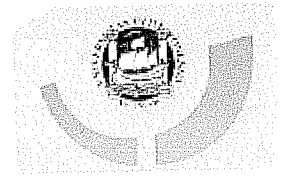


1120
3200
2990
3383

DM
INAC/L.1

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



Comportamentos de Risco numa Amostra de
Toxicodependentes inseridos em Programa de
Manutenção Opiácea, portadores do VIH/SIDA

Luís Manuel Dias do Nascimento Inácio

MESTRADO EM PSICOLOGIA
APRESENTADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
PSICOLOGIA CLÍNICA

2004

ISPA

16384

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

16384

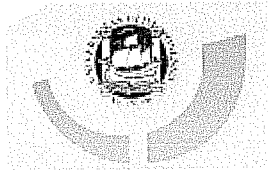
19.12.05

Tel: 21 001 27 50 • cl@ispa.pt

Com o objetivo para
os seus artigos e artigos
e Regos de Trabalho, e trabalhos
no âmbito da
profissional.
2005

~~AP/2005~~

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



Comportamentos de Risco numa Amostra de
Toxicodependentes inseridos em Programa de
Manutenção Opiácea, portadores do VIH/SIDA

Luís Manuel Dias do Nascimento Inácio

Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

MESTRADO EM PSICOLOGIA

APRESENTADO NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
PSICOLOGIA CLÍNICA

DISSERTAÇÃO ORIENTADA PELO: Prof. Doutor Manuel Matos

2004

ÍNDICE GERAL

	Página
RESUMO/ABSTRACT	6/7
AGRADECIMENTOS	8
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 - OS COMPORTAMENTOS DE RISCO NOS CONSUMIDORES DE DROGAS INJECTÁVEIS	
1.1. A injeção de drogas	20
1.2. A partilha de drogas e do material de injeção.....	27
1.3. Comportamentos sexuais de risco nos consumidores de droga.....	30
1.4. Mortes relacionadas com o consumo de droga.....	33
1.5. VIH e tentativa de suicídio.....	36
CAPÍTULO 2 – PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO OPIÁCEA (PMO)	
2.1. Os PMO com Metadona e a Buprenorfina.....	42
2.2. PMO e comportamentos de risco.....	44
CAPÍTULO 3 - UMA ABORDAGEM PSICODINÂMICA À TOXICODEPENDÊNCIA E AO VIH	
3.1. A Toxicodependência.....	48
3.1.1. Do objecto Transformacional ao Objecto Transicional.....	48
3.1.2. Da falência do objecto transicional ao objecto transitório patológico: as dependências.....	52
3.2. A Infecção pelo VIH/SIDA no sujeito toxicodependente.....	57
3.2.1. A autodestruição no toxicodependente.....	57
3.2.2. A conduta ordálica no toxicodependente.....	61
3.2.3. O esquecimento do preservativo.....	64
3.2.4. A perversão ou a relação pelo ódio.....	69
3.2.5. O desespero.....	76
3.2.6. O apoio psicológico.....	84

CAPÍTULO 4 – MÉTODO

4.1. Caracterização da Amostra.....	92
4.1.1. Idades.....	92
4.1.2. Escolaridade.....	93
4.1.3. Situação profissional.....	93
4.1.4. Com quem habita.....	94
4.1.5. <i>Overdoses</i>	94
4.1.6. Ano do diagnóstico do VIH.....	95
4.1.7. Conhecimento do diagnóstico.....	95
4.1.8. A quem revela o VIH.....	96
4.1.9. Ano da entrada no Programa de Manutenção Opiácea (PMO).....	96
4.1.10. Tempo que decorreu entre o diagnóstico e a entrada no PMO.....	96
4.1.11. Abandonos do PMO.....	98
4.1.12. Consumos.....	98
4.1.12.1. Álcool.....	98
4.1.12.2. Haxixe.....	99
4.1.12.3. Heroína.....	99
4.1.12.4. Cocaína.....	100
4.1.12.5. Comprimidos.....	100
4.1.13. Cuidados de saúde.....	100
4.1.13.1. Consultas no hospital.....	101
4.1.13.2. Interrupções das Consultas no hospital.....	101
4.1.13.3. Medicação antiretroviral.....	101
4.1.13.4. Interrupção da medicação.....	102
4.2. Instrumentos de avaliação psicológica.....	102
4.2.1. Questionário de Comportamentos de Risco.....	102
4.2.2. Escala de Risco Suicidário de J. Stork	
4.3. Procedimento.....	111
4.3.1. Descrição do procedimento.....	111
4.3.2. Ordem de apresentação das provas e instruções.....	112
4.4. Hipóteses.....	112

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS

5.1. Resultados Descritivos.....	118
5.1.1. – Resultados descritivos do Questionário de Comportamentos de Risco (QCR).....	118
5.1.1.1. Coluna X.....	119
5.1.1.2. Coluna Y.....	123
5.1.1.3. Coluna A.....	124
5.1.1.4. Interrupção das consultas no hospital.....	126
5.1.1.5. Interrupção da medicação antiretroviral.....	126
5.1.2. Resultados descritivos na Escala de Risco Suicidário de J. Stork.....	127
5.2. Inferências Estatísticas.....	128
5.2.1. Hipótese 1.....	128
5.2.2. Hipótese 2.....	129
5.2.3. Hipótese 3.....	131
5.2.4. Hipótese 4.....	132
5.2.5. Hipótese 5.....	133
5.2.6. Hipótese 6.....	134
CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO.....	138
CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES.....	164
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	169
SIGLAS.....	179
ANEXOS.....	183
<i>Anexo 1 – Questionário de Comportamentos de Risco (QCR)</i>	187
<i>Anexo 2 – Folha de Cotação do QCR</i>	197
<i>Anexo 3 – Escala de Risco Suicidário de J. Stork</i>	203
<i>Anexo 4 – Tabelas de Análises Estatísticas</i>	209
<i>Anexo 5 – Partilha Indirecta</i>	231

RESUMO

A infecção pelo VIH/SIDA é uma doença grave que, nos dias de hoje, continua a progredir entre a população mundial. Portugal é o país da Europa Ocidental com mais casos de VIH por milhão de habitantes. De todos os casos VIH/SIDA notificados em Portugal, cerca de 50% resultam da contaminação através da toxicod dependência. Os comportamentos de risco estão na base da transmissão do vírus entre os toxicod dependentes, principalmente, devido à partilha de material de injeção contaminado e relações sexuais desprotegidas.

Todavia, verifica-se que mesmo sem consumos activos de drogas, muitos toxicod dependentes em tratamento, seropositivos, continuam a incorrer em comportamentos que põem em risco a sua saúde - re-infectando-se pelo VIH e infectando-se com outras doenças sexualmente transmissíveis – mas também expondo outras pessoas à infecção pelo VIH.

A presente investigação procura avaliar os comportamentos de risco numa amostra de doentes toxicod dependentes em tratamento, seropositivos, inseridos em programa de manutenção opiácea (metadona e buprenorfina). Para o efeito são usados o Questionário de Comportamentos de Risco, instrumento construído pelo autor, e a Escala de Risco Suicidário de J. Stork.

Todos os sujeitos, da amostra, apresentam comportamentos de risco e a larga maioria deles (80%) obteve elevados valores na escala de risco suicidário.

Conclui-se que os comportamentos de risco, nestes doentes, estão associados a uma forte tendência de suicídio. Contudo, aqueles que apresentam valores normais na escala de suicídio (20% dos sujeitos) e que mantêm igualmente comportamentos de risco, usam determinados mecanismos de defesa mentais que os impossibilitam de cuidarem de si e protegerem os outros da contaminação pelo VIH.

O apoio psicológico é desejável para todos os sujeitos seropositivos, toxicod dependentes em tratamento, que apresentam comportamentos de risco.

Palavras-chave: Comportamentos de risco, VIH/SIDA, toxicod dependentes, instrumentos de avaliação, programa de manutenção opiácea.

ABSTRACT

The HIV/AIDS infection is a serious disease, still progressing in our time among world population. Portugal is the Western European country with more cases of HIV for million inhabitants. Of all the reported cases in Portugal, 50% of them are due to contamination by drug addiction. Risk behaviours are on the basis of virus transmission among drug addicts, mostly because of shared infected materials and unprotected sexual relations.

However, even without drug taking, many drug addicts in treatment, HIV positive, still develop behaviours that threaten/harm their lives - re-infecting themselves by HIV as well with other sexual transmissible diseases - and also other people, exposing them to HIV infection.

The present study aims to assessing risk behaviours in a sample of drug addict patients in treatment, HIV positive, following an opioid maintenance program (methadone and buprenorphine). For the purpose it is used the Risk Behaviour Questionnaire, designed by the author, and also the Suicide Risk Scale by J. Stork.

All the sample subjects, show risk behaviours and most of them (80%) present high scores in the Suicide Risk Scale.

It is concluded that risk behaviours, in these patients, are associated to a high trend of suicide. Nevertheless, those who show normal values in the suicide scale (20 % of the subjects) and who as well maintain risk behaviours, display some mental mechanisms of defence, which prevent them from taking care of themselves as well as others from being infected by HIV.

Psychological support is recommended for all the HIV positive subjects, drug addicts in treatment, showing risk behaviours.

Key words: risk behaviours, HIV/AIDS, drug addiction, assessment instruments, opioid maintenance program

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos doentes. Graças à disponibilidade que emprestam aos nossos encontros, as noções de crescimento mental e humano ganham contornos práticos. É a eles que dedico este trabalho.

A todos os meus colegas representados na directora do serviço, Dr.^a Marina Silva. Ao Dr. Nelson pelo profissionalismo com que colabora nas consultas do Seixal. Além de um óptimo clínico revelou-se um brilhante fotógrafo cujos trabalhos são de um exotismo refinado. À Patrícia, ao Rodrigo e ao Mestre Carlos Lopes pela colaboração neste trabalho.

À Dr.^a Maria José Vidigal pela inspiração e sugestões quanto à bibliografia. Ao Professor Manuel Matos pelas propostas e orientação do trabalho, cujo tema foi por ele abordado há já dez anos atrás. Desde então pouca coisa se tem publicado, nesta área, no nosso país.

À minha família pela bondosa paciência que demonstraram quanto ao meu pouco envolvimento nestes últimos tempos.

À Sónia pelo vigor e autenticidade que põe nas coisas e na vida.

INTRODUÇÃO

A SIDA é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), mas a origem deste vírus é desconhecida. De acordo com Kalichman (1998), alguns teorizam que o VIH já existia há bastante tempo, em várias regiões do mundo, mas só recentemente foi reconhecido; outros dizem que é a versão de uma mutação não-patogénica de um antigo vírus. Uma terceira linha de pensamento entende que o VIH tem a sua origem na zoonose¹, cujo vírus não-humano recentemente entrou nas populações humanas. Para o autor, a zoonose é a explicação mais provável para o VIH, porquanto, viroses similares existem em macacos que vivem em áreas circundantes de regiões de África onde o VIH é endémico. Todavia, esta última explicação não é consensual entre a comunidade científica. Maior aceitação recolhe a tese que preconiza que o VIH desenvolveu-se em humanos na África Central, tendo sido posteriormente expandido para outras regiões do mundo, principalmente, através do turismo e do comércio entre continentes.

Independentemente das suas origens, o primeiro caso identificado de SIDA surgiu na primavera de 1981 nos E.U.A. Desde então, e até à publicação do seu último relatório anual, em Dezembro de 2003, o organismo responsável por esta doença na ONU, a ONUSIDA, estima que em todo o mundo existam entre 34 e 46 milhões de pessoas que vivem com o VIH/SIDA (UNAIDS, 2003).

Portugal é o país da Europa Ocidental com mais casos de VIH, por milhão de habitantes. Em 2002, a taxa média de declaração do VIH, na Europa, foi de 76,1 novos diagnósticos por milhão de habitantes; sendo as taxas mais elevadas observadas em Portugal (255,0), na Suíça (105,2), no Reino Unido (101,1), na Bélgica (94,7) e na Irlanda (93,9); as taxas mais baixas registaram-se nos países nórdicos (Dinamarca: 53,5, Noruega: 54,1, Suécia: 32,4, Finlândia: 25,1) e na Grécia (37,9) e Alemanha (22,8) (CESS, 2003).

Se inicialmente a doença se associou aos homossexuais, rapidamente se constatou que, nos países ocidentais, a sua exponencial difusão ocorreu entre os consumidores de drogas injectáveis devido a troca de seringas e outros materiais associados à injeção de drogas. A toxicod dependência é responsável por cerca de metade dos casos de SIDA em vários países como Baraine, Georgia, Itália, Cazaquistão, Portugal, Espanha e Jugoslávia e 2/5 dos casos na Argentina e República do Irão. Nos últimos anos outros países juntaram-se a esta “maré de droga

¹ A zoonose é uma doença infecciosa transmissível, em condições naturais, dos animais vertebrados ao homem e inversamente. Ex.: psitacose, brucelose, tuberculose bovina (Manuila et al., 2001).

e sida” designadamente vários países asiáticos e do leste Europeu – Malásia, China, Federação Russa, etc. (Caetano, 2001). No Vietname, por exemplo, 65% dos casos de VIH ocorrem entre consumidores de droga injectada, devido ao uso de material contaminado (UNAIDS, 2003).

A par da toxicoddependência, tem vindo a surgir uma grande preocupação com a transmissão do vírus entre os heterossexuais dado que o número de infectados não pára de subir.

No que toca à prevenção, a ONUSIDA garante que “cada vez es mayor la evidencia de que las actividades de prevención en diversos países de ingresos elevados no se ajustan a los cambios que se producen en la propagación del VIH” (UNAIDS, 2003, p. 28). Corroborando esta afirmação, o relatório indica que os casos de blenorragia declarados aumentaram grandemente, desde a segunda metade da década passada, em países como a Inglaterra, Austrália, Países Baixos, Suécia e Suíça, o que parece indiciar que as actividades actuais de prevenção tem escassa repercussão entre a geração mais jovem. Como se sabe, aumentos de outras infecções de transmissão sexual podem pressagiar novos aumentos da incidência do VIH.

Não obstante as populações estarem informadas dos meios de transmissão do VIH, a história recente mostra-nos, através das várias campanhas de prevenção, que apelar à mudança de comportamentos só com base na informação tem-se revelado uma estratégia pouco eficaz. A informação é necessária mas não é condição suficiente para a mudança de comportamentos (Singh, 2003). No nosso país, a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS) reconheceu, no passado mês de Agosto, que a estratégia de prevenção no combate às novas infecções não tem atingido os objectivos a que se propôs (da comunicação social, 2004).

Manuel Matos (1994) questiona o relativo sucesso destas campanhas na modificação dos comportamentos das pessoas:

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 estarem informadas dos riscos da morte (p.205).

Em Portugal, como já se disse, cerca de 50% de todos os sujeitos infectados com o VIH contaminou-se através do consumo de drogas (CVEDT, 2003). Não é por isso de estranhar que, no nosso país, os Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) ao realizarem análises ao sangue a inúmeros toxicómanos, acabem por rastrear grande parte dos novos casos de sujeitos portadores do VIH.

Face ao significativo número de toxicodependentes seropositivos para o VIH em tratamento nos CAT, o psicólogo, e outros técnicos de saúde, confrontam-se com a necessidade destes doentes lidarem de uma forma ajustada com as suas problemáticas. E sublinhamos problemáticas porque se a intervenção terapêutica incide inicialmente sobre o pedido de ajuda na resolução do problema da toxicodependência, concomitantemente, teremos de acompanhar e diminuir o impacte psicológico, traumático, da doença VIH/SIDA.

Ademais, já a revista da CNLCS ("CAT - a dificuldade em trabalhar...", 2002) realçava a importância deste aspecto:

A toxicodependência é um dos factores que mais pesa no universo das pessoas infectadas pelo VIH. Os Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) têm um papel fundamental no domínio da prevenção dos riscos e danos decorrentes do consumo de drogas, assim como o rastreio, aconselhamento, encaminhamento e acompanhamento no tratamento dos toxicodependentes infectados pelo VIH (p.22).

Fazemos notar que a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida é o organismo estatal, tutelado pelo Ministério da Saúde, responsável pela a implementação de políticas na prevenção e luta contra o VIH/SIDA no nosso país. Após reconhecimento generalizado da importância dos CAT na prevenção dos riscos e acompanhamento dos seropositivos, esperar-se-ia políticas e directrizes consequentes na abordagem desta realidade. Todavia, e até à data, esta preocupação parece ter caído, estranhamente, em saco roto. Não houve normativos nem adaptação dos serviços para responderem a esta doença, não há grupos de trabalho e reflexão sobre esta matéria, nem tão-pouco formação dos técnicos para lidarem com os seus doentes seropositivos.

O interesse e disponibilidade manifestada pelo técnico de saúde mental para compreender e acompanhar o doente seropositivo nas suas angústias, mas também no delineamento do seu projecto de vida, cria condições para o estabelecimento de uma relação de confiança, tão privilegiada e tão única, que pode ser das mais

essenciais para o doente. O psicólogo, através da relação terapêutica e da utilização de instrumentos de avaliação, permitindo-se conhecer qual o perfil psicológico do seu doente seropositivo, poderá antecipar, acompanhar e auxiliar os seus receios e dificuldades. Dificuldades ao nível da adesão às consultas e medicação; ao nível da prevenção de riscos e danos para a sua saúde e para a dos outros; ao nível dos receios em revelar a sua doença aos familiares mais próximos e parceiros sexuais.

