

Cognições, comportamento sexual e AIDS 2

Oswaldo M. Rodrigues Jr.¹

Há dez anos, ainda no início da divulgação sobre o síndrome de imunodeficiência adquirida, era comum homens com queixas sexuais virem à consulta com preocupações e ansiedades sobre o desempenho sexual responsabilizando a gonorréia e a sífilis por seus medos sexuais. Embora fáceis de tratar, estas doenças sexualmente transmissíveis serviam para vários pacientes se justificarem de não terem relacionamentos sexuais, fossem fora do casamento ou fossem, no caso de solteiros descompromissados, com quaisquer pessoas. A emoção sendo encoberta por uma justificativa pensada, por uma cognição.

Uma cognição encobrindo as dificuldades sexuais e sustentando-as.

Comum era ouvir paciente homens com queixas de disfunção erétil justificarem seu comportamento de esquila com o “perigo” de contraírem uma doença sexualmente transmissível.

O medo aparentemente mudou no mundo do sexo com a divulgação da Aids. As justificativas mudaram!

1 . Psicólogo atuando em terapia sexual junto ao Instituto H. Ellis. Centro Multidisciplinar para o Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade (S.P.); Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana (SBRASH); mestrando em Psicologia Social pela PUC-SP

Desde o final da década de 80, pacientes com as mesmas queixas se apresentam com o medo de Aids. Assim justificam não fazerem sexo. Pensam sobre o perigo da Aids, e sentem medo e não fazem sexo. Ao sentirem medo e, mesmo assim, tentarem fazer sexo, o desempenho fica prejudicado pela emoção adrenérgica, o que se torna nova justificativa reforçada deste medo.

Vejamos um exemplo do papel da cognição e a ação sobre o comportamento sexual realacionados com a Aids.

O estudante universitário G., 22 anos, apresenta-se com queixas de “*falta de desejo e excitação sexuais/impotência/necessidade de reavaliação da minha vida e parâmetros sexuais/busca de um maior envolvimento afetivo-emocional*”. As queixas duravam à 5 meses, quando percebeu declínio do desempenho sexual com a namorada da época, com a qual posteriormente rompera para não manter a existência do problema com ela. A situação iniciara-se três meses antes ao fumar *Cannabis sativa* com um grupo de amigos. Neste grupo, soube uma semana mais tarde, um dos rapazes era portador do vírus HIV. A partir de então inicia a pensar sobre poder ter contraído o vírus pelo cigarro compartilhado com o grupo.

Nos 5 meses de duração da queixa, fez dois exames para constatar HIV, os quais foram negativos. Consultou-se com um urologista sobre a queixa eretiva, quando fez exames de sangue (glicemia, prolactina, FSH, LH e testosterona) com resultados normais, ao que o médico prescreve cloridrato de ioimbina* por 50 dias em duas tomadas de 5 mg, sem resultados.

Apresenta-se referindo repetidos pensamentos sobre poder estar com HIV. Diariamente olha-se ao espelho procurando sinais na pele que possam indicar início de algum sarcoma de Kaposi; verifica número de fios de cabelo que lhe caem diariamente, imaginando-se ficando careca; pesa-se com frequência para cuidar de não estar perdendo peso... Todos os sinais são tomados como indícios, fios de cabelo no pente, peso abaixo em algumas dezenas de gramas, espinhas surgindo no rosto... O pensamento repetindo a possibilidade de ter contraído HIV.

G. lê tudo que lhe cai às mãos sobre Aids e sexualidade, tendo lido “vários” livros de Flávio Gikovate e “O relacionamento amoroso”, de Masters e Johnson (12). Matérias em jornais e

* Alcalóide extraído de uma espécie de árvore africana e/ou americana conhecida há cerca de 300 anos como tendo propriedades afrodisíacas, sendo vasodilatador periférico e estimulante do sistema nervoso central. Os efeitos sobre a ereção são no mínimo discutíveis, com pesquisas contraditórias desde a década de 60.

semanários são devorados à procura de informações sobre a infecção pelo HIV. Redunda cada vez mais o Pensamento de estar contaminado.

Torna-se erquivo de contatos com mulheres desde 4 meses antes da primeira consulta. O episódio constitui-se de um relacionamento único com uma garota, referida como bonita, e que se dizia tão envolvida que iria brigar com o namorado para ficar com ele; estavam em uma festa, bebera e fumara *Cannabis*. Ao se perceber sem ereção durante a festa com os abraços e troca de carinhos e beijos, evitou sair com ela da festa para um relacionamento sexual. Concedeu-se a incapacidade de ter relações sexuais, atribuindo-a, confusamente, a poder estar com Aids.

