

AIDS: Ataque ao Sistema de Defesas Psíquicas

* Cláudio Cohen

* Corta Júlia Segre Faiman

* Professor Doutor, Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo - SP.

** Psicóloga, Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e do Trabalho, FMUSP, São Paulo, SP.

Os autores abordam as conseqüências do diagnóstico de infecção pelo HIV sobre o psiquismo, levando em conta algumas características da AIDS, como a de não existir cura para a doença, e o estigma social que carrega, em razão das formas de contágio. São discutidas, também, as possibilidades e limitações de uma eventual abordagem psicoterapêutica, salientando-se, inclusive, as possíveis dificuldades do profissional de saúde em lidar com pacientes soropositivos, levando em conta a sua própria angústia diante da situação.

O advento da AIDS levanta questões que demandam um esforço unificado de reflexão dos profissionais de diversos campos, pois envolve questões de cunho social, psicológico e biológico.

Além do fato de ser, até os dias de hoje, uma doença para a qual não há cura - o que desperta aspectos emocionais sobre os quais discorreremos mais adiante há a importante questão do estigma social, relacionado com as formas de contágio da AIDS. Todos esses fatores se refletem na angústia que a doença e o contato com o doente despertam. Este é o tema do presente trabalho.

Como se tem notícia, a AIDS é transmitida através do contato com o sangue ou esperma do portador do vírus, entendendo-se como sendo "grupo de risco" as pessoas que mantêm relações sexuais com grande número de parceiros e aquelas que fazem uso de drogas injetáveis de maneira não higiênica.

É crescente e já vasta a bibliografia relativa ao levantamento de um perfil do paciente com AIDS, bem como dos fatores que concorrem para que uma pessoa, mesmo sabendo como é a forma de contágio do HIV, dispense qualquer método de proteção, expondo-se ao risco de contaminação.

Destacaremos desses trabalhos apenas algumas observações:

a) Permitindo-se uma generalização, Cassorla (1) considera que o paciente com AIDS se sente marginalizado e estigmatizado pela sua condição. Ocorre muitas vezes de sentir-se culpado pelo seu estado e pela existência da doença, caso a tenha contraído em virtude de ações que ele, o portador do HIV, julgue socialmente condenáveis.

b) Em estudos realizados com homens que mantêm práticas homossexuais (2,3) verificou-se que o uso de métodos de prevenção do contágio depende de muitos e diversos fatores. Além do fator cognitivo, destacam-se a auto-estima, o julgamento fundado em premissas errôneas sobre o parceiro estar ou não contaminado, sobre deturpações pessoais da informação de como realmente se transmite o vírus ou não, etc.

Para abordar as questões da AIDS a partir de um ponto de vista psicológico, e tentar, então, esboçar vias de intervenção, partiremos do levantamento de alguns objetivos que as psicoterapias poderiam visar nesses casos.

Em primeiro lugar colocamos o alívio da dor mental do paciente, o que significa ajudá-lo a desenvolver as condições para reestruturar sua vida, que muitas vezes foi fortemente abalada pela notícia de ser portador do HIV. Isso quer dizer que, não negando as conseqüências da AIDS, é meta a redução de stress que possibilita ao paciente focalizar outras áreas de sua vida que não a doença, como, por exemplo, seu trabalho e as funções sociais que desempenha (4).

O suporte que a psicoterapia pode significar para o paciente tomar decisões acerca de a quem e quando

informar sobre o HIV também deve ser destacado.

Cabe também à psicoterapia ajudar o paciente a lidar com questões relativas à manutenção de cuidados com sua saúde e também relativas ao contágio de outras pessoas.

Considerando que a AIDS aumenta a suscetibilidade a infecções oportunistas e que, até hoje, não há cura para a doença, o diagnóstico de positividade para o HIV demanda que se lide com a própria vulnerabilidade e com o próprio fim: a morte.

