

# SIDA: Prevenção Impossível

MANUEL MATOS (\*)

## INTRODUÇÃO

A SIDA é actualmente o maior problema de saúde pública no nosso país. Jorge Torgal (1992) considera que a SIDA conduz a uma mortalidade que ultrapassará em breve a dos acidentes.

Machado Caetano não se cansa de chamar a atenção para as enormes consequências humanas, sociais e económicas que advêm do facto de sermos um país que continua a subestimar a epidemia da SIDA.

Não há pessimismo algum quando intitulamos este trabalho de «SIDA: prevenção impossível».

Sabemos que a SIDA é uma doença mortal, para a qual não existe cura nem vacina. Sabemos que a prevenção depende da nossa mudança de atitudes e comportamentos. Contudo, não os alteramos de modo a que a prevenção se concretize.

Algumas investigações demonstram mesmo que as campanhas de informação, no que diz respeito à transmissão do VIH por via sexual, *têm menos impacto nos grupos de maior risco do que na população em geral.*

Sendo, conforme refere o G.T.S., 1990, a informação, a educação e o aconselhamento, as armas mais importantes na luta contra a progressão da infecção, o que é que se passa a nível psíquico para que um indivíduo em vez de adoptar medidas preventivas tome tomar atitudes de risco

para consigo próprio e com os outros? É caso para perguntarmos se a primeira demonstração da falência da imunidade não reside justamente no facto de um indivíduo desprezar os meios de prevenção.

## I

J. F. Lopes de Almeida (1987), procurou avaliar o nível de conhecimentos sobre a SIDA num grupo de adolescentes de 15-19 anos no concelho de Cantanhede, para saber em que medida esses conhecimentos influenciavam as atitudes preventivas. Concluiu que, embora esses adolescentes tenham um bom conhecimento sobre a SIDA e se mostrem preocupados com a doença, esse facto *não os leva a adoptar precauções especiais.*

L. Temoshok, O. Sweet e J. Zich (1987) fizeram uma pesquisa, através de um questionário, acerca dos conhecimentos, crenças e atitudes sobre a SIDA em três cidades inter-continentais: Nova Iorque, São Francisco e Londres, numa amostra de 399 pessoas da população em geral. Concluíram, pelos resultados obtidos, que o medo geral da SIDA e as atitudes anti-homossexuais se revelam como barreiras à aquisição de conhecimentos sobre a doença. Quanto à informação, mesmo que aperfeiçoada, não se revela suficiente para a prevenção, na medida em que existem medos irracionais e preconceitos acerca da doença.

L. Sheer (1987) fez, no Reino Unido, um es-

---

(\*) Professor Auxiliar, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

tudo longitudinal com grupos de alto e de baixo risco, com base numa campanha de educação promovida pelo Departamento Britânico de Saúde e Segurança Social, avaliando os conhecimentos antes e depois da campanha. Concluiu que a campanha não teve o impacto necessário. Os sujeitos de menor risco mostram-se mais preocupados e mais empenhados na prevenção... os sujeitos de alto risco querem informações mais generalizadas e teóricas, procurando conhecimentos que não passem por eles próprios, fugindo à relação médico-doente.

J. G. Joseph, S. B. Montgomery e C. A. Emmons (1987) fizeram também um estudo longitudinal, num grupo de homens homossexuais do Reino Unido, em que as variáveis principais são a percepção do risco e a necessidade de mudanças de comportamento. Concluíram que, apesar da percepção do risco, nem sempre se verifica que os sujeitos de maior risco tomem medidas adequadas à prevenção e, segundo os mesmos autores, alguns desses indivíduos, apesar de saberem pertencer a grupos de alto risco, *são ainda menos cuidadosos*.

C. Bridgers e colaboradores (1990), após um estudo feito nos Estados Unidos sobre conhecimentos acerca da SIDA num grupo de mulheres jovens estudantes, afirmam que essas jovens vêem a SIDA como um problema grave mas subestimam o risco de se verem elas próprias como portadoras do vírus VIH.

H. Petosa e J. Wessinger (1990) fizeram um estudo na Carolina do Sul sobre conhecimentos acerca da SIDA num grupo de adolescentes. Concluíram que os conhecimentos eram insuficientes ou errados e que o que predominava eram elevados níveis de medo.

C. Koopman e colaboradores (1990) da Universidade de Columbia (Nova Iorque) constituíram um amostra de adolescentes de alto risco: 43 rapazes e 43 raparigas com fugas à escola e 36 homossexuais homens. Avaliaram conhecimentos e atitudes preventivas e concluíram que o medo na juventude de alto risco se sobrepuja ao conhecimento, comprometia a prevenção e gerava concepções erradas.