Perfilhamos a convicção de que o doente seropositivo, avaliado na sua globalidade (condições sócio-económicas, suporte familiar, crenças e receios sobre a doença,) e, principalmente, no reconhecimento dos seus traços de personalidade e funcionamento mental, produzirá um conjunto de informações da maior relevância que poderão e deverão ser usadas para o sucesso do seu tratamento. Os CAT são locais de eleição para a recolha de informações e acompanhamento psicoterapêutico do doente seropositivo e toxicodependente em recuperação.

Classicamente a reacção do sujeito face ao diagnóstico do VIH foi definida pela sequência de várias fases. Diante do choque inicial, seguir-se-ia uma fase de torpor e negação, dando lugar a acessos de idealização, ansiedade, raiva e, finalmente, culpa e depressão (Kalichman, 1998) Após este processo, o sujeito estaria preparado para lidar e integrar as perdas reais e, finalmente, adquirir um novo sentido para a sua vida.

Contudo, este processo só terá sucesso quando as fases iniciais terão sido toleradas e integradas. Mesmo assim, nestes pacientes, é possível o regresso a pontos anteriores das fases de reacção à infecção pelo VIH, supostamente já ultrapassadas. Frequentemente, observamos a persistência, a nível psicológico, de mecanismos defensivos, nem sempre ao serviço da aceitação das dificuldades, para lidar com o impacto traumático do VIH. Mecanismos de defesa, que incluem a clivagem e a identificação projectiva, o ataque ao pensamento (Bion, 1957) ou o colapso da função simbólica (Segal, 1978).

Por estes doentes já terem um percurso nas drogas consideramos a possibilidade das referidas defesas, utilizadas intensamente no passado recente, permanecerem activas no funcionamento do seu psiquismo, ou até mesmo tornarem-se mais acentuadas face ao diagnóstico do VIH. Ao já fragilizado mundo interno do toxicodependente associa-se uma terrível e ameaçadora doença que evocará o *retorno do mau objecto* (Fairbairn, citado por Nuttall, 2000), incapaz de ser controlado e fazendo-se acompanhar de ansiedades psicóticas primitivas.

Se, por um lado, há indivíduos que procuram adaptar-se ao estatuto de doente seropositivo e, deste modo, aderem às indicações terapêuticas e diminuem os comportamentos de risco, por outro lado, constatamos que alguns doentes não se organizam para cuidarem de si e protegerem os outros, adoptando, pelo contrário, comportamentos auto e hetero-destrutivos (e.g. manutenção dos consumos de drogas, relações sexuais desprotegidas, não adesão aos tratamentos hospitalares, etc.).

Estes últimos requerem por parte do técnico de saúde uma particular atenção, visto que, encontram-se em profundo sofrimento psicológico (nem sempre consciente), perigando, em variadas situações, a sua vida e a dos outros. Aliás, parece existir uma estreita relação entre a progressão do VIH, decorrente da fragilização do sistema imunitário, e a dor emocional (Vedhara et al., 1997).

Com este trabalho, procuramos contribuir para um conhecimento mais fino dos comportamentos de risco do doente seropositivo que é ao mesmo tempo, na nossa amostra, um doente toxicodependente em tratamento.

A principal questão que moveu este estudo poderá ser formulada do seguinte modo: porque razão estes doentes, conhecedores das formas de transmissão e de re-infecção do vírus da imunodeficiência adquirida expõem-se, presentemente, a situações de risco? Situações de tal forma graves que poderão impedir ou penalizar fortemente o tratamento em curso para a doença. Situações onde outras pessoas, igualmente, poderão correr riscos, sobretudo, através de relações sexuais desprotegidas.

Propomo-nos, também, aproximar dos motivos que conduziram, já no passado, estes doentes a enveredar por comportamentos de tal forma arriscados que, em muitos casos, resultaram na sua contaminação pelo referido vírus. O conhecimento das formas de transmissão do vírus contribuiu para a diminuição dos riscos? Após o diagnóstico de VIH o doente, também consumidor de drogas, passou a proteger-se mais dos riscos de infecção? A literatura têm demonstrado que sujeitos consumidores de drogas injectáveis, após conhecimento do seu VIH, continuam a encarrilar por práticas de risco nas áreas sexual e de partilha de material de injeção (Rhodes et al., 1993; Singh, 1993).

Devido à evolução da medicação antiretroviral, a mortalidade e morbilidade física dos doentes afectados pelo VIH diminuiu grandemente. Nos países com

recursos para tratamentos, esta infecção é já vista como uma doença crónica, tratável com uma terapia adequada (Boucher & Veilleux, 2002). Como o número de pessoas que se tornam infectadas é cada vez maior e elas continuam a viver com o VIH por longos períodos de tempo, há uma necessidade premente de acumular saberes que vissem apoiar homens e mulheres seropositivas e evitar a propagação do vírus.

Cabe ao psicólogo desenvolver modelos de compreensão do funcionamento psicológico destes doentes, por forma a encontrar respostas e estratégias que intervenham no sentido de diminuir as dificuldades sentidas por aqueles e, também, as experimentadas pelos técnicos de saúde.

A melhoria do bem-estar geral destes doentes passará, também, por mudanças nos comportamentos sexuais desprotegidos e nos consumos de drogas. Contudo, para que tal aconteça devemos compreender a realidade intrapsíquica destas pessoas que, tantas vezes, se sobrepõe a uma realidade externa, normativa e, quantas vezes, moralizante. Partindo deste pressuposto estaremos preparados para reflectirmos sobre o insucesso das campanhas de prevenção que, globalmente, alheiam-se do mais pálido intuito de compreender o funcionamento mental dos sujeitos que potencialmente poderão vir a ficar infectados e dos já portadores do VIH.

Tanto em uns como nos outros, há que identificar características preditoras dos comportamentos de risco e ir ao encontro da parte que “não escuta” as mensagens de prevenção. Ao longo deste trabalho estará presente a nossa preocupação relativamente à prevenção secundária (evitar que os sujeitos já infectados infectem outros) e à prevenção terciária (apoio psicológico e reintegração do sujeito seropositivo) subsistindo, em paralelo, o interesse pela prevenção primária (de que modo os sujeitos poderão modificar os seus comportamentos para não se colocarem em risco de serem infectados).

Desejamos com este estudo, passando a imodéstia, contribuir para a qualidade de vida dos nossos doentes e para o evitar de novas infecções através do VIH.

CAPÍTULO 1

**OS COMPORTAMENTOS DE RISCO NOS CONSUMIDORES DE
DROGAS INJECTÁVEIS (CDI)**

Por **comportamentos de risco** entendemos todo e qualquer acto que ponha em causa a saúde física e psíquica dos doentes - consumidores de drogas e seropositivos - mas também a saúde de outras pessoas, dependentes de drogas ou não, com quem eles mantenham contacto regular ou esporádico.

1.1. A Injecção de drogas

Segundo o relatório anual, do Observatório Europeu de Drogas e Toxicoddependência, provavelmente cerca de metade dos «consumidores problemáticos de droga¹» da União Europeia, isto é, 500 000 a 750 000 dos 1 a 1,5 milhões de consumidores problemáticos de droga estimados, consome droga injectada. A percentagem de consumidores de droga injectada varia consideravelmente de país para país e tem vindo a mudar ao longo do tempo, com uma diminuição dos níveis de injecção em quase todos os países na década de 1990, embora haja indícios de terem aumentado em alguns sítios recentemente. As estimativas nacionais do consumo de droga injectada variam entre dois e cinco casos por 1000 adultos (ou seja, 0,2% a 0,5%) (OEDT, 2003c).

Citando a ONUSIDA, Machado Caetano (2001) afiança que existirão talvez mais de 10 milhões de toxicoddependentes que se injectam em mais de 128 países, ao invés dos 80 países de há seis anos.

Num grande número de regiões, incluindo alguns países de Leste e do sul da Europa, a partilha do material de injecção, constitui a principal causa da transmissão do VIH (EMCDDA, 2001;CVEDT, 2003). Na Europa Oriental e Ásia Central registam-se níveis persistentemente altos dos comportamentos de risco entre os jovens - principalmente o consumo de drogas intravenosas e, em menor escala, as relações sexuais perigosas – impulsionam a epidemia (UNAIDS, 2003).

Os dados disponíveis sugerem que a prevalência da infecção por VIH entre os consumidores de droga injectada varia grandemente entre os diversos países europeus e no interior de cada um deles, desde cerca de 1% no Reino Unido até mais de 30% em Espanha (OEDT, 2003c).

¹ Entende-se por consumo problemático de droga o «consumo de droga injectada ou o consumo prolongado/regular de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas» (OEDT, 2003c).

Actualmente, em toda a Europa, estão declarados mais de meio milhão de indivíduos infectados pelo VIH, sendo que quase 50% (205 445) foram contaminados através do consumo de drogas intravenosas (CESS, 2003).

Nos Estados Unidos e Canadá aproximadamente 25% das novas infecções por VIH resultam do consumo de drogas intravenosas (UNAIDS, 2003).

Para Portugal estima-se uma taxa de prevalência de VIH, entre os consumidores de droga intravenosa, que oscila entre os 10 e os 42% (OEDT, 2003c). Ademais, em Portugal, de todas as categorias de transmissão do VIH/SIDA (heterossexuais, homossexuais/bissexuais, transfusionados, etc.) os consumidores por via endovenosa /toxicodependentes representam 48,4% do universo de todos os casos acumulados desde 1983, ou seja, 11 987 infectados de um total de 24 776 (CVEDT, 2004).

Admitindo que a larga maioria daqueles se tenha infectado devido à troca de materiais de injeção contaminados, e os restantes através de comportamentos sexuais desprotegidos, estes números evidenciam que os comportamentos de risco - ocorridos nos toxicodependentes que se injectam - são os maiores responsáveis, no nosso país, para a propagação do VIH/SIDA.

Face a este drama, consumado na crueza dos números acima referidos, em praticamente toda a Europa foram lançadas campanhas de informação e definidas medidas de redução de danos² cujo um dos objectivos principais seria refrear a marcha desta pandemia. Alguns países introduziram medidas, tais como a troca de seringas, ainda nos princípios dos anos 80³; outros só o fizeram na década de 90, sendo nestes últimos onde actualmente existe um grande impacto do VIH entre os toxicodependentes (EMCDDA, 2002a; Wiessing, 2001).

² O objectivo da redução de danos é diminuir ou eliminar os riscos corridos e danos causados pelo consumo de drogas, em todas as situações, mesmo quando o consumo de mantém (CENCD, 1998)

³É interessante constatar que enquanto em 10 anos (1987-1997) só quatro programas estratégicos nacionais, relativos à droga estavam implementados em países europeus, nos cinco anos posteriores entre 1998 e 2002 pelo menos vinte e cinco documentos foram adoptados a nível nacional e regional no domínio das drogas na União Europeia (EMCDDA, 2002a, p.15).

Actualmente, vigora na União Europeia um Plano de Acção em matéria de droga (2000-2004)⁴ que determina a aplicação de estratégias, na luta contra a droga, nos estados-membros através da implementação de actividades específicas em cada país (EMCDDA, 2002a).

A Comissão Europeia reconhece, no referido Plano de Acção, que onexo mais significativo entre o consumo ilícito de droga e os danos infligidos à saúde encontram-se nos indivíduos que se injectam, sendo um dos principais problemas no domínio da saúde pública a elevada prevalência da hepatite C e VIH/SIDA, bem como de outras doenças graves resultantes do consumo de droga por via intravenosa. Assim, as orientações futuras no domínio da saúde pública, para a Europa, deverão promover programas pertinentes, entre outros, em matéria de saúde pública – prevenção da SIDA e promoção da saúde. No campo da investigação relativa à toxicodependência há uma recomendação, ainda que discreta, no sentido de estudar e definir quais os factores psicológicos que intervêm no consumo de drogas (CE, 1999).

Uma primeira avaliação do Plano de Acção foi realizada em Novembro de 2002, tendo-se constatado que alguns objectivos foram alcançados, embora muito haja, ainda, por fazer. Assim, é necessário um maior esforço dos governos nacionais para desenvolverem programas de prevenção inovadores e, por outro lado, assegurar, também a nível político, os recursos adequados para a recolha dos cinco indicadores epidemiológicos-chave⁵ da saúde das populações (CEC, 2002).

A hepatite C implica custos sócio-económicos significativos e todos os países da União Europeia correm o risco de se verem confrontados com um aumento drástico das despesas de saúde. Os consumidores de drogas injectáveis constituem actualmente o grupo com maior risco de infecção, com infecções de Hepatite C na casa dos 40 a 90%. (OEDT, 2003b). A prevenção eficaz será, certamente, a chave

⁴ O Plano de Acção da União Europeia em matéria de droga (2000-2004) foi aprovado pelo Conselho Europeu de Santa Maria da Feira, em Junho de 2000, estabelecendo a estratégia da EU de luta contra a droga. Esta estratégia estabeleceu seis metas principais: 1- reduzir significativamente em 5 anos a prevalência do uso de droga e o número de novos consumidores, sobretudo, os jovens com menos de 18 anos de idade; 2- reduzir os danos para a saúde relacionados com droga e o número de mortes relacionados com droga; 3- aumentar substancialmente o número de toxicodependentes tratados com sucesso; 4- reduzir, substancialmente, as possibilidades de acesso a drogas ilícitas; 5- reduzir, substancialmente, os crimes relacionados com droga e 6- reduzir, substancialmente, o branqueamento de capitais e o tráfico de percursos (EMCDDA, 2002b).

⁵ Os cinco indicadores chave são: 1) A extensão e o tipo de droga usada na população em geral; 2) A prevalência do problema do uso de droga; 3) A procura de tratamento pelos toxicodependentes; 4) O número de mortes relacionadas com o uso de drogas e mortalidade dos toxicodependentes e 5) Os números das doenças infecciosas relacionadas com o uso de droga. Estes indicadores constam do Plano de Acção (CEC, 2002, p.7).

para a redução do fardo do sistema de saúde e do sofrimento humano. Estima-se que, por cada ano em que é adiada a prevenção de novas infecções do VHC na União Europeia, os custos de tratamento aumentem 1,4 mil milhões de euros.

Outro estudo que pretende estimar quais os custos económicos das doenças infecciosas (VIH, Hepatites B e C) relacionadas com o consumo de droga foi levado a cabo na União Europeia (NIPHE, 1999). Os custos estimados com aquelas doenças ascendem a 1871 milhões de euros para toda a União Europeia. O VIH absorve a maior parte destes custos (71%), seguido pela Hepatite C (24%) e Hepatite B (5%). Estes valores resultam do facto de na Europa estar disponível tratamento eficaz para as infecções por VIH e Hepatite C, e como frequentemente é muito elevada a prevalência das infecções entre os consumidores de drogas injectáveis (CDI), logo, os valores serão sempre elevados.

Sendo consensual que a toxicod dependência, e os consumidores por via endovenosa em particular, representam enormes custos para os sistemas nacionais de saúde e de apoio social, as políticas destinadas à prevenção e ao tratamento das infecções fazem parte das que apresentam um elevado custo-eficácia no domínio da droga (OEDT, 2003c).

Quanto a medidas preventivas relativas à toxicod dependência em Portugal, constata-se que, desde 1993, existe um programa de troca de seringas designado “Diz não a uma seringa em segunda mão” que funciona em colaboração com as farmácias e várias outras instituições de solidariedade social. O programa consiste no fornecimento de um kit⁶ que contém duas seringas, dois toalhetes, um preservativo, uma ampola de água bi-destilada, um filtro e uma bula com informação prática sobre comportamentos que permitem reduzir os riscos de transmissão do VIH e das hepatites.

Este programa foi objecto de um estudo avaliação em 2002 (IDT, 2003) que concluiu que, com a implementação desta medida, foram evitadas mais de 5000 novas infecções por VIH por cada 10 000 utilizadores do programa. Segundo o estudo, a partir de 1996 poderão ter sido evitadas, em média, cerca de 80 infecções mensais, podendo haver, agora, mais 45% dos casos de VIH entre os toxicod dependentes. O

⁶ A Associação Nacional de Farmácias reconheceu que o Kit disponibilizado pelo programa não promove as boas práticas de injeção, nomeadamente por não conter nem ácido ascórbico (ou equivalente) nem recipiente para a preparação da dose a injectar (Abraço, 2003).

investimento efectuado entre 1993 e 2001 na distribuição e recolha de seringas rondou os oito milhões de euros. Contudo, face ao número de infecções evitadas, este investimento terá contribuído para poupar mais de 1700 milhões de euros nos recursos financeiros associados ao tratamento de doentes com VIH/SIDA. Ainda que este programa não chegue a todo o lado, regozija-nos este exemplo de prevenção de doenças infecto-contagiosas entre os toxicodependentes, ao que tudo indica, com resultados positivos.