Ao pensar-se aidético, promove sentimentos e emoções negativas associadas ao sexo. Ansioso com relação ao desempenho sexual, diminui as chances de ter ereções pelo mecanismo adrenérgico que provoca a contração das trabéculas dos corpos cavernosos (13).

A busca de leitura de assuntos sexuais não o auxiliou a obter ou desenvolver cognições que produzissem o efeito contrário. Não se tratava de trocar cognições errôneas por outras adequadas ou corretas. O efeito positivo da biblioterapia (8, 18) não podia ser alcançado individualmente.

No linguajar de Beck e Clark (5) este paciente desenvolveu esquemas negativos, assemelhando-se a pacientes deprimidos. Neste caso não havia depressão, constatada pelo Inventário Beck de Depressão (3, 4), com pontuação dentro dos parâmetros de normalidade (7 pontos) (22). A ansiedade mostrou-se presente tanto na entrevista, na verbalização ansiosa, como também, através da Escala de Auto-eficácia Sexual (11, 20, 21), quando refere diretamente pensar na relação sexual de modo ansioso e com medo, apresentando falta de confiança no executar tarefas sexuais comuns a homens adultos (construto de auto-eficácia de Bandura - 1,2). G., em seu esquema ansioso, trazia a percepção de uma ameaça física (Aids), e numa sensação exagerada de vulnerabilidade. Assemelhando-se a pacientes depressivos, G. demonstrava a tendenciosidade em recordar os aspectos e fatos negativos. G. não havia desenvolvido qualquer estratégia de evitação voluntária da ansiedade, embora o comportamento de evitação de situações sexuais estivesse já instalado e o assustasse mais ainda.

A diferença de G. com outras pessoas que não apresentam o mesmo comportamento e nem desenvolvem a mesma resposta encontra-se em seus processos de pensamentos. G. apresentava processos de pensamento que sustentavam as formas dos problemas sexuais que surgiram e da ansiedade associada à Aids e ao sexo.

Ao se identificar enquanto homem, G. assimilou os papéis sexuais de um homem em nossa cultura de modo a ter que desempenhar sexo sempre

que solicitado. Em sendo filho mais velho e sentindo-se com responsabilidades em satisfazer as necessidades dos pais, G. não podia se conceber com a Aids. Estar, possivelmente, com Aids, implicava em trazer problema para os pais, descumprir as obrigações de filho. Ao pensar assim, G. sentia-se ansioso, e com redundância do pensamento de estar com Aids e das catástrofes que traria para a família. Suas obrigações seriam descumpridas. Assim, G. desenvolveu um sistema de crenças doentio, crenças negativas e destrutivas, irracionais e contrárias aos interesses de G. De acordo com as premissas de Ellis (6, 7) G. apresenta-se para psicoterapia em estado de pânico por estabelecer pensamentos que podem ser traduzidos como a exemplo de:

- *“Eu faço as coisas de forma boa e devo ser reconhecido por isso, ou então não valho nada “;*
- *“Eu não posso pegar Aids, pois assim as pessoas deixarão de me considerar um bom rapaz”;*
- *“Eu não posso ter uma namorada, pois se ela pegar Aids por minha culpa, eu não devo mais ser considerado, por isso nunca mais poderei ter uma namorada “;*
- *“Eu devo cumprir as expectativas de meus pais ou eles não mais gostarão de mim, pois não valerei mais nada”;*

Assim G. desenvolveu emoções incompatíveis com o desempenho sexual: ansiedade, a causa imediata das disfunções sexuais. Emoções com reações claras a definidas sobre o desempenho sexual sem a percepção voluntária que lhe permitisse reverter a situação sexualmente disfuncional, devido à mediação por cognições que o mantinham atento a circunstâncias dispersivas de seus sentimentos por si mesmo e pelo mundo.

A divulgação da Aids favorece o aparecimento de problemas sexuais em pessoas cujas estruturas cognitivas permitam o desenvolvimento de ansiedades intervenientes na função sexual, deteriorando o desempenho.

OUTROS COMPORTAMENTOS SEXUAIS E AIDS

Com a divulgação das coisas sobre a Aids, as pessoas tenderam a incorporar ao seu cotidiano idéias e preocupações que puderam surtir comportamentos de esquiva das situações de preocupação. Este comportamento de esquiva pode equivaler aos mecanismos de repressão da expressão sexual. Ao reprimirem a si mesmos em sua expressão sexual costumeira, normal, estas pessoas desenvolvem novos comportamentos para a satisfação sexual. Os comportamentos alternativos conduzem a desvios a parafilias. As alternativas são de inibição do desempenho sexual através das disfunções sexuais, a exemplo da disfunção eretiva ou inibições do desejo sexual.

