

HIV/SIDA: Da Prevenção ao Apoio

VITOR VIEGAS COTOVIO (*)

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O estar-se perante uma infecção por vírus portador da morte pode levar a uma forma de regressão profunda. Assim como o recém-nascido também a pessoa seropositiva para o HIV se encontra num estado de angústia, na dependência biológica e psíquica, onde não pode sobreviver sem o ambiente familiar ou um seu substituto. O corpo de bebé é protegido durante os primeiros meses de vida por anticorpos maternos, e é aqui que se faz presente a analogia que enfrenta o doente com SIDA, sendo levado à situação primeira onde as suas defesas imunitárias não são mais funcionantes.

Assim, o doente é invadido pelos fantasmas do corpo sem defesa, sem invólucro protector, corpo violado e exposto e, acima de tudo, corpo separado do psiquismo que não comanda mais.

Na maior parte das epidemias passadas, a morte individual dizimava os elementos familiares, mas respeitava a função procriativa. A SIDA atinge ao mesmo tempo o indivíduo e a geração, privando as famílias da identidade pela continuidade.

A missão imperiosa que marca o nosso destino desde o seio da nossa mãe é a de não morrer sem ter transmitido vida. O doente com SIDA é confrontado com o paradoxo psíquico de querer ou poder transmitir vida na morte. Aqui as escolhas éticas adoptadas pela sociedade muitas vezes não coincidem com as do in-

divíduo. Assim, a sociedade em geral e os Técnicos de Saúde em particular podem ser confrontados com o aparentemente incompreensível. Por exemplo: uma mulher HIV+, conhecendo os riscos e vivendo a ambivalência do desejo de ter um filho e a culpabilidade e angústia do imprevisível pode, apesar disso, querer ficar grávida, podendo o filho testemunhar uma luta instintiva contra a morte — continuar viva através de... A ética da responsabilidade e do respeito pelo próprio e pelo outro vê-se sufocada pelo espiritualismo, o moralismo e o humanismo, com difícil resolução.

Perante um parto de mãe HIV+, o vírus pode interpôr-se na relação do «corpo» técnico com a mãe e o bebé. A ansiedade e angústia da equipa obstétrica vai condicionar a ligação mãe-filho.

À representação da mãe, enquanto mulher que dá a vida, opõe-se aquela de mulher perigosa; estas duas representações coabitam no nosso inconsciente e a dadora da vida pode transformar-se na dadora da morte.

Os técnicos podem ter tendência a distinguir entre as vítimas activas e as passivas da SIDA, agindo em conformidade, distinguindo entre os bons e maus doentes. Por outro lado, os médicos podem ter uma atitude objectivante — tratar o físico — como reacção de defesa por não conseguirem «lidar» com o psico-sócio-familiar como a pessoa doente exige. Quando uma doença não tem o seu «remédio» é o homem — doente e social — que se nos impôs; a espécie humana só se pode defender pela solidariedade e não pelo ostracismo. É sabido pela história

(*) Médico Interno do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital do Barreiro.

das civilizações que, quando os indivíduos de uma sociedade perdem a confiança neles próprios e não existem projectos colectivos, a sexualidade desafectada funciona como tentativa apaziguadora dessa angústia existencial.

A sexualidade, a angústia existencial, a identidade, a tendência grupal, o predomínio do agido sobre o pensado, são variáveis próprias da adolescência e que a transformam num grupo em risco.

Amar na adolescência é muitas vezes sentir-se valorizado e gostar-se através do outro, e não tanto amar o outro por ele mesmo. As relações sexuais dos adolescentes a maioria das vezes são ditadas, não por uma necessidade intrínseca, mas para corresponder à imagem que os outros fazem do adolescente, muitas vezes com características aditivas e para compensar *défices do self* integradas numa estrutura com falhas narcísicas e como tal pouco acessível à prevenção que obrigue ao respeito pelo outro. As campanhas de informação para os adolescentes esquecem-se da problemática afectiva, utilizando uma linguagem superficial e sexualizada. Se é válido e imprescindível a informação prática e objectiva quanto ao risco da transmissão, é no entanto inanequamente escondermo-nos por detrás do discurso do preservativo, correndo o risco da mensagem não passar — o adolescente fazer o contrário do que estabelece o *status-quo*. A relação com o preservativo pode ser vivida como a interpretação duma terceira presença imposta pela sociedade.

Falar de técnicas não é falar de relação real e afectiva. Uma abordagem que não utilize um discurso afectivo para dar sentido à sexualidade, vai unicamente servir para manter o adolescente na regressão e, como tal, na sexualidade pulsional.

A sexualidade não é uma questão de técnica, mas insere-se antes numa relação afectiva, ela só é fecunda se inserida no amor. Tem de ser utilizado um discurso que favoreça a integração da sexualidade e dos afectos do adolescente. Esta perspectiva será tanto mais conseguida, quanto maior for a maturidade sexual e afectiva dos adultos que a veiculam — nós educamos mais pelo que somos do que pelo que dizemos. As campanhas de prevenção, para além de visarem a modificação de comportamentos, têm de pretender a modificação de mentalidades.

