o perigo de contágio da doença mantém-se
Público	1994-1-28	Prova da Realidade	• As campanhas de prevenção só terão êxito se houver honestidade, consciência, respeito pelo outro e solidariedade
O Primeiro de Janeiro	1994-1-31	Prova da Realidade	• Mudança de atitudes face à sida, passa pela partilha de responsabilidades
Comércio do Porto	1994-2-2	Prova da Realidade	• "não é preciso mudar os hábitos sociais, mas sim alguns comportamentos, designadamente na esfera sexual"
Correio da Manhã	1994-3-13	Ansiedade Confusional	• na base do estigma a que são sujeitos doentes e seropositivos estão o medo de contágio e, apesar de tudo, as falhas de informação
Vida	1994-5-20	Trauma	• é preciso acabar com o romantismo do "anjo da sida". A sida é uma doença horrível que traz a morte e que não é mais romântica que um cancro nos intestinos. ... denunciar todo o romantismo mórbido
		Prova da Realidade	• Numa relação amorosa deve-se sempre dizer toda a verdade? Quando se trata de sida, certamente. É uma situação muito delicada. Se traz a morte a alguém é melhor dizer-lho
		Punição	• Os que contaminam voluntariamente são assassinos
Diário de Notícias	1994-11-30	Ansiedade Confusional	• Hoje em dia toda a gente tem medo. Não de ser contagiado pelo contacto com as roupas do vizinho de viagem, mas de ter uma ligação qualquer, mesmo fortuita, com ele. Dantes podíamos dirigir-nos a ele com qualquer ar de agressividade, agora a desconfiança voltou em força.
Jornal de Notícias	1994-12-1	Fragilidade Narcísica	• Não há problemas, eu confio, ela não anda com qualquer um
Público	1994-	Fragilidade	• "se eu dizer no início (que sou seropositivo) torno-me um

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
	12-17	Narcísica	eremita. E isso eu não quero. Sou jovem
Jornal de Almada	1994-12-30	Prova da Realidade	2- evitar as relações sexuais fácieis e irresponsáveis.; 3- fazer escolhas baseadas no amor e não no medo. O verdadeiro amor está atento ao outro, respeita-o, preocupa-se pela sua saúde e não permite que o outro corra riscos ... 5- ver a sida como uma doença e não como um castigo
A capital	1995-1-18	Prova da Realidade	- os jovens portugueses revelam um comportamento sexual de risco, evidenciado por múltiplos parceiros e falsas fidelidades - o uso do preservativo ainda não faz parte da normalidade, resistindo às sucessivas campanhas de informação e prevenção da sida
Diário das Beiras	1995-4-8	Fragilidade Narcísica	a minha primeira reacção até foi ficar contente, porque me lembrei que o Rock Hudson também tinha a mesma doença e eu achei que era famosa. Depois lembrei-me que o António Variações tinha morrido com sida. Foi quando associei a doença à morte e tive a noção que morreria
		Trauma	é um bicho muito mau. Prefiro não pensar na imagem que me transmite
		Punição	é a degradação total da pessoa. Transforma-nos em zombies. Em nada
O Comércio do Porto	1995-4-8	Prova da Realidade	mesmo na fase terminal os doentes precisam, extraordinariamente, da nossa presença e apoio, de acompanhamento terapêutico e, sobretudo, humano
Correio do Vouga	1995-5-17	Trauma	sei que não tenho muito tempo de vida, mas quero utilizá-lo alertando a todos para a luta contra este monstro que não conhece idades
		Fragilidade Narcísica	a sida ataca a base da sociedade: a família
A capital	1995-11-8	Fragilidade Narcísica	- o doente começa a olhar o mundo de outro modo e dentro de si começam a nascer os sentimentos de medo, insegurança, angústia e da morte - a discriminação existe e muitas vezes começa na própria família. Para já não falar na ruptura das relações com amigos e no trabalho, um dos seus receios
		Ansiedade Confusional	numa primeira fase alguns começam a alimentar o sentimento de denegação – a tomada de consciência de que se está infectado pelo vírus da sida – mas no fundo possuem o conhecimento real da doença
O Comércio do Porto	1996-1-17	Fragilidade Narcísica	a depressão transformou-se em obsessão sobre a contaminação com o vírus VIH quando a ferida infectou.
		Fragilidade Narcísica	“Tenho quase a certeza de que não vou morrer. Sei que a cura está por um fio, mas, se não for para já, a sida transformar-se-á em breve numa espécie de doença crónica, controlada por medicamentos.”