J. A. Johnson (1990) fez um trabalho de supervisão em estudantes dos primeiros anos de Medicina e concluiu que as crenças e concepções erradas sobre a doença nos próprios técnicos de

saúde desencadeiam atitudes contrárias à prevenção nos doentes que os consultam.

K. Henry e col. (1990) passaram um questionário anónimo a 2350 pessoas, funcionários hospitalares do Minesota, entre elas 270 médicos. Verificaram que uma coisa é a atitude teórica em relação à doença e outra em relação às pessoas, parecendo determinante a homofobia.

Com barreiras técnicas semelhantes se depara um Comité de Investigações de Especialistas Australianos (1990) num inquérito dirigido a 655 médicos ao qual responderam 486, e onde se verifica que 24% desses médicos não queria manter relações terapêuticas com os doentes com SIDA.

No Reino Unido, um estudo feito por B. R. Matthews e col. (1990), entre jovens vagabundos de 15-19 anos, não informados, e um grupo controlo com sujeitos informados, revela que não existem diferenças significativas nas atitudes e nos comportamentos relativos à prevenção.

Num outro estudo, feito entre 90 toxicodependentes inscritos no Instituto Clínico de Investigação da Droga em Toronto, M. Millson (1990), acerca do comportamento sexual e da partilha de seringas, mostra que 74% dos inquiridos partilhavam seringas entre eles, apesar de 87% desses sujeitos saberem que a partilha de seringas era um factor de risco na infecção pelo vírus da SIDA. Acrescentemos que 88% dispunha-se a fazer o teste para o VIH e 13% previa a possibilidade de se suicidar ou de recomeçar o consumo de drogas intensamente se o teste fosse positivo, 19% não saberia o que fazer.

Poderíamos continuar a apoiar-nos em muitas outras investigações feitas. Mas este rol pode terminar aqui com os resultados obtidos por S. D. Cochran e col. (1990): estes autores quiseram saber em que medida a consciência de homens jovens adultos solteiros e sexualmente activos de poderem contrair doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a SIDA, os levaria a tomar medidas preventivas. Apesar de terem mostrado preocupações e de usarem mais preservativos depois de uma situação teste/reteste com um intervalo de um ano; verificaram que 44% desses sujeitos não tinha alterado em nada o seu comportamento sexual com vista à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Em suma: a prevenção da SIDA faz mais sentido aos que correm menor risco de a con-

trairem; inversamente, quanto maior é o risco, menor é a preocupação com as medidas preventivas.

## II

Tentemos agora demonstrar a que ponto a prevenção da SIDA pode estar ou está dificultada ou comprometida.

Em nosso entender, existem duas ordens de factores que se entrecruzam e que vamos analisar separadamente.

Uma primeira ordem de factores prende-se com a imagem que se tem da SIDA em termos de *representação mental da doença e do seu portador*. Há, em cada um de nós, crenças próprias e concepções erradas, medos irracionais que às vezes se sobrepõem à objectividade científica. Assim:

- Vemos os outros como mais susceptíveis de serem contaminados do que nós próprios;
- O medo excessivo está associado a atitudes negativas e de segregação em relação aos doentes afectados pelo vírus;
- Existem barreiras técnicas que se alinham por conteúdos psíquicos inconscientes em que a realidade psíquica (interior) se sobrepõe à realidade da doença, inconsciente esse que é bastante mais ditado pela lógica das emoções do que pela lógica do pensamento;
- O medo da incurabilidade da doença, a certeza da morte anunciada, da rejeição imediata do círculo relacional do portador, inclusive pela própria família, pode conduzir qualquer um de nós a utilizar o mecanismo da negação da realidade e a optar pelo não saber;
- Se é certo que existe um limiar do medo sem o qual não há mobilização preventiva, não é menos verdade que quando esse limiar de medo é ultrapassado, compromete-se também a prevenção.

A segunda ordem de factores prende-se com aquilo que se pensa ser o *público da SIDA*: tendo sido detectada inicialmente em homossexuais, toxicodependentes e marginais, tem conotações psicológicas subjectivas e apriorísticas indissociáveis de representação mental que se tem da homossexualidade, da toxicodependência e da

marginalidade, confundindo-se a doença com o seu portador.

Ora sabemos hoje que a doença se alastrou a heterossexuais, não forçosamente promíscuos do ponto de vista sexual, a não homossexuais, não drogados, não marginais, a adolescentes, facto que nos parece de maior importância em termos de prevenção, que redobra a nossa responsabilidade na tomada de medidas preventivas e nos obriga a visitar não só o comportamento sexual mas também aquilo que o determina a nível intrapsíquico.