No ano de 1998 foi constituída, pelo governo de então, uma comissão de estudo com o objectivo de analisar e propor uma política de drogas que visasse uma nova e mais eficiente abordagem no tratamento e combate à toxicodependência no nosso país. Esta comissão⁷ produziria um documento que daria origem, em 1999, à Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga. Este documento revelou-se uma brilhante análise da situação em Portugal do estado das toxicodependências, afirmando-se como um valioso instrumento de trabalho na definição de inovadoras políticas para o combate da toxicodependência. Desta estratégia resultou o actual Plano de Acção – Horizonte 2004 com o estabelecimento de 30 objectivos na luta contra a droga (IPDT, 2001).

Infelizmente, ainda não houve a coragem de aplicar algumas propostas que constam do referido documento e que seriam determinantes na redução da toxicodependência e, conseqüentemente, no aparecimento de novos casos de VIH.

Referimo-nos, por exemplo, à proposta que preconiza a troca de seringas em meio prisional. Segundo a comissão, esta medida deveria ser adoptada de imediato e, contudo, já lá vão seis anos em que “o receio de admitir oficialmente a existência de drogas nos estabelecimentos prisionais tem dificultado o estabelecimento de medidas adequadas” (CENCD, p.49).

Quanto à proposta de facilitar a troca de seringas, não dependendo quase totalmente do Estado e das farmácias e explorando novas modalidades (eg. distribuidores automáticos), ainda está largamente por cumprir.

⁷ Esta Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga (CENCD, 1998), constituída por técnicos idóneos do nosso país, debruçou-se sobre a análise de vários domínios da toxicodependência: prevenção; tratamento, redução de danos e ressocialização; enquadramento legal; perspectiva internacional; investigação e formação; e implicações organizativas. Este documento continua a ser, na nossa opinião, um excelente instrumento de trabalho encontrando-se sub-aproveitado no que respeita à implementação de modernas políticas relativas à toxicodependência no nosso país.

A recomendação de programas integrados de tratamento da toxicodependência, através da administração de metadona, de medicamentos antiretrovíricos e medicamentos anti-bacilares ainda não se implementou⁸, nem se generalizou neste país. Conhecemos, apenas, a experiência do hospital Joaquim Urbano, no Porto, que tem tido bastante sucesso no tratamento e retenção destes doentes. Estamos a falar de pessoas em tratamento para a toxicodependência que também são seropositivas e, em cada vez mais casos, tuberculosas. Entendemos que estes programas integrados são fundamentais para o sucesso destes doentes que, em muitos casos, pouco apoio da família terão. Dada a dispersão dos serviços onde fazem a medicação (hospital, CAT e CDP) facilmente qualquer pessoa sentir-se-á desmotivada a fazer todos os dias uma “corrida de obstáculos” para se tratar. Impõe-se, por isso, concentrar a toma das diferentes medicações num mesmo local.

O papel que o psicólogo poderá desempenhar neste quadro de tratamentos integrados é importantíssimo. Na medida em que se pretende que o doente adira à vida e à medicação, o psicólogo, colaborando com outros técnicos, ocupa-se dos factores de resistência e de motivação para o sucesso do tratamento.

Quanto ao exemplo da primeira proposta, os sucessivos ministros da saúde e da justiça têm tido “pudor” em admitir a existência de droga nas prisões. Contudo, sabe-se que, pelo menos, cerca de 50% dos reclusos na União Europeia têm um historial de consumo de drogas (OEDT 2003a). Alguns prisioneiros começaram mesmo a consumir droga na prisão, tendo igualmente alguns dos consumidores iniciado o consumo por injeção nos estabelecimentos prisionais. Em certos estabelecimentos até 70% dos consumidores de droga injectada partilham agulhas e outro equipamento de injeção (OEDT, 2000). Deste modo, a prevalência do VIH e de hepatite entre os consumidores de droga por via intravenosa nas prisões é elevada nos países europeus. Em Portugal, entre os reclusos, 28% dos consumidores de droga por via intravenosa estão infectados com o VIH (Wiessing, 1999). De uma vez por todas, urge assumir esta grave realidade e desencadear rapidamente medidas de prevenção e de tratamento aos reclusos infectados.

⁸ A revista ContraSida de Dezembro de 2002, editada pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, anunciava para o ano seguinte, com grande entusiasmo, a criação dos Centros de Terapêutica Combinada (CTC). Dizia o artigo que “ mais de 200 farmácias vão desempenhar as funções de CTC” porquanto “os toxicodependentes são as pessoas que menos adesão têm à terapêutica e a adesão é fundamental para controlar a doença” (pág. 23). Até à data, aguarda-se a implementação deste projecto, a bem da saúde pública em Portugal.

As outras duas propostas talvez dependam de meras questões de organização e adaptação dos serviços, e algum dinheiro para contratação de técnicos. Se não gastamos algum dinheiro, quanto é que nós custarão estes doentes em termos de impacto e custos para a saúde pública? Quanto custarão os VIH's e as tuberculoses multirresistentes à medicação? Portugal é dos países da Europa com as mais elevadas taxas (senão a mais elevada) de VIH, Hepatite B e C e Tuberculose entre a população! (OEDT, 2000) Quando é que neste país se começa a fazer mais e melhor prevenção? A boa política é aquela que permite poupar muito dinheiro no futuro com algum investimento no presente⁹. O exemplo anteriormente referido do programa "Diz não a uma seringa em segunda mão" revelou-se positivo. Mas é pouco para um país com tanta gente doente e outra tanta que pode vir a ficar.

À escala nacional e internacional as campanhas de prevenção do VIH/SIDA teriam, e continuam a ter, objectivos em comum. Pensou-se que estando informados os consumidores de droga por via injectada (CDI) tomariam medidas adequadas para não se contaminarem. Com a disponibilidade dos programas de redução de danos, sobretudo a metadona e a troca de seringas, esperar-se-ia uma maior assepsia nos consumos e uma maior proximidade aos cuidados de saúde com maior possibilidade de tratamento do problema da toxicodependência. Em parte assim o foi, mas só em parte. Na verdade, em 1998, a publicação dos resultados de uma investigação revelou que foram eficazes os esforços realizados no Reino Unido com vista a consciencializar os CDI sobre os perigos de incentivar os consumidores que não se injectam a iniciar essa forma de consumo (OEDT, 2000).

Lamentavelmente, ainda que houvesse uma assinalável redução da utilização da injeção para consumo de drogas, nalguns países ocidentais este modo de consumo continua a prevalecer, e até a crescer noutros países (OEDT, 2003c), estando directamente relacionado com a expansão do VIH/SIDA. Não obstante tudo o que tem sido feito ao nível da prevenção e da saúde pública para o declínio do VIH (ainda que com muitas falhas), continua a existir um número incalculável de CDI imunes às campanhas de informação e prevenção dos riscos, resistindo à mudança da via utilizada para o consumo de drogas. Ao invés, estes CDI adoptam,

⁹ Temos conhecimento que um grupo de técnicos de saúde de diferentes áreas (pneumologia, infecciologia, técnicos ligados ao tratamento da toxicodependência) fez uma proposta, a instâncias superiores, para o funcionamento, em local definido, de um programa integrado de tratamento. Todos os técnicos se mostraram disponíveis para colaborar no projecto, faltando apenas mais um profissional de enfermagem e uma viatura para fazer medicação ao domicílio. O projecto foi chumbado por falta de verbas.

permanentemente, comportamentos de risco, pondo-se a jeito para se infectarem para o VIH. É tudo uma questão de tempo.

Não queremos com isto negar a validade dos bons programas de prevenção, mormente, quando se trata de prevenir doenças infecto-contagiosas. Aliás acabámos de reconhecer que estes são poucos e que deveriam ser incrementados. Simplesmente isto não chega, porque mesmo com a oferta de seringas novas, há sempre toxicodependentes que optam por usar material de injeção já utilizado por outros. Mesmo com preservativos nos bolsos, há quem prefira ter relações sexuais desprotegidas. Mesmo com toda a informação sobre os riscos de transmissão da SIDA, há quem arrisque. O nosso olhar vira-se para estes sujeitos e questiona-se sobre esta realidade.

A nosso ver, no campo da prevenção, terão que ser encetados mais e inovadores esforços no sentido de investigar, compreender e conseguir prevenir a transmissão das infecções a partir dos comportamentos de risco. Interessa, pois, averiguar que processos mentais estarão na base destes comportamentos de risco.

1.2. A partilha de drogas e do material de injeção

Em que circunstâncias continua a ocorrer partilha de seringas?

O acto de partilhar agulhas, seringas e outros utensílios relacionados com o consumo de drogas intravenosas não depende exclusivamente do conhecimento que o consumidor possui dos riscos que poderá correr (EMCDDA, 2001).

Para os teóricos da denominada investigação qualitativa, inspirados numa investigação de cariz etnográfico (Quirk et al., 1998) há factores de ordem social e contextual que influenciam a referida partilha, normas sociais relativas à prática do uso de drogas e negociação interpessoal dos comportamentos de risco e da sua redução.

A partilha dos materiais de injeção ou da solução da droga podem ser vistos, colectivamente, como manifestações simbólicas de reciprocidade e de ajuda entre os consumidores. Muitas vezes, por razões económicas, a droga é vendida em conjunto a dois ou vários consumidores o que implica a sua preparação conjunta e equitativa

partilha. Auxiliar o próximo a “tirar a ressaca” é, também, uma motivação comum para a partilha tanto da droga como dos utensílios.

Actualmente, sabe-se que não é só através da partilha directa de agulhas e de seringas infectadas que se dá a contaminação do vírus VIH. São conhecidos os riscos ocorridos aquando da denominada partilha indirecta¹⁰ de materiais de consumo, a partir dos quais há imensas probabilidades de transmissão do vírus VIH, como por exemplo a partilha comum:

- da água para preparar a solução de droga a injectar;
- do recipiente onde ocorre a preparação da droga;
- do algodão para filtrar a droga.

Em todos estes elementos, utilizados invariavelmente por toxicodependentes que se injectam, pode haver concentrações de VIH suficientes para transmitir o vírus a outro consumidor.

Mas quais serão as razões evocadas pelos consumidores, para além das já apontadas, para partilharem os utensílios? Eis algumas:

- Falta de material;
- Ressaca;
- Desconhecimento de uso prévio dos utensílios por outro utilizador;
- Intoxicação;
- Proximidade social dos parceiros com quem partilha.

A esta lista acrescentamos o desconhecimento que alguns consumidores terão tido, relativamente à possibilidade das várias formas de contaminação, sobretudo, através de via indirecta. Deste modo, levantamos a hipótese de que devido a este desconhecimento alguns toxicodependentes se possam ter infectado com o VIH.

Contudo, a abundância de informação vai tornando este desconhecimento cada vez mais raro.

Ao nível das relações afectivo/sexuais do consumidor de drogas, verifica-se que a partilha de seringas e agulhas continua a ocorrer com parceiros onde existe uma relação de alguma duração, amigos próximos e familiares. Neste tipo de relações, dar

¹⁰ Ver quadro descritivo das formas de partilha indirecta (Anexo 5)

ou receber material de injeção pode ser visto não como “partilha” que envolve riscos mas como mais um aspecto de um vasto padrão de reciprocidade que existe nestas afinidades. A partilha de droga pode ser usada para mediar e resolver conflitos, para fazer e preservar alianças e compensar anteriores violações de regras entre CDI (EMCDDA, 2001).

A partilha da droga e dos materiais de injeção, no contexto de um relacionamento sexual poderão ser percebidos como uma espécie de “fusão” para o par consumidor. Partilhar e consumir, nestas condições, assume um significado que transcende a evidência dos riscos que são corridos. Contudo, neste contexto, há que reconhecer que a partilha dos consumos de droga nem sempre é fruto da intimidade ou da confiança mútua. Muitas vezes, num casal, esta “partilha” acontece sob a égide do medo e da dominação, demonstrando quem detém o poder na relação. De acordo com os autores da anterior publicação (EMCDDA, 2001), vários estudos sugerem que a mulher CDI apresenta uma grande probabilidade de partilhar seringas e agulhas só com o seu parceiro sexual – muitas vezes após este parceiro ter usado primeiro - enquanto os homens têm mais probabilidades de partilhar com outros homens amigos. Este comportamento leva a que algumas mulheres ao protestarem ou questionarem os companheiros sobre os riscos que elas próprias correm, sejam alvo de violentas represálias. Os autores concluem que existe uma relação entre violência doméstica e comportamentos de risco para o VIH.

O interesse pelo tipo de personalidade do toxicodependente (à luz do D.S.M.) e os seus comportamentos de risco conduziu a um estudo sobre a Perturbação Anti-Social da Personalidade e a infecção pelo VIH em sujeitos consumidores de drogas injectáveis (Brooner et al., 1993). Neste estudo, verificou-se que os toxicodependentes com diagnóstico de perturbação anti-social da personalidade relatavam, significativamente, um maior número de partilha de seringas, e maior número de parceiros com quem partilham, comparativamente com sujeitos sem aquele diagnóstico. Os toxicodependentes anti-sociais teriam um maior abuso ou dependência de cocaína, álcool, sedativos e alucinógenos. Estes consumos poderiam ser responsáveis pela redução do controlo de impulsos contribuindo para um aumento dos comportamentos de risco e infecções VIH, designadamente nos consumidores de cocaína. Os autores concluem que há uma forte correlação entre a perturbação anti-social da personalidade, em sujeitos toxicodependentes, e a infecção pelo VIH.

Não obstante a partilha de droga e dos materiais de injeção serem comportamentos frequentes no contexto da toxicoddependencia, e que se inscrevem num vasto quadro de funções sociais (partilha de custos, evitar a ressaca, fazer e sustentar alianças), fica por responder a que funções psicológicas corresponderão os referidos comportamentos quando o consumidor tem conhecimento que o parceiro de quem recebe os materiais de injeção está infectado com o VIH e, nem por isso, deixa de utilizar esses mesmos materiais.

Com efeito, alguns dos nossos utentes afirmam ter utilizado o algodão ou a seringa de outro consumidor para aliviarem a ressaca, sabendo, na altura, que o fornecedor seria seropositivo. Quando, por nós, confrontados com os motivos de tal atitude, invariavelmente, respondem: “ Quando se está a ressacar o mais importante é tirá-la..., pode-se até saber que o outro tem doenças, mas nisso só se pensa depois de aliviar a ressaca”, ou ainda, “Nestas alturas fica tudo ao sabor da sorte, se tiver que acontecer, acontecerá...”.

1.3. Comportamentos sexuais de risco nos consumidores de droga

Investigações sugerem que aproximadamente dois terços de consumidores de droga por via intravenosa (CDI) nunca usam preservativos com os parceiros únicos/ regulares e cerca de um terço nunca usa preservativos com parceiros ocasionais (EMCDDA, 2001).

Associando estes dados aos indicadores sobre os elevados índices de mudança de parceiro sexual entre a população toxicoddependente, facilmente conclui-se que a transmissão do VIH torna-se significativamente crescente entre os CDI e os seus parceiros que, nalguns casos, apesar de consumidores não utilizam a droga de forma injectada. (Quirk et al., 1998). Não raramente, os parceiros sexuais dos CDI não são consumidores de drogas e, inicialmente, desconhecem a dependência do companheiro. O estigma relacionado com a injeção de drogas leva a que a sua revelação seja evitada o mais tempo possível. As mulheres estão particularmente em risco quando os parceiros partilham seringas e não utilizam preservativos.

A maneira como o preservativo é usado depende do contexto dos encontros sexuais. O sexo desprotegido é visto, muitas vezes, como um aspecto normal e legítimo num relacionamento heterossexual a longo-prazo entre os toxicoddependentes.

A transição do sexo protegido para o sexo desprotegido (pondo de lado o preservativo) sela simbolicamente a seriedade e o compromisso da relação, remetendo para segundo plano os potenciais riscos (EMCDDA, 2001). Nestas circunstâncias, o medo da infecção é secundário, o que reforça a ideia de que a sobrevalorização da relação leva à subvalorização das formas de transmissão da doença, isto é, o afecto é irracionalmente interpretado como protector da infecção (Cláudio et al., 1994).

Enquanto a partilha de seringas já não é considerado um comportamento socialmente aceitável entre muitos CDI em Londres, excepto em redes fechadas ou sob circunstâncias sociais específicas, o sexo desprotegido ainda é visto como um risco aceitável (Quirk et al, 1998), exceptuando nos encontros sexuais em que um dos parceiros toma conhecimento que o outro é seropositivo podendo haver negociação quanto à utilização do preservativo. Ainda assim, o sexo desprotegido continua a ocorrer entre os CDI portadores do VIH e os parceiros sexuais seropositivos ou seronegativos.

Alguns estudos mostram que a tentativa da mulher para iniciar o uso do preservativo pode resultar, por parte do parceiro, em ameaça de violência e coerção emocional para manter a relação sexual desprotegida. Estão relatados casos de violência física resultantes daquela situação (EMCDDA, 2001).