Visão	1996-4-7	Trauma	“O médico que me assistiu disse de uma forma seca e directa que iria internar-me no serviço de infecto-contagiosas... Entrei em pânico.(...) Era como se me tivessem dito: Tu vais morrer.” “imaginei o fim do mundo” - Quando um seropositivo se confronta com a morte antes da altura própria, deixa para trás as etapas a conquistar em vida
		Fragilidade Narcísica	Sobre viver muito tempo com o vírus pode criar sérias angústias no seropositivo.

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
Diário do Minho	1996-12-7	Fragilidade Narcísica	A batalha contra a sida, (...) ao nível da profilaxia, tem sido infrutífera.
		Ansiedade Confusional	esta doença tem sido demasiado subestimada pelo cidadão comum, pela dificuldade em entender que um acto de amor se possa transformar num pesadelo insuportável, num drama pessoal e familiar, numa antevisão precoce da morte e, enfim, numa autêntica tragédia.
Cosmopolitan	1996-9	Ansiedade Confusional	- Pode-se achar estranho que uma doença se propague por um acto de partilha. Pode-se pensar que é ironia que os braços do amor se confundam com um braço mortal. - Fazer um teste de despistagem do HIV, por muito tranquilo que se esteja, mexe com medos como em todas as ocasiões em que se coloca a hipótese de se ter contraído alguma doença. - Pior ainda. Imaginar que se pode ser o agente causador de mal a quem se quer todo o bem.
O Correio	1996-11-29	Fragilidade Narcísica	"nunca me convenci verdadeiramente que estou doente. Não estou doente. Sou portador. Não sinto nada. A não ser o medo. De manhã, quando acordo, tenho por vezes uma sensação de que é tudo um pesadelo."
		Trauma	"Quando soube que era seropositivo, foi como se estivesse a ser condenado à morte. Pensei em tudo que tinha feito e porque estava a ser castigado. Porquê eu?"
Correio da Manhã	1996-12-17	Ansiedade Confusional	Os jovens, sendo uma população "mais protegida, por ainda terem os pais e a família - e como à partida as pessoas com que se dão estão na mesma situação - sentem-se mais seguros". O pior é que a sensação de segurança não passa disso mesmo, uma sensação.
Público	1996-12-29	Punição	os preconceitos, as rejeições e as meias palavras da família ouvidas de vez em quando através do telefone - primeiros sintomas, estes extremos, do vírus do medo que ataca antes de qualquer outra doença.
		Fragilidade Narcísica	ela conseguiu com que o companheiro deixasse a droga, pelo menos até saber da Sida, que conduziu de novo o companheiro para a droga.
Correio da Manhã	1997-1-7	Ansiedade Confusional	todos têm a boca de cheia quando falam de SIDA, mas quando se trata de lidar com o problema real, todos fogem.
		Fragilidade Narcísica	Todos me voltaram as costas quando eu necessitava de uma, uma só mão amiga.
Público	1997-2-13	Punição	15 anos de prisão. Sob que acusação? Tentativa de múltiplo assassinato através de contágio deliberado por via do HIV.
		Prova da Realidade	Mas encarar um seropositivo como um potencial perigo para a sociedade e expor a sua doença na praça pública é um caminho tortuoso que não leva a bom termo.
Diário de Notícias	1997-2-15	Trauma	Quando a morte chegar, espero que não seja tão dolorosa como algumas que presenciei. Também, a bem da verdade, assisti a outras bem tranquilas. Uma vez, falava com um doente e ele deixou de me responder. Só minutos mais tarde percebi que estava morto.
Jornal da Costa do Sul	1997-3-31	Punição	Começam assim os problemas de alguém que descobre que contraiu uma doença, para a qual a cura não existe, mas que a sociedade já rotulou de uma forma que muitas vezes a vergonha e o medo acabam mesmo por ser os primeiros sintomas.

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
Jornal de Notícias	1997-5-10	Fragilidade Narcísica	- A migração de doentes com SIDA de cidades da província para os grandes centros, procurando o "anonimato" e um melhor suporte assistência, veio somar-se ao número crescente de casos de SIDA nas grandes cidades. - As minhas perspectivas sobre a evolução da SIDA em Portugal é pessimista. É de prever o agravamento anual do número da casos da SIDA. - Muitos doentes acabam por viver na rua ou em condições vivenciais degradantes dado que não se desenvolveu apoio adequado a devido tempo.
		Prova da Realidade	Quando se trata de prevenir a doença e adiar a morte é melhor encarar a realidade e não adiar soluções.
Público	1997-5-11	Ansiedade Confusional	"Os portugueses são avessos a considerar que os perigos os podem atingir, pensam que só acontece aos outros e não adoptam os comportamentos necessários para se defenderem a si próprios e aos outros."
Correio da Manhã	1997-7-7	Ansiedade Confusional	A generalidade da população continua a ter um comportamento de risco, sem tomar outra atitude mais segura, apesar de haver um maior conhecimento sobre a transmissão do vírus da sida.