Ao se esquivarem das situações ansiógenas sexuais, as pessoas encontram-se expressando-se através de variações antes não tão comuns. As parafilias são muito variadas em suas formas e dependentes do histórico de vida. Podemos ter extensa variação da expressão sexual parafilica (16, 17, 18).

A obtenção de excitação e prazer sexuais através de serviços telefônicos era praticamente inexistente e desaprovada socialmente no Brasil há apenas poucos anos. Pessoas que obtinham prazer sexual através de ligações anônimas (tele-escatofilia e/ou cropolalia), o faziam de modo ilegal, discando a qualquer pessoa, excitando-se quando percebiam o desconcerto da outra pessoa, ou estabulando conversação que não traria conseqüências em suas vidas com compromissos sociais. Os trotes, embora corriqueiros, nem sempre eram considerados enquanto jogos sexuais, mas como “trotes”. Este comportamento parafilico já mais conhecido em outros países, alastrou-se com o advento da Aids e a repressão do sexo genital.

A expressão parafilica como esquiva de situações potencialmente perigosas, conduz e é conduzida por substratos cognitivos que a sustente. Ao pensar a possibilidade de telefonar a alguém e obter satisfação sexual entabulando conversação de cunho sexual, a pessoa reproduz e repete o ato que conduz a prazer sexual sem o concomitante medo de adquirir uma doença incurável. Ao se pensar salva, a pessoa retoma indefinidamente o mesmo comportamento prazeroso.

Pelos jornais, pode-se perceber o quanto este comportamento se alastrou: crianças e adolescentes desenvolveram o hábito de excitar-se sexualmente ao telefone; guardas noturnos e funcionários públicos e de empresas privadas passaram a usar esta nova fonte de prazer.

Serviços, sempre com o consentimento e contratos legais com a TELESP, pelo Disque 900, prometem sexo seguro por telefone e arrebanham milhares de tímidos sociais e pessoas que buscam evadir-se da possibilidade de contrair Aids, evitar a ansiedade que o relacionamento sexual passou a significar. Um destes serviços, ainda atuantes no segundo semestre de 1994, é o número 900-0269 com anúncios pelos canais de televisão em horários noturnos, a exemplo da rede Bandeirantes de Televisão.

Por decisão unilateral e autocrática, a própria TELESP anunciou o fim de tais serviços por considerá-los problema à instituição devido ao número de reclamações surgidos de proprietários de linhas telefônicas. Pretende-se até o fim do ano de 1994 que todos os vários serviços sejam extintos.

Outros serviços tem sido criados para substituir os serviços telefônicos sexuais da linha 900 da TELESP. Anúncios em jornais diários ainda prometem estes serviços, como é o caso do “SEXOFONE”, pelo número 940-9000, com funcionamento restrito entre 7 e 22 horas, anunciando cobrança de impulsos por tarifas telefônicas normais (9); na mesma página texto anuncia o mesmo número como fone erótico para telenamoro.

Serviços telefônicos sexuais anunciando no Brasil mas baseados em outros países (Estados Unidos e Portugal, por exemplo) tem ganho o espaço deixado pela TELESP. “SEXYFONE-24 horas”, com “experiências quentes!”, ou “sexo ardente” (9) é um exemplo, mais comum em revistas eróticas.

Alternativas sem a divulgação de intenção sexual explícita tem proliferado com a consideração de legalidade (10, 14, 15). Surgem os Dique-namoro, Telemamide, ou simplesmente anunciam o número do telefone com a foto de uma moça conduzindo subliminarmente à busca de satisfação de necessidades, agora, inconfessáveis.

Este mecanismo de lidar com a ansiedade eliciada pela informação sobre a Aids pela mídia leiga, pode ser generalizada para outras parafilias, embora não se possa afirmá-lo sem pesquisas consistentes mostrando o aumento de parafilias. Somente no caso do “Sexo pelo telefone” temos um fenômeno em proporções sociais a sobre os quais podemos tecer considerações claras a diretas sobre os mecanismos cognitivos de formação de comportamentos parafilicos (diferenciando-os de parafilias exclusivistas).