Investigações várias continuam a demonstrar que homens e mulheres após terem recebido o teste de seropositividade para o VIH continuam a ter comportamentos sexuais que põem em risco outros parceiros de se infectarem com aquela doença (Kalichman, 2003). Este risco é extensível aos próprios que, muitas vezes, se expõem a re-infecções do VIH ou a contaminações de outras doenças sexualmente transmissíveis. Por exemplo, Singh e colaboradores, citado por Kalichman (2003), afirmam que 29% dos CDI, tendo conhecimento do seu VIH, apresentam práticas sexuais de risco; um outro estudo de Rhodes e Cusick (2000) conclui que 60% dos CDI assumem terem tido relações sexuais desprotegidas desde que têm conhecimento do seu diagnóstico.

As condições económicas e o sexo de sobrevivência serão algumas das razões a considerar na tentativa de compreender o ponto anterior. É provável que um número de mulheres e homens seropositivos que se envolvem em práticas sexuais desprotegidas a troco de dinheiro ou drogas, devido às suas condições económicas existentes antes de se tornarem seropositivos, não melhorem o seu comportamento

após o diagnóstico. Um estudo realizado com uma amostra de seropositivos toxicod dependentes, em tratamento, verificou que 24% já tinha trocado sexo por dinheiro (Kalichman, 2003). A utilização do preservativo é menos consistente, quando a mulher que se prostitui é utilizadora de drogas injectáveis. A capacidade para negociar a utilização do preservativo com o cliente pode estar comprometida devido ao síndrome de privação da droga ou intoxicação (EMCDDA, 2001).

Vários outros estudos (Kennedy, citado por Kalichman, 2003; Remien et al., 1993) sugerem que estados afectivos negativos incluindo depressão, ansiedade e hostilidade estão correlacionados com práticas sexuais de alto risco entre homens seropositivos. Homens e mulheres seropositivas que mantêm relações sexuais desprotegidas têm maior tendência à depressão do que seropositivos que só praticam sexo seguro. Por sua vez, a percepção que o sujeito tem do pouco suporte social, é um factor preditor da depressão (Kalichman et al., 1997; Kelly et al., 1993).

No interior das teorias cognitivas, donde decorre a generalidade da investigação realizada na área do VIH, tem havido um esforço para compreender os comportamentos de risco a nível sexual. Neste sentido, Folkman e colaboradores (1992) verificaram que tanto homens seropositivos como seronegativos que têm um comportamento sexual de risco, usam menos estratégias de *coping* para lidarem com o *stress* do que homens que apresentam comportamentos sexuais de baixo risco. De acordo com a teoria cognitiva, o conceito de *coping* é definido como os pensamentos e comportamentos usados pela pessoa para lidar ou alterar o problema causador, neste caso, o *stress*.

Ainda segundo os autores do estudo acima referido, não obstante o comportamento sexual poder ajudar alguns indivíduos a reduzir a tensão e fazer sentir-se melhor no momento, quando o comportamento sexual inclui práticas sexuais desprotegidas é resultado de uma forma desadaptada de *coping* porque coloca o próprio e os parceiros sexuais em risco para a transmissão do VIH. Ainda neste modelo cognitivista, a interpretação dos comportamentos sexuais de alto-risco como resposta do *coping* a situações de *stress* é similar a interpretações oferecidas para outros comportamentos de risco como sejam o uso do tabaco, opiáceos e álcool.

A investigação refere que continua a existir uma forte ligação entre o abuso de substâncias e os continuados riscos sexuais. Abuso de álcool e droga (opiáceos e cocaína) estão frequentemente associados a comportamentos sexuais desprotegidos,

incluindo os praticados em casais VIH serodiscordantes (Remien et al., 1995 ; Quirk et al., 1998).

Algumas explicações foram já avançadas para justificar situações onde ocorrem comportamentos sexuais de risco envolvendo doentes seropositivos. No entanto, seria interessante compreender, a um nível mental mais profundo, o que motivará utentes seropositivos a manterem relações sexuais desprotegidas com as respectivas companheiras (ocasionais ou únicas); ou o que levará sujeitos seronegativos a ignorarem o preservativo na incerteza do estado de saúde do parceiro sexual. As respostas mais frequentes, ouvidas em consulta, referem-se “à falta de prazer com o preservativo” ou “como não sinto nada (sintomas da doença VIH) esqueço-me do preservativo” ou ainda “naquele momento é tudo tão rápido e intenso que não há tempo...”.

1.4. Mortes relacionadas com o consumo de droga

Na Europa ocidental, os consumidores de opiáceos têm um risco de morte prematura 20 a 30 vezes superior à da população em geral do mesmo nível etário (EMCDDA, 2001).

A *overdose* (sobredosagem de droga) é uma importante causa de morte entre os jovens principalmente do sexo masculino, na maior parte dos países da União Europeia (EU). Na EU, todos os anos são notificados 7000 a 9000 óbitos por intoxicação aguda relacionados com o consumo de droga. A maior parte das vítimas são jovens na faixa etária dos 20 ou 30 anos (OEDT, 2003c).

A taxa de mortalidade elevada entre os consumidores problemáticos de droga, não só se deve às *overdoses*, mas também à SIDA e outras doenças infecto-contagiosas, acidentes e suicídios.

São conhecidos vários factores de risco para as *overdoses* de opiáceos: administração por via intravenosa¹¹; consumo concomitante com outros depressores do sistema nervoso central (por exemplo, álcool ou benzodiazepinas); falta de tolerância depois de um período de abstinência (por exemplo, saída da prisão ou alta

¹¹ A mortalidade entre os consumidores de droga injectada é duas a quatro vezes superior à dos consumidores de droga não injectada (OEDT, 2003c).

de um programa de tratamento); envelhecimento do organismo (talvez em consequência da conjugação de doenças do fígado ou doenças respiratórias) e alterações inesperadas do grau de pureza da droga (OEDT, 2003c).

Cabe aqui distinguir as *overdoses* fatais das *overdoses* não-fatais. Se as primeiras levam à morte do utilizador de drogas, as outras implicam a sua sobrevivência devido ao socorro dos parceiros consumidores ou de pessoal médico e, habitual, hospitalização. Vários estudos, demonstram que os índices de *overdoses* não-fatais são frequentes numa grande percentagem de CDI. Muitos deles terão várias *overdoses não-fatais* ao longa da sua vida (EMCDDA, 2001).

Este facto sugere que a *overdose* não-fatal é ela própria um factor de risco, na medida em que cada *overdose* aumentará a probabilidade de posteriores *overdoses*. Ou seja, a prevalência das *overdoses* não-fatais indica um alto risco de vir a surgir uma *overdose* fatal.

Continua a persistir o debate em torno das *overdoses*. A discussão não é conclusiva, porque há quem considere que a intoxicação aguda de drogas poderá resultar de uma não intencionalidade do consumidor em morrer que, num acidente inesperado, acaba por perder a vida. Naturalmente, se a droga que é vendida contém substâncias venenosas que provocam a morte, sendo do desconhecimento do consumidor, estamos perante um acidente imprevisível. Há também quem pense que pelo facto dos riscos serem bem conhecidos e esperados, como já foi assinalado, a intoxicação aguda pode muito bem ser prevista. Basta para o efeito, por exemplo, o consumidor associar, conscientemente, várias drogas, ou consumir doses superiores ao que habitualmente o seu organismo tolera.

A generalidade dos consumidores sabe que a droga ajuda a eliminar as inibições, aumenta a impulsividade, a agressão, a auto-acusação e diminui o julgamento devido aos efeitos da intoxicação. Estes factores, também, facilitam os comportamentos suicidários.

Num inquérito, realizado no Reino Unido, quando questionados sobre o perigo da *overdose* os CDI admitiram-na como um dos “principais riscos” associados à injeção mas, também, como sendo um risco “legítimo” ou “aceitável” associado à rotina dos consumos (Rhodes, citado por EMCDDA, 2001). Apesar dos riscos estarem claramente identificados pelo sujeito, nem por isso ele deixa de os aceitar.

Na Noruega realizou-se uma investigação em que os autores (Rossow & Lauritzen, 1999) propuseram-se avaliar se existiria alguma relação entre as *overdoses* não-fatais e as tentativas de suicídio, numa amostra de mais de 2000 toxicodependentes. Verificaram que cerca de metade (45,5%) dos sujeitos já tinham tido uma ou mais *overdoses* não-fatais e que cerca de um terço (32,75%) fez uma ou mais tentativa de suicídio. Por outro lado, comprovaram que as tentativas de suicídio são mais vezes relatadas entre os consumidores de droga que já tiveram *overdoses* não-fatais e que o número destas e das tentativas de suicídio estavam positivamente e moderadamente associados. Os toxicodependentes que apresentavam a conjugação destes comportamentos de risco (tentativas de suicídio e *overdoses*) eram caracterizados pelo uso de várias drogas, integração social pobre e comportamentos de risco relacionados com o VIH (partilha de seringas e sexo desprotegido com pessoas seropositivas). Concluem os autores que existe uma substancial relação entre as tentativas de suicídio e as *overdoses*, o que sugere que alguns factores de base serão comuns aos comportamentos de risco. Factores relacionados com o uso de drogas duras e com a pobre integração social.

Para além da conclusão, há alguns outros dados que vale a pena realçar neste estudo. Conceptualmente os termos tentativa de suicídio e *overdose* são vistos em distintas categorias; o primeiro nasce de uma intenção consciente de ameaça à vida, enquanto o último é geralmente considerado como um acidente não-intencional resultante da ingestão de drogas. Segundo os autores, empiricamente, os dois tipos de comportamento não podem ser separados. Assim, o mesmo acontecimento pode ser considerado pelos toxicómanos, retrospectivamente, tanto como uma *overdose* como uma tentativa de suicídio. Ou seja, nestas condições a *overdose* assume propositadamente a intenção de suicídio.

Observou-se, também, que estes comportamentos de risco tendem a ocorrer repetidamente. Dos toxicodependentes que realizaram tentativas de suicídio, mais de metade (56,1%) referiram que o fizeram duas ou mais vezes. Daqueles que já tinham sofrido *overdoses*, 70% tiveram-nas duas ou mais vezes, e 16% relataram ter tido nove ou mais *overdoses*. Neste contexto, Farrel et al. (referidos por Rossow, I., & Lauritzen, G., 1999) sugere a possibilidade de existir um *continuum* entre *overdoses* não-fatais, *overdoses* acidentais fatais e *overdoses* deliberadamente fatais.

Em outro estudo que procura avaliar as características da personalidade do consumidor de drogas adolescente e a sua propensão para o suicídio, Bolognini et al.

(2002) verificaram que a dependência emocional é elevada nos sujeitos com tentativas de suicídio. A dependência emocional está relacionada com outros distúrbios, tais como, o humor deprimido e a ansiedade de separação. A probabilidade destes sujeitos realizarem uma tentativa de suicídio aumenta oito vezes. Os autores afirmam que durante a infância os comportamentos que melhor podem ser usados como preditores das tentativas de suicídio são aqueles que contradizem as normas esperados nos géneros, ou seja, raparigas com comportamento agressivo e rapazes com comportamento dependente. Conclui o estudo, que a dependência emocional pode ser um factor determinante para as tentativas de suicídio nos consumidores de droga.

1.5. VIH e Tentativa de Suicídio

Pessoas seropositivas para a infecção do VIH têm mais pensamentos sobre suicídio e mais frequentemente tentativas de suicídio quando comparadas com pessoas seronegativas (Komiti et al., 2001; Catalan, 1995). Não obstante, o risco para completar o suicídio é, apenas, modestamente alto para pessoas com o VIH/SIDA (Marzuk et al., 1997). As perturbações depressivas são prevalentes entre os seropositivos. A depressão é um importante factor de risco nas tentativas de suicídio (Roy, 2003).

Os estudos demonstram que as tentativas de suicídio ocorrem relativamente próximas após o conhecimento do diagnóstico de VIH, sendo o risco de suicídio mais elevado aquando dos primeiros sintomas da doença. O aparecimento das manifestações de SIDA declarada pode, também, revelar-se um importante factor no desencadear pensamentos de suicídio (Kalichman, 1998).

Os sintomas físicos apresentam-se como importantes mediadores entre a depressão e as tendências suicidas. Quanto mais a saúde declina, devido ao progresso da doença, ameaçando uma dependência a longo-termo do doente, maior é o risco de suicídio (Marzuk, et al., 1997).

Genericamente, as reacções relacionadas com a infecção pelo VIH, não divergem substancialmente do que é conhecido sobre reacções de ajustamento a doenças incuráveis (Teixeira, 1993). O desejo de morrer, em situações de dependência prolongada, é comum a outras doenças crónicas e não exclusiva do VIH/SIDA (Komiti, 2001).

Factores preditores para os pensamentos e tendências suicidas na infecção pelo VIH, são comuns para a população em geral (Rosengard et al., 1997). A depressão, a ausência de suporte social, a incapacidade de integração em grupos sociais, a preexistência ou coexistência de distúrbios afectivos ou cognitivos e o consumo de substâncias, encontram-se entre os factores que aumentam o risco de suicídio (Marzuk et al., 1997). História prévia de tentativa de suicídio, eleva o risco de se voltar a repetir nestes doentes.

Comportamentos de evitamento-fuga (e.g., o uso de drogas e/ou álcool) e pensamentos de evitamento-fuga (e.g., pensamentos melancólicos e fantasias ameaçadoras) aumentam a angústia, enquanto a partilha dos receios diminui as angústias (Rosengard, 1997).

Por entender que não são evidentes os motivos que levam os seropositivos a cometerem tentativas de suicídio, A. Roy (2003) realizou um estudo onde procurou avaliar se haveriam diferenças significativas nas características dos sujeitos com VIH com tentativas de suicídio comparativamente com sujeitos com VIH mas que nunca fizeram qualquer tentativa de suicídio. Todos os participantes da sua amostra tinham uma história de consumos de drogas.

Segundo ele, os comportamentos de suicídio revelam-se numa interacção entre factores de risco ocorridos no passado do sujeito e os factores de risco actuais, como o VIH, que podem precipitar a tentativa de suicídio. Deste modo, encontrou diferenças significativas, entre os dois grupos, para três factores de risco no passado destes sujeitos. Os sujeitos seropositivos com tentativas de suicídio, comparativamente com os seropositivos sem tentativas de suicídio, revelam significativamente:

- 1-Uma maior proveniência de famílias com histórias de risco de suicídio;
- 2-Mais abusos emocionais, físicos e sexuais na infância, negligência emocional e física;
- 3-Apresentam maior neuroticismo. Este factor está associado à toxicoddependência e à depressão. Esta última, por sua vez, está muito associada a comportamentos de suicídio.

Conclui o autor que os factores de risco relativos aos comportamentos de suicídio em sujeitos infectados pelo VIH, podem ser, de facto, interactivos entre o passado e o presente. O diagnóstico de VIH positivo pode ser um factor de risco actual

que pode levar a tentativas de suicídio na presença de anteriores factores de risco, como por exemplo traumas de infância e toxicod dependência, que podem também predispor para o desenvolvimento da depressão. Pelo facto da depressão estar significativamente associada às tentativas de suicídio entre sujeitos com VIH, Roy sugere o seu tratamento como fundamental para a prevenção do suicídio.

Das investigações acima apresentadas, verificamos que o VIH, sobretudo as suas limitações decorrentes da progressão da doença, poderá ser um factor de risco para a ideação e tentativa de suicídio. Contudo, as tentativas de suicídio registam-se noutras doenças igualmente graves, como por exemplo o cancro. O que poderá fazer a diferença entre os sujeitos infectados pelo VIH que realizam ou não as tentativas de suicídio poderá ser a sua história de vida, cujo passado foi marcado por acontecimentos negativos. Assim, gera-se uma personalidade mórbida que terá menos defesas para lutar contra a depressão decorrente da infecção pelo VIH.

CAPÍTULO 2

PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO OPIÁCEA (PMO)

2.1. Os programas de manutenção opiácea com Metadona e Buprenorfina

A metadona é um medicamento narcótico, sintético e de longa acção, que é usado para tratamento da toxicoddependência desde 1960 nos Estados Unidos. É um opiáceo agonista, o que significa que a sua acção é similar à morfina e a outros medicamentos narcóticos. Quando usado em doses adequadas no tratamento de manutenção, a metadona não produz euforia, sedação ou efeitos analgésicos. As doses devem ser individuais em função do peso do utente e da sua tolerância aos opiáceos. As doses são tomadas diariamente e têm a duração, no organismo, de 24 a 36 horas. O objectivo da dose de manutenção é parar o desejo de consumir drogas de rua, sem criar os efeitos de euforia ou sedação (Lindesmith Center-Drug Policy Foundation, 2000).

A buprenorfina é também um opiáceo, sintético, com efeitos agonista parcial e antagonista dos receptores opiáceos, sendo absorvida por via sublingual. Descoberto na década de 60, tem sido usada mundialmente desde os anos 80 como analgésico. Utilizada no tratamento da dependência aos opiáceos, a buprenorfina tal como outros opiáceos (heroína, morfina e metadona) cumpre os efeitos desejados (alívio da privação da droga) e provoca dependência quando é tomado regularmente. Em Portugal começou a ser utilizada a partir de 1999.