Parece-nos que os aspectos que vamos referir em seguida se revestem de uma extrema importância no que se refere à dificuldade de prevenção da SIDA.

## III

De entre as medidas propostas para a prevenção da SIDA, as mais importantes são a monogamia, o evitamento de parceiros sexuais de ocasião e a não partilha de seringas entre os toxicodependentes, sendo a relação heterossexual monogâmica apontada como a melhor garantia na prevenção da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Conviria interrogarmo-nos sobre isto fazendo uma incursão, agora, na sexualidade humana.

Conforme refere P. Luzes (1986), entre outros, muitas pessoas são incapazes de uma relação monogâmica exclusiva, na medida em que vêem reavivada dentro delas uma relação densamente agressiva e/ou densamente simbiótica ao ponto de temerem perder os limites da sua própria personalidade.

Assim, a relação heterossexual não exclusiva constitui uma defesa para muitos casais que, na impossibilidade de remodelarem dentro delas o estilo de relação objectal, mudam sucessivamente, ou quando podem, de objecto na relação. Estes seriam os designados de «menor risco».

Outros há que, como sabemos, não tendo propriamente vida conjugal constituída, e que pertencem aos grupos designados de risco, trocam de parceiros e de seringas, não tomam medidas preventivas e nem o facto de se saberem em risco faz com que eles alterem as suas atitudes e comportamentos sexuais.

Em termos psicodinâmicos, se qualificásse-

mos os comportamentos sexuais das pessoas que sabem que correm maior risco de contrair o vírus da SIDA e de o propagar sem nada fazerem para o evitar, não teríamos dificuldade em argumentar a favor da perversão como psicopatologia subjacente aos comportamentos sexuais. Contudo, correríamos alguns riscos: primeiro o de usarmos um epíteto marginalizante que em nada contribuiria para a compreensão dos processos psíquicos indispensáveis à prevenção; segundo, porque o conceito de perversão evoluiu bastante desde a publicação de *Os três ensaios da teoria da sexualidade* de S. Freud (1905); em terceiro lugar porque uma grande maioria das pessoas, sem que tenhamos dados concretos para nelas diagnosticarmos uma perversão, não deixam de comportar alguns aspectos perversos da personalidade surpreendentes.

De resto, perverter, segundo o dicionário de língua portuguesa, significa: perturbar a ordem ou o estado de coisas; transtornar, alterar, fazer mudar para mal, corromper, desmoralizar, deturpar, desvirtuar. Como verbo reflexo significa corromper-se, depravar-se.

Na óptica de Freud, a sexualidade adulta aparecia como resultado da integração da sexualidade infantil inicialmente perversa e polimorfa, até a sua subordinação ao primado das zonas genitais. Assim, a sexualidade infantil precisava de estar sujeita à inibição e ao recalçamento (o que fez afirmar que a neurose era o negativo da perversão).

Este ponto de vista tem sido contestado na medida em que se pensa que Freud fez extrapolações do desenvolvimento patológico para o desenvolvimento psicológico normal.

Hoje pensa-se também que, ao contrário do que postulou Freud, a perversão ou os aspectos perversos da personalidade devem-se a erros e a distorções da evolução psicológica natural e normal.

É uma viragem importante do pensamento na medida em que na primeira hipótese a saúde mental derivava da elaboração da patologia, enquanto que, na segunda, a patologia resulta de distorções do desenvolvimento normal.

Não menos relevante é o facto desta viragem pôr a tónica na importância das relações objectais, atribuir menor valor à libido e menor

importância à tão proclamada sexualidade infantil.

Talvez dos primeiros autores a compreender isto tenham sido K. Abraham (1924), num estudo em que falava do início do desenvolvimento do amor objectal pondo em paralelo as etapas do desenvolvimento da organização libidinal e as etapas do desenvolvimento do amor objectal.

Para não nos perdermos em meandros teóricos, importa saber que o amor objectal propriamente dito constitui a etapa mais evoluída de desenvolvimento humano. Com ele amadurece uma sexualidade humana (propriamente dita) em que o outro vale pelas características humanas que tem (relação genital) e não apenas como objecto sexual (relação parcial).

Paralelamente ao desenvolvimento psicossocial humano, o Homem é capaz de experimentar o medo, a agressividade, a culpa inerente à consciência, mas também o amor, a bondade, a empatia com os outros, desenvolvendo a sua consciência de pertença ao grupo social, desenvolvendo sentimentos em defesa de valores éticos e morais.