POR CONCLUSÕES

Faz-se de extrema importância salientar que não se trata de divulgar ou não os fatos relacionados (ou não) à Aids. A estrutura cognitiva anterior, já desenvolvida pelo indivíduo é a que será responsável pela reação que a pessoa terá. Nem a Aids, nem a divulgação, seja da Aids ou qualquer outra doença sexualmente transmissível, será responsável pelo desenvolvimento de comportamentos sexuais disfuncionais ou parafilicos.

O fato externo facilita a expressão das ansiedades do indivíduo. A divulgação de doenças ou de outros fatos facilitam a expressão através de estados sexualmente disfuncionais ou de comportamentos parafilicos.

Devemos considerar a importância da divulgação de fatos a descobertas cognitivas em prol daquelas pessoas que não apresentam estas estruturas cognitivas que se justificam erroneamente através dos fatos divulgados através da mídia pela classe científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BANDURA, A. (1977): Self-efficacy: toward unifying theory of behavioral change, *Psychol. Rev.*, 84:191-215.
2. BANDURA, A. (1982): Self-efficacy mechanism in human agency, *Amer. Psychol.*, 37:122-47.

3. BECK, A. A.; WARD, A. J.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. (1961): An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4:561-71.
4. BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. (1982): *Terapia cognitiva da depressão*, Rio de Janeiro, Zahar Editores.
5. BECK, A. T.; CLARK, D. A. (1988): Anxiety and depression: an information processing perspective, *Anxiety Research*, 1:23-36.
6. ELLIS, A. (1977): Rational-emotive therapy: research data that support the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy, *Counseling Psychologist*, 7(1):2-43.
7. ELLIS, A. (1979): Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy, Monterey (Calif.), Brooks/Cole.
8. ELLIS, A. (1982): Tratamento da disfunção erétil, in LEIBLUM, S. R.; PERVIN, L. A.: *Princípios e prática da terapia sexual*, Rio de Janeiro, Zahar Editores S.A.
9. Folha de S. Paulo (1994): Classifolha Tudo/empregos/veículos, Folha de S. Paulo, ano 74 (23946), 25 de outubro de 1994, 7º caderno, pág. 13.
10. Folha de S. Paulo (1994b): Classifolha Tudo/empregos/veículos. Folha de S. Paulo, ano 74 (23946), 25 de outubro de 1994. 7º caderno, pág. 12.
11. LIBMAN, E.; ROTHENBERG, L.; FITCHEN, C. S.; AMSE, R.: The SSES-E - a measure of sexual self-efficacy in erectile functioning, *Journal of Sex and Marital Therapy*, II (4):233-47, 1985.
12. MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E.; KOLODNY, R. (1982): *O relacionamento amoroso*, Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira.
13. PUECH-LEÃO, P. (1990): A impotência sexual masculina, in PUECH-LEÃO, P.; GLINA, S.: *Os órgãos de Adão*, São Paulo, Editora Marco Zero.
14. Revista da Folha (1994a): Anúncios, Revista da Folha, ano 3(129):48.
15. Revista da Folha (1994a): Anúncios, Revista da Folha, ano 3(137):67,69,71.
16. RODRIGUES JR., O. M. (1991): *Objetos do desejo, das variações do comportamento sexual, perversões a desvios*, São Paulo, Iglu Editora,
17. RODRIGUES JR., O. M. (1992): O sexo diferente: dos desvios a perversões às parafilias, in LOPES, G.; CAVALCANTI, R.; ANDRADE, R. P. (org.): *Sexologia integral*, Curitiba, Relisul.
18. RODRIGUES JR., O. M. (1992): Biblioterapia em terapia sexual e disfunção erétil, in LOPES, G.; CAVALCANTI, R.; ANDRADE, R. P. (org.): *Sexologia integral*, Curitiba, Relisul.
19. RODRIGUES JR., O. M. (1994): El sexo que pocos hacen. *Anais do VII Congresso Latinoamericano de Sexologia e Educação Sexual (FLASSES)*, La Habana, novembro.
20. RODRIGUES JR., O. M.; DiSESSA, S. R.; COSTA, M.; HADDAD, S. (1991): Autoconfiança sexual em indicação de prótese peniana para disfunção erétil, *Revista Brasileira de Medicina*, 48(6):352-6.
21. RODRIGUES JR., O. M.; LIMA, M. Z.; CECARRELLO, C. V. (1992): Autoconfiança sexual em estudantes universitários: um estudo piloto descritivo de prevalência, *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, III(1), 95:111.
22. SILVA, A. C.; ROSA, T. (s/d): *Padronização do Inventário Beck de Depressão*, São Bernardo do Campo (SP). Instituto Metodista de Ensino Superior, mecanografado.