Ambos os medicamentos apresentam resultados similares na retenção e redução do uso da heroína (Lintzeris, 2004). O seu objectivo último é ajudar no tratamento do toxicómano e na prevenção da sua recaída. Ainda assim, alguns doentes, mantêm consumos regulares ou esporádicos de drogas, ilícitas ou lícitas, associados aos medicamentos opiáceos. Infelizmente, ainda não se descobriu a pílula “mágica” que cura a toxicoddependência.

Com estes medicamentos propõe-se ao doente a substituição dos consumos de heroína de rua, pela toma de um medicamento opiáceo medicamente controlado. Não é necessário fazer uma desintoxicação, fazendo-se a troca quando o doente começa a apresentar sinais físicos da falta de heroína (síndrome de privação), iniciando-se a toma do substituto, sob controlo médico, ajustando-se a dose até à estabilização. Deste modo, ele perde a necessidade física de consumir e anula ou reduz bastante o mau estar psicológico por falta de droga. Contudo, mantêm-se a dependência de opiáceos (Patrício, 2002).

Partilhamos da mesma opinião de Patrício (2002) quanto à opção pela escolha destes medicamentos:

(...) o tratamento com opiáceo de substituição não deve ser a primeira resposta terapêutica a promover: deve ser equacionada quando os outros métodos terapêuticos não tiverem sido suficientes para ajudar o doente, quando tiver havido equívocos terapêuticos anteriores e, naturalmente, quando existir indicação para primeira escolha. De facto, se existem contra-indicações para o uso destes medicamentos, também há indicações específicas para que a substituição opiácea seja tratamento de primeira linha, nomeadamente nas grávidas e em doentes fisicamente ameaçados com graves doenças infecciosas (p.151).

Como estes medicamentos provocam a dependência, a metodologia terapêutica deverá ser planeada por forma a que mais tarde, quando for oportuno, se termine com essa dependência. Todavia, estes programas terapêuticos devem ser suficientemente prolongados para que o doente, com a ajuda do seu terapeuta, possa estabilizar a gestão da sua vida. Só depois deverá preparar a saída do programa. Para certas pessoas, isso pode demorar, cinco, dez ou mais anos.

Naturalmente sendo a toxicodependência uma doença cujas raízes são profundamente psicológicas e sócio-familiares é fundamental, em todos os casos possíveis, um acompanhamento psicológico ou psicoterapia do doente integrado no PMO. Da relação com o seu terapeuta poderá depender o estabelecimento do seu projecto de vida imediato, e o êxito do seu tratamento.

Assinale-se que a exigência do grau de adesão dos doentes aos PMO varia de acordo com as próprias características do doente e circunstâncias em que ele se encontra. Portanto os PMO estão divididos em diferentes limiares¹ de exigência. Os sujeitos que constituem a amostra do nosso estudo inserem-se num PMO de alto e médio limiar de exigência.

¹ **Programas terapêuticos de Alto e Médio limiar** – Critérios de admissão e permanência bem definidos: restritos a dependentes de opiáceos; maiores de idade; dependência de vários anos; várias tentativas sérias falhadas com outros métodos creíveis; porventura sofrendo de outras doenças graves (por ex. VIH), garantia de acompanhamento psicoterapêutico/psicossocial; despiste de metabolitos de drogas na urina. **Programas terapêuticos de Baixo Limiar** – Redução de Riscos/Minimização dos Danos – Objectivos Sócio-Sanitários: aproximação dos consumidores aos serviços de apoio social e sanitário, sem exigências contratuais de abstinência de uso ilícito de substâncias psicoactivas (Patrício, 2002).

2.2. Programas de manutenção opiácea e Comportamentos de risco

Há toda uma vasta literatura que sugere uma relação positiva entre os PMO e o tratamento e, também, a redução de danos na área da toxicodependência. A expressão “redução de danos”, refere-se a uma nova estratégia de intervenção nas toxicodependências, complementando as estratégias da prevenção e do tratamento/reinserção. Em última análise, o seu objectivo é diminuir ou eliminar riscos e danos causados pelo consumo de drogas em todas as situações, mesmo quando o consumo se mantém (CENCD, 1998).

Num estudo realizado entre 1990 e 1997, em Espanha, concluiu-se que os toxicodependentes incluídos no programa de metadona, permaneciam em tratamento por longos períodos de tempo e apresentavam uma menor prevalência de infecção pelo VIH (Esteban et al., 2003).

Pesquisas efectuadas demonstram, claramente, que o tratamento de substituição reduz o risco de mortalidade por *overdose* entre os participantes em programas de substituição (OEDT, 2003c).

Para os consumidores de drogas injectáveis, seropositivos, a inclusão e frequência consistente do PMO está associada a uma melhor aceitação dos cuidados de saúde e ao reforço da adesão às recomendações médicas. Para os que fazem medicação antiretroviral há uma maior probabilidade de adesão e bom uso daquela medicação (Boucher & Veilleux, 2002; Moatti, 2000; Sambamoorthi et al., 2000); para os seropositivos tuberculosos, a fazerem tratamento em regime ambulatorio, verifica-se uma maior aderência ao tratamento (Rocha et al., 2003)

Uma investigação realizada na Suécia constatou que sujeitos seropositivos, incluídos num tratamento de manutenção com metadona, tiveram menos problemas judiciais, quando comparados com sujeitos não frequentando aquele tratamento. O programa de metadona revelou um efeito muito positivo ao nível da diminuição das condenações e das detenções, não só para os pacientes que permaneceram no programa, mas também para aqueles que acabaram por dele sair (Stenbacka et al., 2003).

Num estudo realizado em França entre 1995 e 1997 (Reynaud-Maurup et al., 2000), a partir de uma amostra de 429 pacientes consumidores de drogas injectáveis

(CDI) e portadores de VIH, os autores registaram que 48,2% não tinham consumido drogas nos anteriores 6 meses, que 20,3% continuavam a usar activamente drogas não se encontrando em qualquer tipo de programa de manutenção opiácea e que os restantes 31,5% estavam inseridos no PMO. Contudo, a maioria (73,3%) dos paciente inseridos no PMO persistiam nos seus regulares consumos de droga, através de injeção, apresentando características em tudo semelhantes, do ponto de vista social e psicológico, aos CDI não inseridos no PMO.

Entre os consumidores activos, não inseridos em PMO, 25,6% admitiu ter partilhado seringas nos últimos 6 meses; e 21,9% dos consumidores, regulares, inseridos no PMO referiram o mesmo tipo de comportamento. Comportamentos de risco de partilha indirecta de utensílios (partilha de colher, de algodão ou água) foram similares para os consumidores que estavam ou não inseridos no PMO.

Os dados apurados neste estudo indicam que os PMO – apesar dos comprovados benefícios numa parte dos sujeitos neles incluídos – não serão a panaceia para a resolução do consumo de drogas e dos comportamentos de risco relacionados com elas.

De resto, alguns relatórios têm mostrado que este tipo de programas não tem a capacidade para suprimir totalmente comportamentos de injeção em utentes “supostamente” tratados. Inclusive há registo de mortes relacionadas com metadona e buprenorfina (OEDT, 2003c).

Ainda assim, e feito o balanço final, os resultados apontam para que os PMO sejam bastante eficazes, mesmo em termos de custo-eficácia, reduzindo os comportamentos de risco relacionados com o VIH e outras doenças transmissíveis associados ao uso de drogas (OEDT, 2003c).

CAPÍTULO 3

**UMA ABORDAGEM PSICODINÂMICA À TOXICODEPENDÊNCIA
E AO VIH**

3.1. A TOXICODEPENDÊNCIA

3.1.1. Do Objecto Transformacional ao Objecto Transicional

Donald Winnicott (1956) refere-se ao conceito de *preocupação maternal primária* para designar o estado em que a mãe se encontra quando esta atinge o termo da sua gravidez e no decurso das semanas que se seguem após o nascimento do bebé. Neste estado, a mãe cria as condições para que a constituição do bebé possa vir a se manifestar, para que a sua tendência à evolução se desenvolva, vivendo nele próprio as sensações particulares e os movimentos espontâneos deste período primitivo da vida.

Graças aos cuidados que recebe da sua mãe, cada criança está em condições de ter uma existência pessoal e começa, deste modo, a edificar o que se poderá chamar o sentimento de continuidade do ser. É sobre a base desta continuidade que o potencial inato possibilita, gradualmente, a individualidade da criança (Winnicott, 1960).

A mãe, no começo, adapta-se quase a cem por cento, permitindo ao bebé a ilusão de que o seu seio faz parte da criança (Winnicott, 1951). É como se o seio estivesse sob controlo mágico. A mesma coisa se aplica a todos os cuidados maternos, em geral, mesmo durante os períodos de calma que alternam com os períodos de excitação. A onnipotência é um facto da experiência vivida. Uma vez alcançada esta onnipotência ilusória, a mãe terá depois a tarefa de, pouco a pouco, “desiludir” a criança. O objectivo deste passo é fazer com que o bebé adquira a noção de que o seio é uma “possessão”, no sentido de um objecto, mas não é ele (“pertence-me mas não sou eu”).

Os bons resultados desta *desilusão* são proporcionais ao que a mãe terá dado enquanto sólidas e abundantes possibilidades de *ilusão*.

Christopher Bollas (1979), apoiando-se no conceito de *mãe ambiente* de Winnicott, reforça a função abrangente da mãe como sendo para a criança, inicialmente, o ambiente total. Partindo deste ponto, o autor assinala que o primeiro objecto materno é um objecto *transformacional*. Quer dizer, o bebé através da experiência identifica o objecto com o processo de alteração da experiência do *self*, ou de si mesmo; uma identificação que surge do relacionamento simbiótico, onde o

primeiro objecto é “conhecido” não por dele ter-se cognição de uma representação objectal, mas conhecido como uma experiência recorrente do ser – um tipo de conhecer existencial em oposição ao representacional. Dito de outro modo, o objecto é investido antes de ser percebido, como tão bem frisou Lebovici (citado por Vidigal, 2003).

A experiência da mãe como elemento de transformação assenta em diversas constatações. Em primeiro lugar, a mãe assume a função de objecto transformacional: ela constantemente altera o meio ambiente do bebé com o intuito de atender às necessidades dele. Se o bebé identifica a mãe com a transformação dele próprio, através do seu conhecimento simbiótico, não é um delírio mas uma realidade; a mãe realmente transforma o mundo do bebé.

Em segundo lugar, as próprias capacidades emergentes do eu do bebé – de percepção, motilidade, integração – também transformam o seu mundo. A aquisição da linguagem é talvez a mais evidente dessas transformações, mas aprender a manipular um objecto, diferenciar objectos, relembrar objectos ausentes são realizações de transformação: elas resultam numa mudança do eu que altera a natureza objectal do bebé. Deste modo, não é de surpreender que o bebé identifique tais realizações do eu com a presença de um objecto, tal como a mãe.

Deste processo de transformação operado pela mãe, antes mesmo daquela se tornar um objecto total para o bebé, resultarão, naturalmente, as experiências de integração não só cognitiva, mas também libidinal e afectiva. É, portanto, nesta fase, e através da capacidade de sustentação da mãe (Winnicott 1960), que algumas características cruciais do desenvolvimento da criança vão ocorrer: o processo primário; a identificação primária; o narcisismo primário e o auto-erotismo.

Para Jeammet (1990) o auto-erotismo consistirá num reinvestimento intermitente dos traços mnésicos da satisfação anterior; reinvestimento tornado independente da expressão do desejo inicial. É o conjunto do funcionamento do bebé, psico-motor e fisiológico, que revela uma forma de prazer. Este prazer advém da natureza da relação com o objecto - da adequação da resposta do objecto às necessidades do lactente - que confere, por sua vez, uma qualidade particular a este funcionamento.

A criança interioriza esta relação com o seu objecto, e é esta interiorização que lhe vai permitir, progressivamente, a capacidade de espera, ou seja, que a vai tornar, em certa medida, independente da presença do objecto exterior como estímulo necessário, e que vai constituir as premissas duma representação do objecto enquanto tal. É a capacidade de estar só a que alude Winnicott (1958).

Bollas (1979), entende que com a criação, pela criança, do objecto transformacional, o processo é deslocado do ambiente materno (onde se originou) para inúmeros objectos subjectivos. Isto é, ele reconhece que a fase transicional é herdeira da fase transformacional. Com o objecto transicional, a criança pode brincar com a ilusão da sua própria onipotência, diminuindo a perda da mãe ambiental. Contudo, o autor sugere que não apenas o bebé exige separação e desilusão quanto à aparente função da mãe como agente único de transformação, mas, igualmente, a mãe deve sofrer alguma experiência depressiva após o nascimento do seu bebé. Um “abandono”, causado pelas necessidades reais do bebé, que irá mitigar o desejo inconsciente da mãe de que o seu filho seja o seu objecto transformacional.

Doravante, a criança deverá evoluir do princípio do prazer para o princípio da realidade, do auto-erotismo para as relações objectais. Ou ainda, do ponto de vista dos cuidados parentais satisfatórios, a criança deve entrar na fase da *vida em comum* com a mãe (Winnicott, 1960). A expressão vida em comum implica relações objectais, a emergência da criança do estado de fusão com a mãe e a sua percepção dos objectos como exteriores ao self, adquirindo, desta maneira, a noção de separação.

Hanna Segal (1975), discorrendo sobre as teorias de Melanie Klein, refere que somente na posição depressiva o bebé tem capacidade para reconhecer um objecto total, separado dele, e se relacionar com esse mesmo objecto. Simultaneamente o bebé descobre o seu desamparo, a sua completa dependência da mãe e o ciúme por outras pessoas. Quando a posição depressiva não foi suficientemente elaborada, quando não foi firmemente estabelecida a crença no amor e na criatividade do eu, bem como na sua capacidade de recuperar objectos bons, interior e exteriormente, o desenvolvimento é muito menos favorável.

Nunca é demais referir o papel importante que os objectos e os fenómenos de transição desempenham no papel da maturação da criança. Por ser algo que não está definitivamente dentro, nem definitivamente fora do bebé, o objecto transicional, servir-

lhe-á para ir experimentando e demarcando os seus próprios limites corporais e mentais em relação ao interno e ao externo (Bleichmar & Bleichmar, 1989).

Dito isto, importa referir que os objectos ou fenómenos transicionais, só desempenharão um papel tão estruturante na maturação e na construção da ilusão da criança se a posição depressiva (Segal, 1975) ou fase transformacional (Bollas, 1978) ou de desilusão (Winnicott, 1951) tiver ocorrido com sucesso. De resto este último autor é peremptório:

(...) l'enfant peut utiliser un objet transitionnel lorsque l'objet interne est vivant, réel et suffisamment bon (pas trop persécutoire). Mais cet objet interne dépend, quant à ses qualités, de l'existence, de l'animation et du comportement de l'objet externe (le sein, l'image maternelle, et tous les soins de l'environnement). Si l'objet externe est mauvais ou fait défaut, cela se répercute sur l'objet interne qui se fige ou prend un caractère persécutoire. Si la carence de l'objet externe persiste, l'objet interne ne peut avoir de sens pour l'enfant et c'est alors seulement que l'objet transitionnel perd aussi sa signification (1951, pp. 118-119).

Uma última palavra para o pai que, quase sempre, anda tão arredado destas apreciações globais sobre os primeiros tempos de vida do bebé.

Thomé-Renault (1995) afirma que não basta que a mãe não invista nem demasiado muito nem demasiado pouco o seu filho, é necessário também que o faça experimentar, em tempo útil e em condições suficiente boas, a perda, a ausência.

É aquando do investimento da mãe num outro objecto de amor, geralmente o pai do bebé, que o bebé melhor experimenta a abertura do original envolvimento narcísico materno: a falta e o vazio que ele sente, corresponde ao desejo da mãe por um outro, o objecto paterno, com o qual o bebé futuramente desejará assemelhar-se. Deste modo, a mãe ao introduzir o reconhecimento de um objecto percebido como exterior, ajuda o bebé a esboçar a sua autonomia e a sua individualidade: é no decorrer desta experiência de ausência da mãe que pode surgir um auto-erotismo objectal com o qual ele vai reencontrar, pela realização alucinatória do desejo, o prazer dispensado pela mãe. Ele pode recriar a imagem da mãe e, assim, é impulsionado para a vida fantasmática e onírica, ou seja, impulsionado para o desenvolvimento do pré-consciente (Thomé-Renault, 1995).

3.1.2. Da falência do objecto transicional ao objecto transitório patológico: as dependências

Sendo o objectivo deste trabalho avaliar os comportamentos de risco numa população de doentes toxicodependentes, também seropositivos, o interesse deste capítulo centrar-se-á na compreensão dos factores estruturantes da personalidade do sujeito adicto. Constatamos nestes doentes enormes brechas narcísicas e uma intensa ansiedade que os acompanha permanentemente. Mais que não seja, estes aspectos indiciam um percurso de vida pautado pela inacessibilidade a relações predominantemente amorosas, ou suficientemente boas, e contentoras das angústias do sujeito.