Poderíamos então dizer que a prevenção da SIDA está comprometida se não emergem no Homem atitudes e comportamentos preventivos que mostrem claramente cooperação, solidariedade, consideração, estima pelo outro, consciência, honestidade, naquilo que há de mais íntimo e secreto em cada um de nós, ou seja, na sexualidade.

Acontece que estas qualidades humanas só são possíveis quando o Homem atinge de facto a genitalidade ou, se quisermos, uma relação objectal adulta matura, numa palavra, a verdadeira sexualidade.

Há então que fazer a diferença entre a sexualidade, isto é, o exercício sexual acompanhado da sua componente afectiva amorosa com o outro, de apreço, consideração, respeito pelo outro, por aquilo que ele é como pessoa; e o sexo, como acto simplesmente, desprovido de afecto em que o outro serve como objecto de descarga sexual. Este último estilo de relação sexual, marcadamente agressivo, e que Coimbra de Matos designa de *relação pelo ódio* sendo típica do perverso, não é, infelizmente, exclusiva das perversões sexuais. Abunda noutros tipos de psicopatologia onde o pensamento falha e deixa lugar à acção, ou seja na designada patologia do

«acting» (perversão, delinquência, marginalidade, toxicod dependência, homossexualidade, comportamentos auto e heteroagressivos, personalidades «borderline», nalguns adolescentes temporariamente e em muitos grupos de ideologia estéril ou niilista; ou não fosse a esterilidade a razão de ser da própria perversão, como afirma R. H. Etchegoyen (1987).

Como sabemos, a vivência edipiana inserida na triangulação pai-mãe-criança é fulcral no desenvolvimento psicológico. Pouco haverá de mais estruturante, depois da vivência plena da relação mãe-criança, do que a relação triangular que permite à criança situar-se face à relação de amor que existe (quando existe) entre os pais e encontrar aí o seu devido lugar.

A relação triangular com o pai, como «embai-xador da realidade» prepara à luta e à vida, confere à existência um sentido construtivo e criativo, contrariamente ao que sucede no perverso que, segundo G. Rosalato (1978), «*renega, afasta a lei do pai substituindo-a pela lei do desejo*». Este mesmo autor afirma que a perversão, em vez de ser o negativo da neurose é o negativo da psicose, na medida em que os comportamentos que lhe são próprios são um recurso para colmatar brechas que se instalaram no *desenvolvimento do sentido da realidade*.

Também R. H. Etchegoyen (1987), afirma que a perversão tem muito a ver com a parte psicótica da personalidade e que tanto pode ser uma defesa contra a psicose como uma das suas causas. Tanto a perversão como a psicose têm em comum uma *perturbação do juízo da realidade* e, embora existam cada uma delas como entidades clínicas próprias, tanto encontramos personalidades funcionantes com um núcleo psicótico como personalidades funcionantes com um núcleo perverso.

Podemos então perguntar que parte é essa da personalidade que «*não ouve*», ou não integra, a objectividade da informação científica sobre a prevenção da SIDA e *que faz com que as pessoas não alterem os seus comportamentos de risco, apesar de informadas dos riscos de morte*.

M. Glasser (1986), que se afasta das concepções de sexualidade perversa e polimorfa da criança, distingue a agressividade do sadismo. Enquanto a primeira é a defesa contra a ansiedade e a depressão, o segundo (sadismo, perver-

são) está relacionado com o propósito de fazer mal ao outro deliberadamente.

Segundo este autor, e isto verifica-se de facto na prática psicoterapêutica e psicanalítica, o perverso foi mal tratado pela mãe, embora fosse ela quem respondia às suas necessidades emocionais. Soluciona então o problema pela técnica da sedução, para não se ver abandonado pelo objecto.

Por norma estas pessoas sofreram experiências de abandono e foram submetidas continuamente a consequentes perdas de auto-estima... gera-se, assim, um futuro «perverso» que, na impossibilidade de realizar os processos de identificação, se fixa naquilo que ele designa de «*complexo nodal*»; ou seja, em vez de se identificar com o objecto, internaliza partes do objecto e *substitui a identificação pela simulação*.

Ora a nossa identificação com o outro é indispensável para cooperar na luta contra um mal.

Se o mundo inicial foi mau para o sujeito, a SIDA, a peste, a morte, a vingança, podem ser o castigo esperado de retaliação que transforma a agressividade contida em sadismo sobre qualquer forma, por exemplo, não tomar medidas preventivas contra a infecção pelo vírus nem em relação a si próprio nem em relação aos outros.

J. Mynard (1983), que distingue a perversão da perversidade, é de opinião que a perversidade, *como modo de estar na vida* acrescentemos, é anterior à perversão. A perversidade traz o engrama de identificação ao agressor.