Após o contágio, o vivido da seropositividade pode equiparar-se à situação vivencial do sequestro. O seropositivo e/ou doente sente-se refém do vírus. Para além de ser refém do vírus, muitas vezes também é refém da sociedade dos bem comportados, do corpo médico, e dos responsáveis políticos. Esta situação de ser refém de algo é uma experiência traumática, com uma psicologia específica e abrangente. Com efeito, alguns seropositivos desenvolvem uma atitude psicológica do tipo «Síndrome de Estocolmo»¹, sob a forma da defesa psicológica seguinte: uma certa cumplicidade amigável com o vírus agressor, que pode ir, desde a aspiração maníaca de controlo do vírus, até ao culto mortífero, homicida e suicidário pela procura da sobre-infecção própria e da infecção dos parceiros.

Para além e mais além destas defesas psicológicas — agressivas ou depressivas — o sentimento que invade o doente HIV+ /AIDS é o sentimento de angústia. A angústia pode ser acompanhada de uma perda do tónus vital e anestesia afectiva, que leva a uma «depressão essencial»; esta depressão poderia relacionar-se com a desorganização somática. O doente procura não se dar espaço e tempo para pensar adoptando, ou já trazendo consigo, um funcionamento alexitímico — no sentido de Sifneos (dificuldade em verbalizar emoções e sentimentos), havendo quem defenda que esta alexitimia, para além de ser consequência da seroconversão, poderia favorecer essa seroconversão. O HIV+ /AIDS «não diz» e aprende a «não dizer» porque corre o risco de ficar mais exposto (rejeição pelo «desvio» social ou sexual, perda de emprego, abandono, etc.). Os medos da doença, da degradação corporal, angústias de morte prematura, de solidão e de culpabilidade são tão insuportáveis que têm de ser evacuadas do psiquismo. O estado de morte interna faz com que a experiência emotiva seja sentida como ameaçadora para a integridade do sujeito, e assim afastada.

As emoções penosas de contaminação, que não podem ser verbalizadas, geram uma tensão não integrável no psiquismo e assim descarregada

¹ Síndrome de Estocolmo (reféns em Agosto — 1975): (a) Identificação e afeição do refém com o agressor; (b) Medo e hostilidade para com as forças da ordem idênticos aos agressores; (c) Depois da libertação, modificação do comportamento com patologia depressiva e pesadelos repetitivos.

nos comportamentos agidos de forma compulsiva (injecção de drogas e/ou sexuais). Por tudo isto, é possível que esta alexitimia, ao favorecer a descarga emocional no corpo, aumente a vulnerabilidade somática e assim condicione a evolução do HIV+. Para além do mais, sabe-se da influência dos estados emocionais sobre as respostas imunitárias.

Todo o perfil psicológico e psicopatológico do estar-se contaminado ou doente obriga a que se repense a abordagem destes doentes, implicando apoio psicoterapêutico fundamental, sem o qual nos estamos a defender e a demitir.

É sabido que, ao garantir-se pôr em palavras as emoções, se restringe o risco de pôr as emoções em actos (a percentagem de suicídios é maior quando uma cultura limita a expressão dos afectos).

De facto, prova-se que a psicoterapia dos HIV+ /AIDS melhora estes doentes, como confirmam os testes biológicos e a regressão de sintomas. A sequência — angústia-culpabilidade-depressão — pode ser remanejada pelo apoio psicoterapêutico regular. Este apoio é tanto mais importante quanto o suporte familiar for deficiente, marcado sempre pela ambivalência, com a condenação do «desvio» social ou sexual. Também as famílias têm a necessidade de ser escutadas na sua dor-revolta, para poderem desenvolver mecanismos novos de tipo sublimatório. Os movimentos de entre-ajuda com função de «holding» — no sentido de Winnicott — devem ser incentivados, pois garantem a substituição das famílias não remanejáveis. O apoio psicoterapêutico aos sujeitos centra-se, sobretudo, no saber escutar; e só pode escutar quem, no encontro, utiliza o esquema de referência do outro, estando presente com a sua autenticidade.

Esta escuta neutra e empática confronta-se com o ininterpretável psicológico que a morte assume; só a ética pode dar um sentido à morte.

Este desejo de sentido — religioso, espiritual ou humanístico — deve ser entendido pelo psicoterapeuta.

Perante um projecto de vida despedaçado, sob a ameaça de morte, a vida humana deverá ter ainda a sua dignidade que lhe deve ser garantida pela «postura» do meio envolvente.

Os técnicos não se devem contentar em colmatar as brechas das agressões contínuas das doenças oportunistas, mas ter presente e sentir a presença do ser humano que está perante si, criando uma atitude ética da vida perante a morte.

BIBLIOGRAFIA

- Benjamim, A. (1988). *A Entrevista da Ajuda*. São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Consoli, S.G. & Ferrand, I. (1989). *Manifestations psychiatriques de l'infection à VIH*. E. M. C. Editions Techniques, 37550 A20 (1-6).
- Flora, J.A. & Thoresen, C.F. (1988). Reducing the Risk of AIDS in Adolescents. *American Psychologist*, 11(43): 958-964.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1990). *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ruffiot, A. (1989). *Psychologie du Sida*. Bruxelas: Pierre Mardaga, Éditeur.

RESUMO

Partindo da bibliografia existente e da própria experiência, o autor procurou assimilar, reelaborar e reflectir sobre a problemática HIV+ /SIDA. O resultado é um texto de breves reflexões sobre a prevenção, o vivido e o apoio psicoterapêutico dos doentes HIV+ /SIDA.

Salientam-se: na prevenção, a importância da mensagem afectiva na adolescência; no vivido, a angústia e as reacções agressivas ou depressivas; na psicoterapia, o saber escutar e o papel da ética na vida perante a morte.