Referindo-se à angústia, Ruffiot (1995) distingue três momentos no desenvolvimento humano. A angústia é o primeiro afecto experimentado pelo bebé quando nasce, e caracteriza-se por um afluxo de excitações de origem externa e interna que é incapaz de dominar. A “função alfa”, maternal e paternal, permite ao bebé integrar as suas vivências sensório-motoras, ou seja, constituir o seu aparelho psíquico: um aparelho com capacidade de fantasiar e de pensar. Num segundo momento, que coincide com o fim do período simbiótico, o bebé (entre os seis meses e um ano) começa a sentir que ele é um soma/psique individual, separado do mundo parental e fraternal. É o começo do sentimento de solidão, experimentado por todos os seres humanos. Finalmente, surgirá a angústia de castração devido à rivalidade edipiana com o pai e com a mãe.

O autor (Ruffiot, 1995) está persuadido que é no momento da separação psíquica que surge com mais intensidade o medo de perder os cuidados maternos, os afectos e, conseqüentemente, morrer. É a primeira experiência de angústia de morte. Todas as angústias ulteriores serão evocações das experiências do nascimento, da separação psíquica e do receio imaginário da castração provocada pelos pais.

Para Jeammet (1990), ao contrário do que se esperaria de uma evolução harmoniosa, tudo o que faz prematuramente sentir à criança a sua própria impotência e o peso do objecto, por defeito ou excesso de presença, é susceptível de lançar as bases de um antagonismo entre o sujeito e os seus objectos de investimento. As bases narcísicas já não se constituem com e para o objecto, impregnadas da qualidade da relação estabelecida, mas contra o objecto.

Este trabalho de exclusão do objecto, não é tanto devido à qualidade pulsional agressiva, mas antes do mais porque ele ameaça a integridade do sujeito o seu auto-erotismo. Não será um auto-erotismo positivo, libidinal, de ligação, portador de experiências de prazer associadas aos objectos, que incita à fantasia, à busca da satisfação alucinatória do prazer e ao trabalho de representação, mas do seu oposto: um auto-erotismo negativo, destrutivo, com a função anti-introjectante e anti-pensamento. Enquanto que a introjecção e o pensamento estão ligados aos objectos, estes serão substituídos por uma procura de sensações e de estimulações essencialmente somáticas que assumirão o lugar do objecto, permitindo ao sujeito sentir-se existir mas à custa de uma tendência de auto-reforço à medida que a relação se torna cada vez menos objectal.

Chegados a este ponto, não podemos deixar de estabelecer uma evidente relação entre esta *exclusão do objecto* e a procura de objectos aditivos por parte dos toxicodependentes como um meio para vivenciar *sensações e estimulações essencialmente somáticas*. No fundo, a procura de novos objectos – ou de neo-objectos como salientam Jeammet e colaboradores (1994) noutra lugar – como antídotos para evitar os intensos sentimentos de angústia que invadem o sujeito.

Pensamos que é, sobretudo, contra a angústia de separação (Ruffiot, 1995) que o toxicodependente parece permanentemente defender-se. Como se a toxicodependência fosse uma tentativa de impedir os processos de separação e manter a simbiose, porquanto, a droga propicia estados semelhantes aos estados infantis autistas e onnipotentes (Fleming, 1995). Nestas condições, estes neo-objectos evocam-nos uma espécie de objectos autísticos ou de objectos que produzem sensações autísticas (*autistic sensation objects*) (Tustin, 1980). Não que os nossos utentes sejam autistas, mas por, na relação com as drogas, manifestarem aquilo que consideramos serem traços autistas.

Vidigal (2003), revisitando as teorias de Tustin, esclarece que as angústias arcaicas dos autistas resultam da consciência prematura que o bebé tem da separação da mãe. Estabelece-se, no bebé, uma impressão de buraco negro resultante da sensação de ser arrancado do mamilo/seio. Para além da perda do objecto há um sentimento de “arrancamento” dele próprio:

É para lutar contra o sofrimento deste “arrancamento” que o autista vai construir a sua concha feita de auto-sensualidade, de formas e objectos autísticos. No interior desta concha pode negar toda a experiência de separação, de distanciação, de frustração (...). Nestas circunstâncias, há um apagamento da área transicional ou área intermédia que assegura a transição entre o Eu e o Não-Eu, entre a perda e a presença, entre a criança e a mãe (p. 98).

Em Meltzer (1977) o conceito de adição ganha a seguinte forma: tipo de organização narcísica das estruturas infantis que enfraquecem a parte adulta da personalidade. A sua estrutura central é constituída pelo facto de que as “boas” partes infantis são desviadas da sua dependência das imagens parentais, para se colocarem sob a dependência da parte “má” do *self*. Este movimento que à partida seria destinado a evitar o sofrimento depressivo por uma regressão à posição esquizo-paranóide, constitui, mais especificamente, uma defesa contra o terror suscitado pela morte dos bebés da mãe, que foram mortos por causa da inveja possessiva, da rivalidade edipiana e pelo receio do desmame. Essencialmente, a dependência relativamente aos bons objectos é substituída pela passividade em relação às partes más do *self*, numa atmosfera de desespero. O autor procura acentuar, principalmente, o carácter destrutivo destas personalidades.

Winnicott (1951) refere-se à adição em termos de regressão à fase precoce, na qual os fenómenos transicionais ainda não estariam em questão. Assim, uma perturbação na maturação emocional terá como resultado um indivíduo temeroso das suas próprias pulsões, funcionando em falso *self*, sem nenhuma capacidade criadora e, provavelmente, com um mundo externo e interno fragmentados, como reflexo da imagem materna clivada que conserva em si.

Este tipo de organização e funcionamento mental tão evidenciado nos toxicodependentes, leva-os frequentemente a verbalizarem sentimentos de desrealização e de vazio. Esta clivagem da realidade psíquica acaba por predispor-los para as soluções aditivas como forma de lidarem com aqueles sentimentos. Imaginamos que a expressão “estar de cabeça cheia” usada até à exaustão por aqueles doentes, denota esta procura compulsiva de substâncias que possam “preencher” o seu sentimento de vazio permanente.

Segundo Joyce McDougall (1985), atrás das organizações aditivas encontra-se o seio-mãe arcaico, ou seja, uma parte da mãe que não foi capaz de ser internalizada pelo bebé. Deste modo, o sujeito é constantemente obrigado a procurar

um objecto no mundo exterior para substituir aquele que está danificado ou ausente da sua estrutura psíquica.

A autora assinala que os objectos aditivos parecem cumprir a função dos verdadeiros objectos de transição – devendo-se antes considerá-los como *objectos transitórios patológicos*. Este facto sugere que a maturação dos fenómenos transicionais foi comprometida e que os objectos transitórios patológicos foram colocados no lugar das actividades e dos verdadeiros objectos de transição.

Todavia, enquanto os genuínos objectos transicionais representam a protecção mágica e o vigor da presença da mãe aquando do processo de introjecção, os objectos aditivos não provocam nenhuma mudança durável na estrutura psíquica e, deste modo, precisam de ser incessantemente procurados no mundo exterior, como substitutos simbólicos da mãe da infância. É a expectativa na capacidade mágica e transformadora dos objectos exteriores que move o toxicodependente.

Na opinião da autora, se o tabaco, a comida, o álcool, os produtos farmacêuticos ou os opiáceos, são utilizados como *objectos aditivos* também as relações e as pessoas podem funcionar enquanto tal. Corcos e Jeammet (2000) sublinham que os mecanismos neurobiológicos da dependência relativamente a um objecto tóxico existem, da mesma maneira, nas adições comportamentais (e.g., sexualidade aditiva).

No entender de Rosenfeld (1961), a droga substitui um objecto morto ou doente que o sujeito tende a introjectar por sentimento de culpabilidade. Não tendo forças para suportar o sofrimento de uma depressão, ele recorre a defesas maníacas facilitadas pelo efeito da droga. Sob o domínio dessas defesas maníacas nega toda a angústia, sobretudo a angústia persecutória e a que decorre da parte agressiva do Eu. Mergulhado numa feliz beatitude, alucina um objecto ideal e sente-se unido ou identificado com ele.

Face às teorias sobre a adição que temos vindo a rever, interessa recuperar Cristhoffer Bollas (1979) e o seu conceito de objecto transformacional para acrescentar algo mais ao tipo de relação de objecto característica no sujeito adicto.

Julgamos serem as precoces dificuldades experimentadas com a mãe, a que se referem todos os autores, que irão marcar o processo de transformação e

comprometer, inelutavelmente, o acesso ao objecto transicional. Esta marca perdurará ao longo da vida do sujeito e caracterizará o seu padrão de procura objectal. Deste modo, na vida adulta o objecto é procurado avidamente pela função significativa que poderá desempenhar no processo de transformação do sujeito. Numa fervorosa expectativa de reencontro com o paraíso perdido.

É desta esperança que os objectos aditivos (drogas e pessoas) são investidos: a transformação mágica e radical de uma realidade interna estilhaçada. São de reminiscências precoces ou de traços mnésicos (Jeammett, 1990) que são constituídos, no adulto, os resíduos das precoces e fracassadas experiências de transformação com o objecto materno.

Paulo, 32 anos, desempregado, seropositivo e frequentando o programa de metadona, entende que a salvação do marasmo da sua vida residiria "numa companhia feminina". Afirma: "Se eu tivesse uma namorada, tudo seria diferente na minha vida, arranjaría força para mudar tudo e procurar uma ocupação".

Na verdade, este utente com uma personalidade marcadamente depressiva e uma homossexualidade latente, dependente dos cuidados maternos, convence-se de que o segredo da sua mudança residirá numa mulher. Da mesma forma que esta expectativa foi depositada, no passado, na heroína, a qual não só se revelou incapaz de transformar as suas angústias depressivas como ainda ampliou o seu sentimento de impotência por ter contraído o VIH. O objecto-droga-transformador deu lugar ao objecto-feminino-transformador que é agora aguardado como o milagre redentor e salvador do mundo interior e exterior do Paulo.

É por este motivo que Bollas (1979) acredita que diferentes formas de erotomania poderão constituir esforços para estabelecer o outro como objecto transformacional. Não que a procura da mulher perfeita seja apenas uma clivagem idealizada, mas ela (procura) é também um certo reconhecimento, no sujeito, de uma deficiência na experiência do Eu e um reviver recorrente na área a que Michel Balint chamou de "falha básica" (Bleichmar & Bleichmar, 1989). Quer dizer, a procura de uma relação objectal específica está associada à transformação e à reparação do Eu.

Na vida adulta, a busca não se destina a possuir o objecto, mas este é procurado (pelo sujeito) a fim de render-se a ele como um processo que altera o *self*, onde o sujeito-como-suplicante sente agora ser o recipiente de um cuidado ambiental-somático, identificado com as metamorfoses do *self* (Bollas, 1979, p. 64).

Sem nunca se referir à toxicod dependência, parece-nos que o raciocínio do autor se poderá aplicar, como anteriormente sugerimos, à procura da droga, também, como função de reparação do eu. Afinal essa heroína em cujos braços o sujeito se recolhe alimentando a ilusão de um aconchego, ainda que cada vez mais fugaz e insatisfatório.

A partir dos conceitos de adição, propostos pelos diversos autores anteriormente referidos, duas características apresentam-se como distintas no funcionamento aditivo: a dificuldade em elaborar a posição depressiva (Segal, 1975) e, conseqüentemente, a procura dos objectos aditivos como reguladores do bem-estar narcísico do sujeito (McDougall, 1985).

3.2. A INFECÇÃO PELO VIH/SIDA NO TOXICODEPENDENTE

3.2.1. A autodestruição do toxicod dependente

No que se refere aos comportamentos de risco, pensamos que os conceitos que temos vindo a explicar - objectos aditivos ou transformadores ou neo-objectos - desempenharão papel sobremaneira relevante. Porque razão o toxicod dependente se expõe a tantos riscos e se maltrata tão ferozmente (feridas, *overdoses*, doenças infecciosas, etc.)? Porventura, a depressão em que ele se encontra leva a que o seu desejo de fusão e transformação com a droga, ou com o parceiro sexual, seja tão incessante, que a clivagem que o acompanha encarrega-se de negar os riscos a que constantemente se expõe (relações sexuais desprotegidas e partilha de material de injeção).

Vários estudos sugerem que o uso de drogas, a depressão e o comportamento suicidário, não passam de expressões da mesma patologia (Bolognini et al., 2002; Corcos & Jeammet, 2000). O toxicod dependente mostra-se, inevitavelmente, como um potencial suicida. Veja-se, a título de exemplo, o número elevado de *overdoses* fatais e não-fatais que ocorrem entre os consumidores de droga. Verificamos, também, que no nosso país metade de todos os infectados com o VIH/SIDA são toxicómanos. Contrair o VIH e outras doenças altamente infecciosas, quando se pode evitar, não será um gesto suicidário? Afinal todos sabem que para o VIH ainda não há cura.

João tem 26 anos e sabe que é seropositivo há cerca de 2 anos. O processo de aceitação da sua doença revela-se difícil. É constantemente assolado por enormes preocupações relativas ao seu estado de saúde e denuncia grande ansiedade depressiva e culpa por ter contraído a infecção. Outras vezes, revela-se muito optimista dizendo sentir-se "normal". Muitas vezes não usa preservativo com a companheira (seronegativa até à data) com quem vive. Afirma não usar preservativo porque, por vezes, sente-se tão normal, tão de boa saúde, que até se "esquece" que tem alguma doença. Aquando do preenchimento do Questionário de Comportamentos de Risco, João respondeu que, na altura em que consumia drogas, utilizou seringas de outros toxicodependentes que ele sabia serem seropositivos. Reconhece que contrair o vírus do VIH foi um acto aparentemente "deliberado" da sua parte, embora não saiba porque razão o fez. Até à confirmação do resultado, manteve um resquício de "esperança" de que pudesse vir a não ser seropositivo.

O que impressiona no testemunho de João é o reconhecimento da sua incapacidade em se proteger de uma doença que ele sabia poder vir a contrair, com grande probabilidade, a partir do momento em que se injecta com seringas infectadas. Como se uma incoercível realidade interna se sobrepusesse e negasse os aspectos dramaticamente ameaçadores de uma realidade externa. Uma realidade interna que o impeliu à realização de actos autodestrutivos, roçando um desejo, provavelmente inconsciente, de autopunição ou até mesmo de morrer. Sem ter uma estrutura psicótica, pensamos que no funcionamento mental de João entraram (e entram) em acção processos psicóticos que claramente negam e atacam as realidades exteriores e interiores. Bion (1991b) refere-se ao pensamento verbal como essencial para a percepção da realidade interna e externa:

Descrevi o começo do pensamento verbal como pertencente à posição depressiva; mas a depressão própria a essa fase é em si mesma algo contra o que a personalidade psicótica se opõe; portanto, o desenvolvimento do pensamento verbal está sujeito a ataques, sendo os seus elementos incipientes expelidos da personalidade por identificação projectiva sempre que ocorre depressão (p.83).

Na impossibilidade de tolerar experiências depressivas o sujeito recorre a mecanismos de defesa que são próprios da posição esquizo-paranóide: clivagem, idealização, identificação projectiva, negação (Segal, 1975), donde a percepção das diferentes realidades acaba por ficar comprometida. João não consegue compreender porque se entregou à infecção: "ainda hoje penso nisso".

Não deixamos também de reparar no seu "esquecimento" em usar o preservativo com a mulher com quem vive. Desenvolveremos este aspecto num momento mais oportuno.

Por ora, interessa-nos explicar, a par dos mecanismos psicóticos que interferem com o pensamento do sujeito, que processos psicodinâmicos conduzirão alguém a pagar pela relação com os objectos aditivos um preço tão inestimável quanto a própria vida. Isto é, a vertente autodestrutiva do toxicodependente.

Domingos Neto (1996) afirma que o masoquismo agido e a culpabilidade retaliatória são traços comuns nos adictos. Por masoquismo agido entende, por exemplo, o modo como os toxicodependentes se arranjam para saírem sempre prejudicados pelos seus actos: as feridas por agulha, as doenças a que se expõem, os graves castigos a que se arriscam, etc. O conceito de culpabilidade retaliatória, é quase sobreponível ao anterior, e consiste em os sujeitos fazerem-se castigar, em vez de sentirem a culpa como tal, através dos agentes da autoridade, dos *dealers* e dos efeitos prejudiciais da própria heroína.

Rosenfeld (1961) constatou a existência de uma estreita conexão entre a toxicomania e os estados maníaco-depressivos. Se o consumo de drogas assume uma significação depressiva, simbolizando a droga um objecto morto ou doente que o toxicómano tende a introjectar por sentimentos de culpabilidade, já as fases de destruição da toxicomania estão estreitamente ligadas aos aspectos destrutivos da mania. Neste último estado, o sujeito experimenta a droga como uma substância má e destrutiva, cuja introjecção simboliza uma identificação com os maus objectos destrutivos que perseguem os bons objectos e o bom Eu. O efeito farmaco-tóxico aumenta a onipotência da pulsão destrutiva. Quando a absorção de drogas ocorre sob o domínio das pulsões sádicas, o toxicodependente rejeita e nega o seu bom Eu e os seus bons objectos internos com os quais ele deixa de se preocupar. Ele torna-se então capaz de agir, sem nenhuma angústia nem inquietação, as pulsões destrutivas; mas também sem nenhum controlo, o que implica que o poder controlador do seu objecto interior, o seu Supereu, foi também perdido. O toxicodependente, desde logo, pode abandonar-se a uma orgia de destruição dirigida contra o objecto exterior mas que engloba também os seus objectos interiores e ele próprio. A toxicomania destrutiva, assim designada por Rosenfeld, constitui um grave perigo para o sujeito e suscita à sua volta uma grande ansiedade.