Se lermos com atenção o que escrevemos até aqui, damo-nos conta de uma tendência quase irresistível à rejeição destas pessoas semelhante àquela que o perverso provoca em nós nos movimentos de transferência/contra-transferência; ou não tivesse a perversão conotações de *imoralidade, crime, profanação, maldizer, aberração, degeneração, prática contra a natureza e outras coisas do mesmo género*, conforme escreve M. Casimiro (1986).

Assim, não será seguramente por acaso que hoje se fazem campanhas, aliás bem justificadas, contra a rejeição a que se sentem expostos os seropositivos.

Precisamos de corrigir esta tendência à rejeição e compreendermos que, muito provavelmente, a rejeição que surge em nós constitui uma reedição da rejeição a que foi exposto na infân-

cia aquele que mais tarde se organizou a funcionar na perversão ou na perversidade.

M. Casimiro atribui à mãe um papel muito importante na gênese da perversão a partir da simbiose mãe-filho, quando ela consegue *minimizar o papel do pai e sobrevalorizar o do filho... numa atitude mista de sedução para com a sua pré-genitalidade e de cumplicidade na luta para apagar o progenitor do papel de amante da mãe.*

A ligação fusional à mãe e a desvalorização do papel do pai na cena primitiva, espelham-se num *conglomerado bissexual*, pela falta de mediação paterna, falta do pai como agente de separação. De tal modo que a *desvalorização do pai está sempre presente nas fantasias da cena primitiva* dessas pessoas.

Acrescentemos que não é raro encontrarmos esta matriz naqueles cuja prática sexual se orienta pela *identidade atribuída pela mãe* (de natureza psíquica) em prejuízo da *identidade de género*, de natureza biológica, assunto brilhantemente estudado por R. Stoller (1968), nomeadamente quando se refere ao transvestismo e ao travestismo do rapaz.

Meltzer distingue a sexualidade adulta e a sexualidade infantil e perversa. A sexualidade adulta é de natureza introjectiva e reflexiva, enquanto a sexualidade infantil e perversa, é de natureza projectiva e impulsiva. Refere-nos o autor que o seu estudo, intitulado *Estados sexuais da mente*, tem como objectivo investigar estados mentais e não os comportamentos, tendo como referência a cena primitiva.<sup>1</sup>

A cena primitiva (ou seja a sua fantasia) é o ponto de referência para todos os estados sexuais da mente (tanto adultos como infantis).

Enquanto os estados sexuais da mente infantis reflectem uma relação directa do Id ao Eu (impulsiva), nos estados sexuais da mente adulta existe uma relação indirecta mediatizada pela

identificação introjectiva; ou por outras palavras, subordinada ao pensamento reflexivo e à instância super-egoica.

Nem sempre o estado sexual da mente está em sincronia com a idade real; isto é, nem sempre a maturidade psicosexual acompanha a maturidade biológica.

Na adolescência, enquanto dura uma certa inconsistência da identidade sexual, podemos assistir a fenómenos de re-emergência pré-edi-pianos e pré-genitais quando o adolescente se confronta com a complexidade da sexualidade humana. Nesses casos, o adolescente pode regressar daí para a infância em vez de progredir daí para a adultícia.

Assim, e segundo Meltzer, podemos ver aspectos da vida psíquica da latência numa pessoa de 50 anos e da adolescência numa de 9 ou 10 anos. Quer isto dizer que se assiste a um desfazamento entre a idade real e a maturidade psicosexual; com pouca diferenciação entre tendências adultas e tendências infantis.

É, então, a natureza sexual dos pais internos ou internalizados que permite compreender a complexidade da sexualidade adulta e a sua natureza, eventualmente mesclada de aspectos infantis: *«É o relacionamento do pai e da mãe internos um com o outro que permite a construção de uma imagem coerente de base introjectiva dos aspectos polimorfos da sexualidade adulta.»*

Por outras palavras, a representação mental que se tem da relação sexual pai/mãe acaba por ser determinante nas atitudes e nos comportamentos sexuais com o outro na actualidade.

Meltzer acha que a sexualidade adulta se revela no interesse para o trabalho com a finalidade de preservar os filhos e é derivada da identificação introjectiva com a mãe, contrariamente à identificação projectiva patológica, que é destrutiva. A sexualidade adulta caracteriza-se pela modéstia e privacidade e não pelo poder e pelo desejo de exhibir. Podemos então dizer que a sexualidade adulta é criativa quando cada um de nós internalizou a relação pai/mãe como algo de construtivo e ligado pela relação amorosa na verdadeira acepção das palavras.