A morte é comum a todos, assim como a aflição humana frente a ela. Ocorre que frente à insuportabilidade da admissão do próprio fim, o psiquismo humano se defende com mecanismos variados que, muitas vezes, afastam tais idéias da consciência. Pode não ser diferente com a pessoa contaminada pelo HIV, ou mesmo com quem já sofre as manifestações da AIDS. Ocorre que o diagnóstico, com efeito de uma bomba, põe em xeque as defesas psíquicas anteriores, uma vez que denuncia toda a vulnerabilidade humana, antes impossível de ser percebida. Desse confronto com a morte a melhor saída é a de quem estima a própria vida e nela acredita, mesmo levando em conta a sua contingência, inclusive porque o abatimento emocional debilita o corpo, tornando-o ainda mais vulnerável.

O psiquismo, tomado pela aflição de morte, demanda uma reestruturação de suas defesas, necessárias à continuidade da vida. Aos profissionais de saúde cabe pensar nas psicoterapias mais adequadas, buscando atender da melhor forma os pacientes no período crítico que se segue ao diagnóstico de HIV positivo.

Elisabeth Kubler-Ross, autora de "Sobre a Morte e o Morrer"⁽⁵⁾, considera que, ao tomar conhecimento de ser portador de uma moléstia fatal, o ser humano passa por cinco diferentes estágios com relação à sua atitude diante da morte.

O primeiro estágio seria o da negação e do isolamento. Nesse momento, o paciente nega sua doença ou a gravidade de seu quadro. A negação por vezes cumpre a função de um amortecedor que entra em ação com o choque da notícia sobre a doença, e possibilita que o paciente se recobre e mobilize outras defesas para encarar o seu diagnóstico.

O segundo estágio, o da ira, é caracterizado pela revolta, inveja e ressentimento. Sua mais clara manifestação se dá com a pergunta: "Por que eu?". Nesta fase, a pessoa é bastante hostil com quem quer que esteja por perto.

Um período de barganha seria o terceiro estágio. Nesta fase o indivíduo se entrega a promessas, em troca de mais tempo de vida. As barganhas, dirigidas comumente a Deus, têm por base sentimentos de culpa. Cada vez que se supera um período que tenha sido "pedido" na barganha, o sentimento de culpa se intensifica e novas promessas, geralmente de cumprimento impossível, são feitas.

O estágio da depressão seria o quarto, e se refere ao momento em que o paciente sofre com a idéia do afastamento das pessoas e das atribuições que desempenha ou desempenhava. Esse é um momento preparatório para o quinto e último estágio, o da aceitação.

Durante a fase da aceitação geralmente os familiares precisam de mais ajuda do que o paciente em questão. Este período é geralmente caracterizado por uma diminuição no leque de interesses. É uma fase na qual há um desejo, mesmo que não explícito, de morrer, ou viver o que ainda lhe resta em paz. Nessa fase o paciente muitas vezes se dedica à tentativa de que seus familiares mais próximos se adaptem à sua falta.

Qualquer intervenção psicoterápica terá que levar em conta o momento emocional do paciente. Uma abordagem mal situada pode ser, além de inútil, nociva e violenta.

No caso da AIDS, a negação da realidade da doença ou de um resultado HIV positivo pode constituir um momento importante a ser respeitado. Jamais se deve mentir e ser conivente com tal postura, o que não significa que se deva forçar o paciente a aceitar o que, no momento, não está sendo possível. O risco da

cronicidade da negação consiste em que o paciente, não levando em conta sua moléstia, deixe de tomar os cuidados necessários à sua saúde, e, no caso da AIDS, à prevenção do contágio de outrem.

A abordagem psicoterápica que consideramos recomendável nessa fase consiste em um acompanhamento do paciente que exige do psicoterapeuta disposição para falar e ouvir sobre morte, medo e doença sem muita ansiedade, assim que o paciente for capaz de abrir brechas no seu manto de negação. Para que esse momento ocorra, é necessário que o paciente tenha confiança de encontrar no terapeuta não recriminação, mas compreensão e acolhimento.