		Prova da Realidade	Fausto Amaro indica várias razões para o facto de o maior conhecimento sobre os riscos não ter provocado uma alteração significativa dos comportamentos dos portugueses: (...) "o comportamento sexual não obedece a um planeamento racional que conduza sempre o indivíduo a práticas de Sexo segura e, (...) o indivíduo sente, a maior parte das vezes, uma falsa segurança que o leva a descuidar as práticas adequadas."
Correio dos Açores	1997-11-30	Ansiedade Confusional	a maior parte das pessoas em contacto com um portador da doença negam ajuda e apoio exactamente pelo medo que têm de ser contaminadas e, por via disso, virem a morrer.
		Prova da Realidade	É mais fácil lidarmos com a dor quando podemos compreendê-la. Se isto não acontece, deixamos portas abertas para fantasmas que antecipam a morte ou nos banham de culpas que não nos dizem respeito.
DN Madeira	1997-12-5	Ansiedade Confusional	o problema dos adolescentes sobre a momentosa questão da SIDA não reside na falta de informação. Antes, nos comportamentos de risco. É que (...) os jovens colocam-se conscientemente em situações de risco. "Daí que tenhamos de fazer uma educação de comportamentos e atitudes."
Correio da Manhã	1998-2-16	Ansiedade Confusional	Em consequência da fuga à terapia, as pessoas infectadas incorrem na redução da qualidade e do tempo que lhes resta de vida.
		Fragilidade Narcísica	A este constrangimento social, há que somar "a tensão gerada pela própria doença, o desconforto dos efeitos acessórios dos medicamentos e, por vezes, a descrença em melhorias"
Adolescentes	1998-2	Fragilidade Narcísica	- através dos informadores-chave da comunidade educativa conhecer melhor, os fantasmas, as angústias, expondo as fragilidades de cada "eu". - A descoberta da seropositividade é sempre um espaço de choque, de desespero, de angústia, de fantasmas, de culpas... a ideia é indissociável de tudo o resto, fica-se já à espera do primeiro sintoma da doença.

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
		Ansiedade Confusional	• “Para mim seria um desafio, eu sei tudo sobre sida, mas tenho imensos fantasmas, é algo superior a mim, é um medo irracional... se soubesse que tinha um aluno afectado ou infectado seria um esforço muito sobre-humano para mim agir racionalmente” confessa um dos professores.
		Prova da Realidade	• Normalmente quem lida com a seropositividade torna-se uma pessoa muito cuidadosa e responsável.
Vida Ribatejana	1998-6-5	Fragilidade Narcísica	• A minha vida mudou muito. Tinha traçado um projecto de vida. Agora, muita coisa mudou.
		Prova da Realidade	• Presentemente, diz sentir-se “com outro ânimo. Sinto-me com mais vontade para realizar tudo aquilo que ambicionei, ganhei mais vontade para lutar pelas coisas.”
Nova Gente	1998-6-17	Prova da Realidade	• o facto de estarem contaminados é uma prova de fogo que, infelizmente, por ora, ainda não conseguem ultrapassar... apesar de todos os avanços na luta contra a doença. • e mesmo tendo consciência de que, para eles, a morte será bastante prematura, muitos dos seropositivos não cruzam nem baixam os braços, recusando-se a “entregar os pontos” porque na verdade, enquanto há vida, há esperança.
		Trauma	• É uma guerra sem tréguas, e “às cegas”, da qual se ignora se os resultados finais são de derrota ou de vitória.
Medicina e Saúde	1998-7	Fragilidade Narcísica	• embora afecte camadas muito jovens da população, o desinteresse e a abstinência sexual assumem-se muitas vezes como padrões de comportamento.
		Punição	• Os sentimento de vergonha, a culpa pelo passado sexual e o medo de rejeição podem levar a que o seropositivo tenha de escolher, ele próprio, em Ter vida sexual ou não.
24 Horas	1998-8-11	Ansiedade Confusional	• “Inicialmente, quando me lembrava que tinha HIV só pensava em dar mais um chuto, mais fartei-me da vida que levava há três anos e deixei as drogas.”
		Fragilidade Narcísica	• “cada seropositivo tem de encontrar o seu caminho, há pessoas que se matam psicologicamente porque só conseguem pensar que estão doentes.”
Diário de Notícias	1998-11-25	Prova da Realidade	• a comissão pretende levar a cabo iniciativas dirigidas aos jovens, para os envolver cada vez mais nas campanhas de prevenção e de desmistificar o tabu existente em torno do preservativo.