Não é apenas a sexualidade polimorfa infantil que deve ser considerada como sinónimo de imaturidade, porque podemos encontrar nas pessoas imaturas todo o tipo de estados sexuais

---

<sup>1</sup> Por definição de J. Laplanche e J. B. Pontalis (1967), *Vocabulaire de la Psychanalyse*, quer dizer: cena da relação sexual entre os pais, observada ou suposta segundo certos indivíduos e fantasiada pela criança. É, geralmente, interpretada pela criança como um acto de violência da parte do pai... provoca uma excitação sexual na criança que a interpreta no quadro de uma teoria sexual infantil.

como resposta ao meio imediato. Na criança existem todos os tipos de permutação sexual, confusão de zonas e ingenuidade experimental com objectivos totalmente egocêntricos. Mas, a sua natureza egocêntrica associa-se a duas características comportamentais: a inclinação à masturbação e a tendência à promiscuidade.

Pensamos que este último aspecto é de salientar no problema dos designados heterossexuais promíscuos, na medida em que qualquer atitude de informação e educação sobre o comportamento a ter em termos de prevenção da SIDA esbarra com um ser fisicamente adulto mas com um estado sexual da mente infantil. Em nosso entender, *é este estado sexual da mente infantil que se revela incapaz de integrar e de pôr em prática medidas preventivas*. Assim, o que nos parece determinante é a compreensão do estado sexual da mente subjacente ao comportamento.

Meltzer diz-nos que a *promiscuidade devassa* é uma actividade *relativamente livre de sentimentos de culpa*. Lembramos que é graças ao sentimento de culpa que somos capazes de desenvolver sentimentos éticos e morais em relação a outros.

Ora isto reflecte bem a que ponto qualquer acção educativa e de informação respeitante ao abandono da heterossexualidade promíscua, da homossexualidade, ou da troca de seringas entre toxicodependentes como aconselhamento sanitário para a prevenção da SIDA, pode não ser sequer tido em conta ou pode até mesmo desencadear uma atitude contrária à prevenção. E isto pela precariedade dos sentimentos de culpa que organizam a inibição, o pudor, que contribuem para a fidelidade conjugal ou para atitudes suficientemente sãs.

Assim, um estado sexual da mente infantil num adolescente ou num adulto pode sabotar, paulatina e inconscientemente, a prevenção da mais temível epidemia da actualidade.

Por «perversão», Meltzer entende «algo caracterizado por perversidade de propósito» e diz tratar-se de *«estados sexuais da mente engendrados pela liderança momentânea ou fixa de partes destrutivas da personalidade»* (op. cit. p. 109). Encontramos aqui um paralelismo com aquilo que W. Bion (1955), designa de *parte psicótica da personalidade*.

Poderíamos dizer que o aspecto destrutivo da

personalidade encontra a sua glória na prazer sádico, no negativismo, no fazer o contrário do que é preciso, em que a inveja, a destrutividade e a maldade se opõem à bondade, generosidade, criatividade e harmonia dos bons objectos. Sucede então que o indivíduo se possa organizar com este estado sexual da mente, sob o modelo *«Mal seja o meu Bem e sob esta égide quer criar o mundo que é negativo a tudo na natureza do reino dos bons objectos (...) e o mundo que pretende criar é o mundo dos sem vida»* (op. cit. pp. 109-110).

Se para a prevenção da SIDA se insiste tanto na necessidade de mudança de comportamentos sexuais, poderíamos pensar que os objectivos seriam conseguidos desde que se generalizasse a educação sexual. Contudo, e de acordo com C. Amaral Dias (1979), o comportamento sexual não precisa de ser ensinado, deriva dos instintos sexuais modificados pelos processos de identificação. Ensinar a sexualidade seria reduzi-la ao acto. Saber-se-ia tudo para não se saber nada. Seria o *«comportamento amoroso numa rede sem fantasias e sem desejo»* (op. cit. p. 20), isto é, sem sexualidade propriamente dita, mas sim comportamento sexual agido.

A prevenção da SIDA pode ser um questionador das campanhas de educação sexual, quando elas esquecem ou negam a importância da fantasia inerente e indispensável à sexualidade humana madura.

O sexo libertado não é a sexualidade. A SIDA impõe, pelas suas características, a conclusão que tudo saber sobre a educação sexual é igual a nada saber sobre a sexualidade. A negação das características da sexualidade humana espelham-se ou podem espelhar-se no fenómeno SIDA. A libertação do sexo não resolve o problema da sexualidade, antes pelo contrário, traz à superfície o horror do exercício do sexo quando despido da fantasia e do desejo e em que o objecto vale pelo acto a que se presta, em detrimento dos investimentos afectivos que ligam as pessoas entre si, carregados de fantasia, de desejo e de sentido construtivo.