A confiança que o paciente deposita nesse relacionamento é condição sine qua non para o trabalho.

Numa fase em que o sentimento predominante é a ira por ter adquirido a doença, qualquer abordagem psicoterápica é bastante difícil. A ira é normalmente dirigida para quem se ocupa do doente, e o profissional em questão deve dar-se conta de que sua condição de alvo de agressões é contingencial e de que, na verdade, as críticas que recebe não se dirigem à sua pessoa. Nesse período a ira, nutrida pela inveja, pode em geral ser também dirigida aos não contaminados pelo HIV e há o risco de o paciente contaminar deliberadamente outras pessoas.

A abordagem de um paciente que se encontra tomado eventualmente pela ira é extremamente difícil. Ele não está em condições de acreditar em nada que se lhe diga, pois tudo o que pode ver é ódio.

Coloque-se também o risco de agressão a que se expõe o profissional de saúde que lida com tal paciente. A agressão é manifestada, em casos extremos, pela tentativa de contaminar o profissional com seringa que contenha sangue infectado.

A atitude de um portador do HIV que deliberadamente transmite o vírus a outras pessoas é considerada como justa causa para a quebra de sigilo por parte do psicólogo ou médico que acompanhe o caso.

Nos momentos mais agudos de ira de alguns casos extremos, a única forma de evitar o contágio do HIV a outrem pode ser a contenção compulsória por um curto período de tempo, até que o impulso de dar vazão à ira seja menos intenso.

A barganha consiste em uma tentativa de reparação e é baseada em sentimentos de culpa. O paciente se recrimina por suas ações passadas a elas vinculando imaginariamente seu estado de saúde. O reverso desse tipo de pensamento é a ilusão de que reparando as "faltas" ou seja, realizando "boas ações", pode-se mudar o quadro da doença. O profissional de saúde lidando com um paciente que se apresente nessa fase deve estar atento a esses aspectos ligados à culpa e, em especial, aos que concernem à auto-recriminação do paciente. O estigma social da AIDS pode constituir-se em um ponderável fator para a intensificação de tais sentimentos. É fundamental que o profissional de saúde tenha condições de observar em si mesmo uma eventual tendência à recriminação do paciente, movida pelo preconceito, a fim de poder trabalhar não alimentando uma postura discriminatória.

Lidando com o sentimento de culpa do paciente e desmanchando a ilusão de que, pela barganha, controla-se a doença, é quebrado o círculo vicioso da troca de promessas que só tem como efeito alimentar ainda mais a culpa, posto que as promessas normalmente não são possíveis de serem cumpridas.

Estar junto do paciente num momento de depressão no qual ele sofre com a possibilidade do afastamento de tudo e de todos que ama pode constituir-se em uma ajuda para a superação desse momento. Isso ocorre na medida em que o paciente pode realmente sentir e comunicar suas aflições e a dificuldade por que passa.

É uma fase na qual, comumente, há um pedido de ajuda que pode ser dirigido a um psicoterapeuta ou, mais freqüentemente, à religião. Acreditamos que a busca da religião é devido em especial ao fato de esta abranger questões de vida e de morte (vida após a morte), como se fosse a única coisa da qual não se despede quando se morre.

O momento da depressão pode ser seguido de aceitação da morte. Lúcida nessa fase é a consciência do estado de saúde e das possibilidades que a vida ainda pode oferecer. Nessa fase em que se superou tanto das próprias aflições, a pessoa não mais necessita negar a gravidade do seu quadro, não há mais revolta em relação a ele. A barganha também já perdeu o sentido, e mesmo a depressão já não é tão intensa. O indivíduo tem, então, condições de dispor de sua energia para objetivos que julgue prioritários. Pacientes como esses visam muitas vezes preparar seus familiares para sua falta. Há também casos daqueles que se voltam para objetivos altruístas, como a campanha de prevenção da AIDS, por exemplo.