Diário de Notícias	1999-1-11	Punição	• a mudança ficou a dever-se ao facto de lá a sida ser um tema tabu, do qual se fala pouco. Assustam-se só com a palavra sida, chamam-lhe a doença, o problema.
		Prova da Realidade	• Esta associação tem como objectivo ensinar as pessoas a viver com o HIV e defender os seus direitos.
		Trauma	• As pessoas têm receio. Tentamos criar uma amizade e dar confiança. A sociedade deu esta imagem de morte e as pessoas alimentam a doença e ajudam o vírus a matá-las.
Correio da Manhã	1999-2-9	Fragilidade Narcísica	• Os doentes garantem que todos eles, em inúmeras circunstâncias, foram alvo de discriminação. Alguns dos casos anunciados referem-se ao facto de, mediante o conhecimento pela entidade patronal da doença isso resultar, quase sempre, na cessação do contrato.

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
Jornal de Coimbra	1999-4-21	Prova da Realidade	- a carga social contra a sida tem que aligeirar. Porque ser-se seropositivo não é necessariamente ter sida. - São já muito animadores os resultados obtidos no controlo da progressão conseguimos melhorar a qualidade de vida desses doentes. - se nós conseguimos diminuir a carga social negativa sobre a doença, isso desanuvia muito a pressão sobre estes doentes.
		Trauma	a pressão fatal que havia sobre a sida está um pouco afastada porque, aumentando a esperança de vida dos doentes, eles podem vir a morrer de outra causa.
Notícias de Vouzela	1999-4-23	Punição	- As campanhas enfermam de um permissivo hedonismo tal, que das duas uma: ou nos tomam a todos por maníacos do sexo ou querem que o sejamos. - Não queremos julgar, nem culpabilizar ninguém. Os homossexuais merecem ser tratados com compreensão e encorajados, se possível, a superar essa tendência.
Caras	1999-7	Punição	Percebe-se que quem correu algum risco sexual não seja com facilidade que assuma e o exponha, num gesto protector do outro, mas significativo de um deslize interpretado quase sempre como traiçoeiro.
		Trauma	Não é aceitável que, para evitar uma discussão, se faça alguém, ainda por cima de quem se gosta, correr risco de vida.
Tribuna Pacense	1999-9-10	Prova da Realidade	Mobilizarmo-nos é saber que não existe outra resposta que não seja colectiva. É lutar contra a doença antes de a contrair. É aprender a estar vigilante e recusar, sempre, a discriminação.
Visão	1999-11-25	Fragilidade Narcísica	- É uma estupidez estar deprimido. Todos os que conheci com falta de vontade de lutar já morreram, e não vejo sentido nisso. - Tive que deixar a pensão onde vivia porque me disseram que não queriam ali doentes com sida. O que mais falta às vezes é apoio e estima. Falta até na minha família.
		Ansiedade Confusional	Dizer ou não dizer que sou seropositivo é um grande dilema. Quando conheço alguém preparo-me para a reacção. Depois digo e observo.
Comércio do Porto	1999-12-1	Prova da Realidade	- Outras situações avaliadas pelos hospitais abrangem contactos sexuais de risco, na sequência de violações ou de relações sexuais desprotegidas com um parceiro que só posteriormente se soube ser seropositivo. - Esta é uma das razões para evitar a divulgação em massa da PPE, já que "poderia afectar os objectivos das campanhas de prevenção"
		Fragilidade Narcísica	Não podemos estender esta terapia a toda a gente, porque pode fazer cair a grande base de prevenção desejada"
		Ansiedade Confusional	Os médicos preferem não criar uma sensação de falsa segurança, evitando um "desvario" que possa desmotivar os comportamentos preventivos.
Público	1999-12-1	Fragilidade Narcísica	O percurso de um seropositivo é variável, tendo em comum as preocupações com a privacidade, a começar pelos sus dados clínicos.
		Prova da Realidade	é aconselhável quando é possível identificar um comportamento de risco, fazer o teste três meses depois, o que dá tempo para criar anticorpos do vírus a detectar pelo teste.
Semanário	1999-12-23	Ansiedade Confusional	Esta tragédia intolerável é também uma catástrofe para a economia dos países afectados.

ARTIGO		CATEGORIA	TEXTO
Jornal Revista	Data		
		Fragilidade Narcísica	• Torna as sociedades pobres ainda mais pobres e, por conseguinte, mais vulneráveis à infecção.
		Prova da Realidade	• As nossas prioridades devem ser: quebrar a conspiração de silêncio, responder às necessidades dos doentes e suas famílias, colocar à disposição dos africanos tratamentos eficazes a preços acessíveis, intensificar a investigação para poder impedir a propagação da doença. • Os governos africanos devem convencer os seus cidadãos de que enfrentar a doença é uma prova de coragem, não um motivo de vergonha.