Temos vindo a fazer uma síntese sobre e alguns pontos de vista teóricos acerca das perversões na medida em que nos parece ser esse tipo de perturbação psicopatológica que está subjacente tanto à dificuldade em abandonar a homossexualidade e a heterossexualidade promíscuas

como à dificuldade em fazer penetrar a informação objectiva e a educação nos grupos que estão em maior risco de contrair o VIH. De facto, há pessoas que ignoram ou destroem tudo aquilo que é sentido como tendo a função de ligar um objecto a outro pelo afecto. Têm ódio ao casal, ao criativo e à vida, como bem nos refere W. Bion (1957), no seu artigo «Ataques ao elo de ligação».

Assim sendo, uma das contribuições à prevenção da SIDA passará pela compreensão das perversões naquilo que elas contêm de entrave ao pensamento e de predisposição ao agir.

É evidente que a informação que é dada, em termos de prevenção, pressupõe que o comportamento do adulto, do ponto de vista sexual, seja paralelo ou concomitante ao ser-se adulto. Se a sexualidade do adulto está impregnada de uma sexualidade infantil, a parte adulta da personalidade recebe a mensagem, «*entende-a*» racionalmente, mas a parte infantil renega-a, agindo em consequência.

Se, perante uma ameaça como a SIDA, finalmente uma ameaça de morte, não se verifica uma alteração do comportamento sexual, não é difícil inferir a negação maciça da realidade em favor de uma realidade outra.

Nesta perspectiva, o mais subtil problema na prevenção da SIDA poderia, então, ser o mecanismo da negação psicológica que tornaria insuficientes a informação e a educação ao nível dos grupos de risco (homossexuais, bissexuais, heterossexuais promíscuos, toxicodependentes, e não só), junto dos quais qualquer intervenção se deverá inserir no contexto teórico-clínico, que apresentamos.

#### BIBLIOGRAFIA

- Abraham, K. (1986). Développement de la libido. In *Oeuvres complètes*, Vol. II, pp. 231-255, Paris: PBP.
- Almeida, J.F.L. (1987). *Os adolescentes e a Sida: conhecimentos, atitudes e comportamentos associados com a Sida dos adolescentes do concelho de Cantanhede*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Bion, W. (1955). Diferenciação entre parte psicótica e não psicótica da personalidade. In *Melanie Klein Hoje*, Vol. I, pp. 69-85, Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Bion, W. (1957). Ataques ao elo de ligação. In *Melanie Klein Hoje*, Vol. I, pp. 95-109, Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Bridgers, C., Figler, K., Vaughan, S. & Sawin, K.J. (1990). Aids beliefs in young women: are they related to Aids risk-reduction behaviour?. *Journal of American Academy of Nurse Practice*, 2(3): 107-112.
- Casimiro, M. (1986). Sobre as perversões. *Psicologia*, V(1): 33-38.
- Cochran, S.D., Keiddan, J. & Kalechstein, A. (1990). Sexuality transmitted diseases and acquired immunodeficiency syndrome (Aids). Changes in risk behaviour among young adults. *Sex Transmitted Diseases*, 17(2): 80-86.
- Commonwealth Aids Research Grant Committee Working Party (1990). Attitudes, knowledge and behaviour of general practitioners in relation to HIV infection and Aids. *Australian Medical Journal*, 153(1): 5-12.
- Dias, C.A. (1979). Psicanálise, criatividade e arte: algumas observações. *ArteOpinião*, 6: 18-20.
- Etchegoyen, R.H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris: Éditions Galimard, Coll. Idées, 1962.
- Glasser, M. (1986). Identification and its vicissitudes as observed in the perversions. *International Journal of Psycho-Analysis*, 67(1): 9-17.
- Henry, K. & Campbell et al. (1990). Across-sectional analysis of variables impacting on Aids-related Knowledge. *Aids Education and Prevention*, 2(1): 36-47.
- Johnson, J.A. & Campbell, A.E. et al. (1990). Knowledge and attitudes about Aids among first and second year medical students. *Aids Education and Prevention*, 2(1): 48-57.
- Joseph, J.G. & Montgomery, S.B. et al. (1987). Magnitude and determinants of behavioural risk reduction: longitudinal analysis of a cohort at risk for Aids. *Psychology & Health: International Journal*, 1(1): 73-95.
- Koopman, C. & Rotherman-Borus, et al. (1990). Assessment of knowledge of Aids and beliefs about Aids prevention among adolescents. *Aids Education and Prevention*, 2(1): 58-69.
- Luzes, P. (1986). Psicologia do casal: realidade e fantasia. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 3: 13-26.
- Matthews, B.R. & Richardson, K.D., et al. (1990). Homeless youth and Aids: Knowledge, attitudes and behaviour. *Medical Journal Aust.*, 153(1): 20-23.
- Meltzer, D. (1973). *Estados sexuais da mente*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1979.