As pessoas que alcançaram o estágio da aceitação têm muito a nos ensinar, pois sua lucidez já não é mais abalada pelas aflições e medos que, muitas vezes, ofuscam nossa capacidade de discernimento, principalmente no que diz respeito às questões do fim da vida, pela angústia que despertam.

As cinco fases descritas são ordenadas no sentido de um desenvolvimento que vai da primeira fase (negação) à última (aceitação). Ressaltamos, porém, que o fato de se alcançar determinado estágio não exclui a possibilidade de recaídas em fases anteriores. Momentos de crise às vezes desencadeiam a elevação da angústia a níveis insuportáveis, o que faz com que defesas psíquicas mais primitivas, como, por exemplo, a negação ou a atuação destrutiva movida pela ira, entrem em ação.

A passagem de um estágio para o seguinte pode ser considerada uma aproximação dos objetivos de uma eventual psicoterapia, posto que o alcance de tais objetivos coincide com a postura descrita como característica do período de aceitação.

A forma como são vividas essas etapas depende dos traços de personalidade de cada um. Para alguns casos a predominância de uma postura característica de um estágio pode perdurar até o fim da vida, sem que se observe uma evolução no sentido da aceitação.

Conclusão

O profissional de saúde, como qualquer pessoa, é acometido pelas ansiedades que a AIDS desperta.

O fato de até hoje não existir cura para o doente, aliado ao estigma social do paciente com AIDS e o conseqüente e natural medo do contágio, pode despertar no terapeuta, defensivamente, atitudes que o impedem de entrar em contato com o mundo mental do paciente, o que faz com que suas ações sejam guiadas por razões outras que não o bem-estar do paciente em questão.

A qualidade do atendimento pode sofrer graves prejuízos em decorrência da ansiedade experimentada pelo profissional de saúde que, inconscientemente, a transmite a seus pacientes.

Para se decidir sobre a autonomia do paciente, sua responsabilidade perante a lei e sobre a quebra ou não do segredo relativo ao diagnóstico, a equipe de saúde deve fazer um diagnóstico preciso das condições do paciente, e é muito importante que tal avaliação seja resultado de uma real aproximação e não a projeção de nossos "pré-conceitos" e pavores.

O combate ao "pré-conceito" deve ser prioritário, sob pena de nosso trabalho, enquanto profissionais de saúde, não oferecer qualquer benefício às pessoas já contaminadas, ou à coletividade em geral, inclusive no que se refere à elaboração de campanhas eficientes para a prevenção da doença.

Abstract—*AIDS: Attack on Psychic Defense System*

The authors deal with the consequences of the diagnosis of HIV infection on psychism, taking into account some characteristics of AIDS, for instance, the fact that the disease is incurable, and the social stigma it bears in view of the forme of acquisition.

The possibilities and limitations of an eventual psychotherapeutic approach are all discussed, emphasizing the possible difficulties faced by health professionals in dealing with patients that are soropositive, by considering his/her own anguish before the situation.

Bibliografia

1. Cassorla RMS. Lidando com AIDS: uma experiência de supervisão de equipe multiprofissional. Rev Fac Cien Med Univ Campinas 1990;2:24-9.
2. Costa JF. A inocência e o vício: estudos sobre o homocrotismo. Rio de Janeiro: Relume-dumará, 1992: 126-95.
3. Kelly JA et ai. Predictors of Vuinerability to AIDS risk behavior relapso. J Consult Clin Psychol 1991;59: 163-6.
4. Jacobsberg LB. Perry S. Psychiatric disturbances. Med Clin North Am 1992;76:99-106.
5. Kubbler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: EDART, 1977.

Endereço para correspondência:

*Cláudio CoLen Rua Teodoro Sampaio, 115
05405-000 São Paulo - SP*

[Índice Revista](#)