Segundo Joyce McDougall (1985), o objecto aditivo é investido num primeiro momento como "bom". Esta procura é vivenciada como sendo vital para o bem-estar ou mesmo proporcionando sentido para a vida. Uma vez absorvida, a substância aditiva é usualmente experienciada como má. Na verdade, o sujeito identifica a droga

com um objecto parcial ou com uma mãe perseguidora. Num terceiro momento surge a autopunição. O sujeito tem, por vezes, necessidade de ser punido por ter ousado possuir, através dos consumos, o desejado seio-mãe. Quer dizer, ele apoderou-se do objecto que inconscientemente representa o seio (de uma maneira imaginária ele roubou o seio) e pode agora usá-lo impunemente para as suas exclusivas necessidades. Incluída nesta fantasia oral está, contudo, a figura punitiva de um pai (tantas vezes procurado no exterior em forma de lei, psicólogo ou desintoxicação) o qual é inconscientemente usado para prevenir a voracidade infantil e insaciável do consumo do corpo-mãe.

Supomos que a elevada taxa de mortalidade e morbidade entre a população toxicodependente resulte da identificação ao objecto morto, ou doente, a que faz referência Rosenfeld (1961). No entanto, é precisamente devido ao seu vazio interior, ou para evitar que ele apareça, que o sujeito procura o seu "preenchimento" nos consumos de droga. Nesta lógica, os consumos serviriam como uma espécie de protecção contra a autodestruição. Contudo, o preço da salvação equivale, nalguns casos, ao preço da própria vida. Paradoxal constatação.

Sandor Rado (1975) ajuda-nos a deslindar este aparente paradoxo. Na sua concepção, o Eu reencontra de novo, na euforia farmacogénica, a sua dimensão narcísica original. Esta vivência narcísica impede o Eu de constatar o agravamento da autodestruição, uma vez que sob o efeito de drogas a crença narcísica na sua imortalidade é reactivada.

Neste jogo entre os aspectos maníacos e depressivos proporcionados pela droga, a contaminação pelo VIH é encarada pelo toxicodependente como um facto inevitável, um veredicto que é aparentemente aceite com alguma resignação. A autopunição a que o sujeito se submeteu por ter ousado roubar, atacar ou destruir o seio-mãe, foi a exposição ao VIH e a outras doenças transmissíveis. Da fantasia oral, ou oral-sádica, de atacar o seio resultou uma dura e bem real retaliação: a infecção com um vírus, que objectivamente tem o poder de dar a morte, reforçando a fantasia da incorporação de um seio interno perseguidor e mau.

Na *overdose* o sujeito vive ou morre, mas com o VIH o sujeito terá de conviver constantemente com uma perigosa ameaça interna, que não decorre nem se desmultiplica exclusivamente na sua fantasia, mas cuja materialização é incontornável.

André Ciavaldini, citado por Thomé-Renault (1995), refere que o VIH poderá ser vivido pelo sujeito como uma fonte de excitação indomável, vindo reavivar o conjunto de angústias resultantes de excitações impensadas, não elaboradas, às quais ele se encontra submetido.

Assim, a constante ansiedade persecutória e depressiva que já por si invadia o toxicómano é reforçada pelo contágio da doença, não sendo por isso de estranhar que as actividades reparadoras se revelem muito difíceis de levar a cabo em seropositivos consumidores activos de drogas. Sob o estado de externalização dos afectos penosos, a devassidão de destruição a que se entrega o sujeito toxicodependente, já contaminado, pode ampliar a difusão do vírus.

3.2.2.A conduta ordálica no toxicodependente

Levantamos a hipótese de ter existido no passado de drogas do João, uma desesperança tão dura e permanente que o consumo voraz da droga passou a obedecer a uma lógica de antecipação da punição paterna, também ela, muitíssima dura. Como se a culpa extrema fosse reparada com uma punição extrema: o preço da sua própria vida. Uma solução radical que “aliviaria para sempre” uma culpa permanente. De resto, este doente revelou na Escala de Risco Suicidário de J. Stork um risco suicidário extremamente importante (grau 5).

É de todo o interesse referir que, no caso do João, como em tantos outros, também não deixamos de equacionar a possibilidade do seu comportamento poder ser explicado à luz da teoria ordálica. A conduta ordálica designa o facto de um sujeito se expor de forma mais ou menos repetitiva a comportamentos de risco onde existe um perigo mortal: comportamentos cujo desfecho não deve ser evidentemente previsível, e que se distinguem tanto do suicídio puro e simples, como do simulacro (Valleur & Bucher, 1997). Recordemos que João dizia acalentar um “resquício de esperança” de não vir estar infectado.

Mas será que alguém que utiliza uma agulha, sabendo estar infectada com VIH, não está, de alguma forma, a cometer deliberadamente um suicídio? Não será já o desfecho conhecido? Se assim fosse recusaríamos liminarmente a hipótese ordálica. Contudo, somos levados a convocar, mais uma vez, o conceito de “ataques ao pensamento” (Bion, 1991b) os quais visam comprometer irremediavelmente o juízo

sobre a realidade e, conseqüentemente, a avaliação antecipada do desfecho dos comportamentos de risco. Digamos que a passagem ao acto auto e hetero-agressivo desenrola-se sob um estado de ansiedade e perturbação emocional, envolto em tal confusão, que “se esbate a lucidez, se apaga o pensamento e aumenta a insegurança” (Matos, 1991b, p.190). De algum modo, haverá nos comportamentos ordálicos a negação da realidade tornando o desfecho do comportamento incerto.

Dentro da hipótese ordálica, tal como a vemos, para além das *overdoses* fatais e não fatais resultantes dos desafios à própria vida, acrescentamos de bom grado os riscos de contrair doenças infecto-contagiosas, Hepatites e VIH, tanto através da partilha de utensílios de droga como dos comportamentos sexuais.

Miguel já teve várias overdoses no passado e ficou, uma vez, em coma. Relata o motivo de tais situações “fazia apostas comigo próprio para ver quem é que aguentava mais: ou eu ou a droga! Por vezes ficava mal...”

Charles-Nicolas (1991) afirma que o que mais o surpreende no trabalho com os toxicodependentes é a insuficiência de objectos internos e a importância das pulsões agressivas destes sujeitos. Neles, existirá uma falha nos mecanismos de introjecção que é responsável pelos comportamentos de repetição destinados a uma recuperação objectal imperiosa. Para o toxicodependente tudo parece vir do exterior, “os movimentos pulsionais são vividos como vindos de outro” (p. 173).

Para o autor, as dificuldades de introjecção estão em relação directa com a fusão materna, sendo a toxicomania uma transgressão ao ideal do eu maternal.

Será esta transgressão que João ou Miguel, repetidamente, procuraram nos comportamentos de risco? Valleur e Bucher (1997) acrescentam que esta transgressão é também procura de sentido, de legitimação da lei.

O fantasma da mãe que ataca e restaura o corpo do filho, e o do filho que ataca e restaura o corpo da mãe, por vezes enlaçam a articulação entre conduta ordálica e dependência toxicómana, da mesma forma que o recurso a um poder externo se encontra sempre na conduta ordálica e na dependência toxicómana (Charles-Nicolas, 1991, p.179).

É o *poder externo* que impõe a lei, a lei divina ou, talvez, a lei paterna. O fantasma ordálico remete para a sorte, para o destino ou para o outro, o resultado dos comportamentos de risco: ao sobreviver, o sujeito (que perdeu o controlo sobre a sua

vida) readquire o pleno direito à vida, talvez mesmo à sua imortalidade (Valleur & Bucher 1997).

Muitos dos nossos utentes, solicitam-nos, com grande ansiedade, a realização de análises ao sangue. Os resultados são aguardados com enorme expectativa apesar dele reconhecer que manteve, por diversas vezes, contactos sexuais desprotegidos, ou trocou seringas, com alguém que “não se sabe muito bem” ou “desconfia-se” que seja seropositivo. “Deus queira que esteja tudo bem”, ou “Oxalá que tenha sorte” são exclamações recorrentes associadas à revelação dos resultados das análises. A questão, por nós formulada, chega a ser óbvia: se não tinha a certeza que o outro não era seropositivo porque raio foi arriscar?

Diante de tanta expectativa, diríamos que em muitos destes sujeitos, que tanto se expõem à morte, há a secreta esperança de serem poupados. A margem entre a intenção (repetida exposição ao vírus do VIH e sucessivas *overdoses*) e o carácter aleatório do resultado, reflecte a ambivalência destes sujeitos que parecem procurar na morte a esperança de ficarem vivos.

Na sequência da reflexão que temos vindo a fazer ao longo deste trabalho, verificamos que afinal não só as drogas ou as relações amorosas/sexuais têm esta fabulosa capacidade de serem fantasiadas como objectos e actividades transformacionais. Também Deus ou o Destino estão investidos desta poderosa expectativa de transformação: transformar a angústia de morte na confirmação da vida. Deus ou o Acaso sempre se ofereceram como procura de alívio para angústias tão arcaicas, tão inacessíveis à elaboração mental, no desenvolvimento do homem. Desde os alvares da Humanidade que tem sido assim.

Valleur e Bucher (1997) concluem que a conduta ordálica assume sempre duas vertentes: por um lado, um abandono ou a submissão ao veredicto do destino e, por outro, a crença na sorte, e tentativa de domínio, de retomar o controlo da sua vida. Como se o jogo com a morte fosse uma tentativa mágica, irracional, de passagem e de renascimento, e não de autodestruição dos sujeitos desesperados.

Finalmente, reiteramos como legítima a hipótese que relaciona o risco de suicídio num sujeito com o risco de se infectar com o VIH. Estes riscos parecem andar de mãos dadas.

3.2.3. O esquecimento do preservativo

Como vimos anteriormente, há toda uma incapacidade em suportar a vivência depressiva, experimentada num clima de desespero, que empurra o sujeito para comportamentos altamente destrutivos, nomeadamente, entregar-se ao contágio do VIH, através da partilha de seringas ou relações sexuais, com alguém infectado.

Por outro lado, quando o João se “esquece” de usar preservativo com a sua mulher, sabendo-se infectado, acaba também por se “esquecer” que pode transmitir a infecção à parceira. Haverá alguma relação entre este desejo de se infectar - tendência suicida, e o não proteger o outro da infecção - tendência que, por facilidade linguística, designamos de homicida?

É este ponto que pretendemos desenvolver daqui para à frente: a ausência de medidas, por parte dos sujeitos infectados, para evitarem a transmissão do seu VIH através das relações sexuais. Sem querer extrapolar considerações para outros sujeitos além da nossa amostra, é crucial reflectirmos sobre esta matéria.

A literatura descreve, profusamente, que tanto homens como mulheres, toxicodependentes ou não, depois de se saberem infectados com o VIH continuam a manter relações sexuais desprotegidas (Kalichman, 1999); mas o que a literatura não diz é quais são os processos mentais inconscientes envolvidos nestes comportamentos. Os sujeitos fazem-no de propósito, para infectar “inocentes”? , serão, perversos? homicidas?, ou embora o não façam de propósito têm o pensamento atacado por processos que perturbam o juízo da realidade? Como a produção de literatura psicanalítica nesta área quase não existe, avancemos nós com a lente psicodinâmica na exploração destes terrenos.

Na opinião de Manuel Matos (1994), do ponto de vista psicodinâmico, “se qualificássemos os comportamentos das pessoas que sabem que correm maior risco de contrair o vírus da SIDA e de o propagarem sem nada fazerem para o evitar, não teríamos dificuldade em argumentar a favor da perversão como psicopatologia subjacente aos comportamentos sexuais” (p.204).

Para atalharmos caminho sobre a discussão do vocábulo perversão que, como se calcula, em toda a parte goza de má reputação, vamos ao encontro de Coimbra de Matos (citado por Manuel Matos, 1994), que designa o estilo de relação sexual do

perverso por *relação pelo ódio*. Neste estilo relacional, imperam os aspectos marcadamente agressivos onde o sexo ocorre num contexto desprovido de afecto e o outro apenas serve como objecto de descarga sexual. E tudo isto acontece, segundo M. Glasser, “com o propósito de fazer mal ao outro deliberadamente” (p. 205).

Da nossa parte, não vemos inconveniente em designar de perversos aqueles que infectam “deliberadamente” os outros. Importa, porém, aprofundar o conhecimento sobre as características e funcionamento psíquico dos sujeitos da nossa amostra: toxicodependentes, em tratamento, seropositivos. Por ser consensual, entre diversos autores, a forte tendência suicida no toxicodependente, façamos um ponto de situação quanto à relação de objecto do suicida (Jeammet et al., 1994):

- a sua sensibilidade à separação e à ameaça de perda que os torna dependentes dos seus objectos de vinculação, assim como da idealização dos seus investimentos;
- o carácter potencialmente excitante no investimento do objecto, podendo mesmo ser desorganizador, sobretudo se este investimento responde a certas características: proximidade dos fantasmas incestuosos, implicação da homossexualidade.

As bases narcísicas nestes sujeitos não se constituíam com e para o objecto, imbuídas da qualidade da relação estabelecida, mas contra o objecto, com tudo o que isso implica, negativamente, nos processos de identificação e identidade sexual. No fundo, reencontramos no suicida a mesma dificuldade no acesso à área transicional, responsável pelas condutas aditivas na toxicomania e na sexualidade.

Problemática esta já desenvolvida nos primeiros pontos deste capítulo. É, portanto, neste jogo entre apetência objectal/autonomia narcísica (Jeammet et al., 1994) que, também, devemos encarar a relação objectal do toxicodependente, onde predomina uma agressividade não integrada:

C'est cette conjonction d'une quête narcissique de complétude et de la sexualité que nous semble conférer à l'homosexualité sa dimension fréquente de violence. Il faut à la fois conjurer le risque d'effraction et de perte, et le mettre en acte dans la passion ou dans l'attaque (...) (p.114).

Agravando toda esta configuração psicológica, eis que surge o diagnóstico de VIH/SIDA. Na verdade, o diagnóstico não vem mais do que intensificar a problemática identificatória e identitária preexistente à patologia infecciosa.

Quando o sujeito toma conhecimento que é seropositivo, desencadeia-se todo um processo traumático (Cartwright & Cassidy, 2001), que favorece um movimento regressivo a um período prematuro do desenvolvimento humano. Trata-se de uma regressão a uma relação arcaica com a figura materna, a uma relação corpo a corpo, fusional, a um tempo onde a mãe ou sua substituta podia conter as desordens afectivas do seu bebé (M.-G. Leconte, 1995). Ou não as podia conter, acrescentamos nós.

Ce virus (VIH) peut matérialiser une imago maternelle archaïque destructrice, à laquelle correspond une crainte d'anéantissement, de désintégration, éprouvée dès les premiers temps de la vie (Thomé-Renault, 1995, p. 182).

Nestas circunstâncias, este *traumatismo tardio* (Balier, 1985), expressão utilizada por este autor mas para designar outros traumatismos (separações, lutos, etc.), tem o seu impacto na revivescência de um vivido precoce onde as relações destrutivas imperaram. Assim, as representações de si e as identificações de superfície que permitiram um investimento narcísico do Eu dão sinais de ruir. A pulsão libidinal parece aspirada pela agressividade arcaica. A evocação de uma angústia insuportável (o perigo representado pela imago maternal arcaica) despoleta mecanismos de defesa primários como a identificação projectiva e a identificação ao agressor.

Côncios dos efeitos deste traumatismo não podemos deixar de associar esta identificação ao agressor, enunciada por Balier, à toxicomania destrutiva referida por Rosenfeld (1961) e que ocorre sob os auspícios dos estados maníacos. Tãmanha auto e hetero-destruição só é possível graças a uma identificação com os maus objectos internos personificados, naquele caso, no consumo da droga.

Contudo, o nosso interesse volta-se, agora, para o sujeito toxicómano, em tratamento, com conhecimento da sua infecção e que não adopta medidas de protecção em relação a ela, podendo com este comportamento *perverso* gerar um rasto de *destruição* à sua volta. Este é o núcleo central do nosso trabalho e, por isso, vale a pena equacionar de que modo este *traumatismo* não desencadeará respostas em tudo semelhantes à *toxicomania destrutiva*, ainda que o objecto identificado como mau e a agressor seja outro (vírus). O que significa a *identificação ao agressor* quando nos referimos ao VIH?

Intuímos que os estados maníacos, e as respectivas defesas, desempenharão um papel de relevo na não utilização do preservativo nas relações sexuais em que se envolve o sujeito infectado. Para tal, propomo-nos analisar uma eventual relação entre os estados maníacos e os comportamentos de risco através do VIH. Avancemos então para uma abordagem compreensiva, ainda que sucinta, dos estados e defesas maníacas. Apoiar-nos-emos, essencialmente, em C.A. Dias (1988), porquanto, sistematizou estes conceitos.