- Millson, M. & Coates, R., et al. (1990). Aids - related knowledge, attitudes and behaviour in injection drug users attending a Toronto treatment facility. *Canadian Journal of Public Health*, 81: 46-49.
- Mynard, J. (1983). Perversité/perversion et l'avantage de les différencier. *Revue Française de Psychanalyse*, XLVII(1): 383-390.
- Petosa, R. & Wessinger, J. (1990). The Aids education needs of adolescents: a theory based approach. *Aids Education and Prevention*, 2(2): 127-136.
- Rosalato, G. (1978). *La relation d'inconu*. Paris: Éditions Galimard, Coll. Connaissance de l'inconscient.
- Sheer, L. (1987). An evaluation of the U. K. Government Health Education Campaign on Aids. *Psychology & Health: International Journal*, 1(1): 61-72.
- Stoller, R. (1978). *Recherches sur l'identité sexuelle*. Paris: Éditions Galimard, Coll. Connaissance de l'inconscient.
- Temoshok, L. & Sweet, D.M. et al. (1987). A three city comparison of the public's knowledge and attitudes about Aids. *Psychology & Health: International Journal*, 1(1): 43-60.

#### RESUMO

A prevenção da SIDA é indissociável da compreensão dos mecanismos psíquicos subjacentes às atitudes e aos comportamentos de risco dos sujeitos, tanto em relação a si próprio como em relação aos outros.

A prevenção da SIDA está condenada ao fracasso se a mensagem sanitária não for interiorizada, integrada do ponto de vista psíquico, de modo a que cada um ponha em prática medidas de contenção e prevenção da doença.

Muitos indivíduos, no exercício da sua sexualidade, ainda que adultos, estão momentaneamente sob influência de um *estado sexual da mente infantil* (perversa, polimorfa, imatura, impulsiva e projectiva) que lhe dita as atitudes e os comportamentos de risco através da negação da realidade.

Alguns atacam mesmo a realidade, numa relação de ódio à vida, de inveja e de destrutividade, destruindo a vida pela raiz, reduzida a sexualidade ao sexo, ao acto.

Ao fazê-lo agem sob a influência da identificação projectiva patológica.

No estado actual dos conhecimentos, e nos países desenvolvidos, não nos parece que a prevenção seja possível se não dirigirmos a mensagem sanitária à parte perversa da personalidade que sabotava a prevenção.

#### ABSTRACT

The AIDS prevention is indivisible of the comprehension of the psychic mechanisms underlying person's attitudes and risk behaviours, either they are related to themselves or to others.

AIDS prevention is condemned to failure if the sanitary message is not interiorized, integrated on the psychological point of view, in order that each person practices containment and prevention measurements towards the disease.

Many individuals, in the exercise of their sexuality, even if they are adults, are momentarily under the *influence of childish psychosexuality* (perverse, polymorphous, immature, impulsive and projective) that imposes the attitudes and risk behaviours through the refusal of reality.

Some individuals virtually attack reality in a hate relation with life, envy and destructivity, destroying life on its roots, reducing sexuality to sex, to the act. When they do it, they act under the influence of pathological and projective identification.

On these days knowledge, and in the developed countries, it doesn't seem to us that AIDS prevention is possible if our sanitary message doesn't reach the personality's perverse part that damages prevention.

#### RESUME

La prévention du SIDA est indissociable de la compréhension des mécanismes psychologiques sous-jacents aux attitudes et aux comportements de risque des sujets; soit avec soi-même, soit avec les autres.

La prévention du SIDA est vouée à l'échec si le message sanitaire n'est pas interiorisé, intégré, dans la psyché à fin d'être mis en pratique.

Bien des sujets dans l'exercice de leur sexualité, encore qu'ils soient adultes, sont momentanément *sous l'influence de la psychossexualité infantile* (perversa, polymorphe, immature, impulsive et projective) qui leur dicte des attitudes et les comportements de risque à travers de la négation de la réalité.

Quelques uns attaquent même la réalité à travers de la haine, l'envie et la destructivité et détruisent la vie par la racine dans la mesure où la sexualité est réduite à l'acte.

Ce faisant ils agissent sous l'influence de l'identification projective pathologique.

Dans l'état actuel de nos connaissances, et dans les pays développés, ils nous semble qu'il n'y aura pas de prévention possible si nous n'adressons pas la message sanitaire à la partie perverse de la personnalité qui la fait échouer.