Basicamente, os estados hipomaníacos resultam da incapacidade do sujeito em suportar a depressão. Na mania o Eu e o Super-Eu seriam um só, de tal forma que os sentimentos de triunfo experienciados sobre os objectos, não seriam acompanhados da auto-recriminação. Esta fusão do Eu com o Super-Eu, reproduziria a nível intrapsíquico a união com o seio (dito de outra forma, haveria uma confusão-fusão entre o self e o objecto idealizado). A regressão, é acompanhada de uma intensa voracidade objectal e a negação é a defesa essencial, num aparelho dominado pela clivagem e pelo objecto primário clivado.

Ainda assim, a identificação projectiva assume um lugar destacado nos estados maníacos. Geralmente, este mecanismo defensivo é usado para externalizar sentimentos indesejáveis do sujeito. No entanto, a identificação projectiva, também, pode ser vista no plano da realidade interna, falando-se então de identificação projectiva aos objectos internos (Dias, 1988). Neste contexto, estabelecer-se-ia uma relação intrapsíquica entre o Eu e a parte dissociada do Eu contendo o objecto persecutório introjectado, donde, em última análise, seria o próprio Eu a assumir as características do objecto interno a que se identificou.

Na sequência desta explicação, afigura-se-nos como viável a possibilidade de, num primeiro tempo, o Eu do sujeito, em estado maníaco, identificar-se com o agente agressor (VIH), que se tornou num objecto idealizado dotado de onipotência absoluta. Num segundo tempo o Eu, já contido dentro daquele objecto, passa a tratar com sentimentos de triunfo e desprezo o objecto exterior, sobre o qual são projectadas as partes más do Eu.

No fundo, ocorre uma identificação a um vírus que não é mais do que o representante dos maus objectos destrutivos que perseguem os bons objectos e o bom Eu. Tal como a droga o foi no passado ou ainda o é no presente. Droga e VIH irmanados pelo seu poder de destruição.

Dotados de uma maior compreensão sobre este processo, estamos em crer que residirá neste mecanismo psicológico, porventura, alguma parte da explicação para os comportamentos sexuais de risco (e partilha de material de injeção infectado) que diariamente nos são relatados por alguns utentes seropositivos dos nossos serviços. Encontramo-nos agora em melhores condições para prosseguir a análise dos efeitos destrutivos levado a cabo pelo sujeito seropositivo. Não só a vertente autodestrutiva (suicida) como também a hetero-destrutiva (homicida)

A este propósito, revemo-nos na posição de Pierre Sorel (1981) que pretende esbater as diferenças entre o suicida e o homicida. Ele reconhece os dois pólos da tensão passional correlativa no suicida e no homicida: da desordem da impotência original (separação/castração, diríamos nós) até à potência da imagem que tem lugar de perfeição (droga/VIH/parceiro sexual, acrescentaríamos). Esta distância só é diminuída através de uma relação fundamentalmente agressiva na qual se vê a pulsão de morte extrair a sua energia. Segundo o autor, se tentarmos desenvolver os momentos desta tensão, descobrimos a versão paranóica e a versão depressiva.

Os sujeitos que procuram a morte através do consumo de drogas e contraem doenças (polo depressivo/suicida) poderão ser os mesmos que se “esquecem” de usar preservativo (polo paranóico/homicida). É nesta posição que nos sentimos mais confortáveis para tentar entender os comportamentos de risco e agir em conformidade no sentido da prevenção.

Dito isto, admitimos que nem todos sujeitos, que não adoptam medidas para proteger os outros do seu VIH, o façam com intuitos *voluntariamente* homicidas e em relações *desprovidas de afecto*. Este é um problema complexo e devemos fazer a destriça das situações. Embora o comportamento de risco possa, de facto, infectar a parceira o “esquecimento” poderá corresponder a uma estratégia de sobrevivência psíquica – evitar lidar com os sentimentos da depressão – existindo até, na maioria das situações que conhecemos, aparente afecto entre o casal. Referimo-nos, particularmente, a relações afectivas mais estáveis, contrapondo aos “*flirts*” após uma noite eufórica na discoteca, ou mesmo entre indivíduos que consomem activamente drogas.

Quanto à utilização dos vocábulos perversão, homicida ou relação pelo ódio, aplicados a estes sujeitos todos eles poderão ser válidos desde que devidamente contextualizados. Naturalmente que as relações de objecto acima descritas não se resumem aos sujeitos seropositivos com comportamentos de risco. Antes desta

realidade surgir já existe toda uma vastíssima produção de literatura científica na área das perversões que visa descrever e compreender os sujeitos com padrões de relacionamento que, de alguma forma, se poderão assemelhar aqueles que temos vindo a descrever.

É portanto natural que recorramos, com mais facilidade, à designação de perversão para continuarmos a acompanhar esta realidade que tanto nos preocupa quanto estimula o nosso pensamento.

3.2.4. A perversão ou a relação pelo ódio

Meltzer (1977), postula que a estrutura interna da adição exprime-se na perversão das relações ou das actividades, qualquer que sejam, no mundo exterior. Segundo ele, não há nenhuma actividade humana que não possa ser pervertida, porque a essência da pulsão perversa é transformar o bom em mau, preservando, contudo, uma aparência de bom.

A parte má, destrutiva e satânica do *self* está em oposição permanente aos bons objectos. Ela procura perverter a boa relação das outras partes do *self* com o objecto e subjugar-las a uma passividade aditiva em relação a ela (parte má). Para isso, ela utiliza todos os meios à sua disposição: ameaça, coerção, confusão, intolerância das partes boas ao sofrimento depressivo, à separação e à inveja.

Cláudio, 35 anos, vive em angústia permanente. Há 4 anos seropositivo, só há poucos meses teve coragem de ir à consulta de infecciologia no hospital. Embora em programa de metadona recorre regularmente ao álcool e, pontualmente, a outras drogas para “enfrentar” o seu sofrimento. Manteve relações sexuais com a mulher, sem lhe contar que era seropositivo, e só quando aquela ficou grávida e já em trabalho de parto é que soube da doença do marido. Continua, regularmente, a manter relações sexuais sem preservativo, encontrando-se a mulher novamente grávida. Habitualmente, tem relações sexuais extraconjugais. Interrompeu as consultas de infecciologia no hospital Na escala de suicídio obteve um índice de risco de suicídio extremamente importante (grau 5 da escala).

Para Jeammet e colaboradores (1994) a perversão é exercida sobre um objecto ou sobre uma função fisiológica do corpo que é desviada da sua finalidade normal para se constituir como um neo-objecto, que é investido não por prazer mas por assegurar uma função de permanência, de recurso sempre possível e que deverá ser imutável, inalterável.

Sugerimos que Cláudio use a mulher dele, as mulheres, o sexo e as drogas como neo-objects. Recursos sempre disponíveis e ao serviço da sua auto-estimulação. Ilusórios e efémeros objects de transformação.

Este neo-objecto, reduz-se a ele mesmo, às sensações que proporciona, e não se presta a qualquer actividade associativa que o possa pôr em contacto com as emoções e com outros objects libidinalmente investidos. Pelo contrário, estes investimentos libidinais são rejeitados. Deste modo, os autores (Corcos & Jeammet, 2000; Jeammet et al., 1994) preferem falar de um auto-erotismo ligado não aos objects infantis, mas aos objects funcionais, reduzidos apenas à função de auto-estimulação. Não produzindo nenhum processo de interiorização, esta actividade deixa o sujeito sempre dependente da resposta externa que representa a auto-estimulação, num movimento repetitivo e estereotipado que caracteriza as actividades perversas.

Arménio, seropositivo, afirma ter uma parceira ocasional com quem mantém relações sexuais não usando preservativo nem lhe transmitindo a informação de que é portador do VIH. Quando confrontado com esta situação mostra-se, inicialmente, crente de que a parceira “não apanhará a doença” e, posteriormente, afirma que as suas análises estariam enganadas e que, por este motivo, não terá o VIH. Proponho, por diversas vezes, repetirmos as análises mas ele esquiva-se. Recusa, terminantemente, em ir ao hospital.

Em Arménio, como nalguns outros sujeitos que apresentam explícitos comportamentos de risco, o índice de suicídio obtido pela escala de Stork revelou-se dentro dos valores normais (grau 1).

Anteriormente apoiamos a hipótese que associa os comportamentos de risco à elevada propensão para o risco de suicídio. Dir-se-ia, então, que os sujeitos sem risco de suicídio não teriam comportamentos de risco. Na verdade nem sempre é assim.

O caminho percorrido até aqui permite-nos, agora, perscrutar as razões pelas quais determinados sujeitos, correndo grandes riscos para a saúde e fazendo correr outros, quando submetidos à escala de suicídio revelam resultados normais. Formulemos a questão de outra maneira: se estes sujeitos têm comportamentos lesivos para eles próprios, porque não apresentam valores que indiquem uma tendência, mesmo que ligeira, para o suicídio?

Em primeiro lugar, avaliemos as respostas ao instrumento. O questionário inquiri o sujeito sobre aspectos privados e delicados da sua vida. A resposta, sobretudo em sujeitos mais defensivos, pode não corresponder ao que realmente ele sente mas ao que pensa ser o mais correcto responder do ponto de vista social, ou aquilo que pensa que o entrevistador gostaria de ouvir. Esta postura também poderá servir para escamotear os afectos mais penosos no sujeito.

Em segundo lugar, e recuperando o pensamento de Meltzer (1977) sobre as perversões, não nos esqueçamos que a qualidade emocional dos estados psico-sexuais perversos é sobretudo maníaca. É a abolição triunfante da angústia depressiva e mesmo da angústia persecutória. Estamos em crer que sujeitos influenciados por este estado, tendem a produzir valores baixos na escala de suicídio.

Em terceiro lugar, e entroncando no argumento anterior, devemos reconhecer o carácter auto-terapêutico que estes comportamentos perversos (toxicodependência e relações sexuais de risco) têm para o sujeito. Por mais perniciosos que eles sejam, os arranjos perversos têm uma função protectora. Eles realizam uma espécie de compromisso entre ligação objectal e salvaguarda narcísica graças a esta neo-relação que permite ao sujeito assegurar o domínio sobre o outro e sobre os seus próprios aspectos depressivos (Jeammet et al.,1994). Retoma-se a clássica questão do carácter auto-terapêutico destas condutas que empurram o sujeito para uma alienação crescente, através do seu comportamento perverso, mas que o protegem de um risco mortal.

Pelas razões acima aduzidas, aceitamos que alguns doentes, utilizando predominantemente mecanismos defensivos de ordem projectiva, quando avaliados por uma escala de suicídio apresentem resultados dentro da normalidade. Estes mecanismos mentais defensivos, do tipo maníaco, revelam-se na negação da depressão, na negação do risco de suicídio e na negação da possibilidade de contaminação dos outros. Este é, porventura, o tipo de funcionamento mental que caracteriza Arménio e alguns outros sujeitos. De resto, a questão dos estados maníacos em sujeitos seropositivos, mereceu destacada atenção no ponto anterior. Tornou-se mais claro para nós que os comportamentos perversos em sujeitos seropositivos - pelo menos numa parte deles - ocorrem sob o influxo de estados maníacos e com o recurso aos respectivos mecanismos de defesa.

Neste sentido, Denise Bouchet (1990), reconhece que nos sujeitos onde predominam as defesas projectivas o encontro com a seropositividade renova a activação daquelas defesas através do frenesim sexual. Vindo reforçar o signo identitário fundado sobre a especificidade sexual, o vírus intruso, por definição ganhador, triunfante sobre a ciência, pode ser vivido como objecto ideal indestrutível e conferir paradoxalmente ao Eu « um poder de encarnação negativo » por identificação ao agressor. Considerando o outro como objecto interno equivalente duma imago maternal excitante, omnipresente e ameaçadora, ele é tratado como tal por identificação projectiva: ele terá de anexar o Outro, possuí-lo, dominá-lo e engoli-lo, trazendo-o para o terreno do mesmo, através da contaminação voluntária. Assim, a perpetuação do vírus sobreviverá no outro no lugar da criança estéril (seropositivo), permitindo o triunfo sobre a castração, a alteridade, e a finitude.

Quem trabalha com toxicodependentes facilmente nota o expressivo sentimento de castração que se apoderou destes utentes. Esta característica está relacionada com a hegemonia da figura materna e com o reduzido papel da imago paterna. Um pai presente na maior parte das vezes, mas desvalorizado, denegrado por uma mãe que parece ter investido muito pouco nele como objecto erótico, amado e admirado. Conjecturamos, assim, que entre a mãe e estes sujeitos, enquanto crianças, não houve obstáculos/fronteiras suficientes que lhes permitissem individualizar-se progressivamente, donde se terão mantido intolerantes às separações, às diferenças de sexo e de geração. O acesso à imprescindível triangulação, também, ficou comprometido.

L'identification masculine au père sexué chez le petit garçon, le sentiment d'identité, les limites du Moi, favorise le désir de progression vers le monde extérieur pour y découvrir de nouveaux objets d'investissements, qui facilitent le renoncement au désir de retour dans le ventre maternel et atténuent la fascination par la mère bisexuée originaire (Thomé-Renault, 1995, p.177).

Constatamos que a angústia de castração é ampliada quando o toxicómano contrai o VIH, havendo um recurso maciço a mecanismos defensivos que visem negar a alteridade da parceira.

Vitor relata que houve ocasiões em que, deliberadamente, não usava preservativo nas relações sexuais que mantinha com a mulher porque "se ela tivesse que apanhar o VIH, isso seria o resultado do nosso amor" e reforça o conceito " eu no lugar dela teria feito o mesmo, como prova de amor".

Inspirados em Bion (1991a) dir-se-ia que tanto Vítor, como Cláudio ou até mesmo Arménio são incapazes de suportar a compreensão e a bondade das suas companheiras, ao ponto de não as protegerem do efeito potencialmente pernicioso da infecção. Parecem estar dominados por objectos internos que se opõem e destroem a todo e qualquer elo de ligação. “Neste estado mental a emoção é odiada; é sentida como sendo forte demais para ser contida pela psique imatura” (p.108).

O paciente perverso tem necessidade das competências do outro (Eiguer, 2003). Ele deseja alimentar-se da sua vitalidade, do seu entusiasmo. Esta estratégia é a consequência de um sentimento de inveja; o outro seria, assim, um utensílio ao serviço das funções que o paciente receia não possuir.

Uma inveja fundida com uma voracidade (Segal, 1975), que conduz a um desejo de esgotar inteiramente o objecto, não apenas com o fim de possuir toda a sua bondade mas também para esvaziar intencionalmente o objecto, de modo que não contenha nada de invejável.

Infectada, a parceira tornar-se-á, por efeito de identificação projectiva, tão castrada quanto o próprio seropositivo, mais fácil de dominar porque igual. Afinal de contas, um objecto danificado é um objecto que não suscita inveja!

Mário Casimiro (1986) afirma que o perverso tem tendência a actuar os fantasmas da cena primitiva. Algo de semelhante passar-se-á nestes doentes, infectados pelo VIH?

Segundo a hipótese avançada por Martine Gras (1995), a SIDA “reintroduz uma *cena primitiva intolerável* evocando a imago dos pais combinados descrita por M Klein” (p.92). De acordo com André Ruffiot (citado pela autora), esta imago (pais fusionados numa relação sexual interminável) é a fonte das angústias mais primitivas porque ela é onnipotente, terrífica, intrusiva. É a imagem do poder absoluto impondo-se despoticamente e em silêncio. O aparelho psíquico fica como que siderado, petrificado por esta imagem de um par ele mesmo petrificado, imóvel como a morte.

Tão pungente imagem leva-nos a admitir, tal como M. Casimiro, que face a angústias tão intoleráveis desencadeadas pela infecção o seropositivo possa ser impelido a actuar os seus fantasmas com os parceiros sexuais.

Bem vistas as coisas, já Meltzer (referido por Matos, 1991a) afirmava que uma bissexualidade bem integrada permitiria uma intimidade intensa com o parceiro sexual, possibilitando o indivíduo ir ao encontro do seu parceiro, sem o controlar nem o dominar. Antítese do que verificamos nos referidos doentes.

Complementemos a análise desta questão por outro ângulo de observação. Joyce McDougall (1985) refere que os sujeitos de carácter perverso são compelidos a repetir, vezes sem conta, os dramas e as decepções para os quais usam os outros para o desempenho dos seus cenários internos. Devido a falha dos fenómenos de transição, eles tem a tendência para actuar em vez de elaborar mentalmente os conflitos. “A dependência mágica dos objectos exteriores para reparar a fantasia danificada, tende a perpetuar o medo dos desejos e pensamentos onnipotentes, impedindo a psique de um funcionamento mais criativo” (p.281). Quando se sentem ameaçados por pressões internas ou externas, que possam atacar o seu equilíbrio psíquico, recorrem à relação sexual para as aliviarem. E já anteriormente vimos o grau de ameaça e o trauma que representa o diagnóstico do VIH. A sexualidade reveste-se de qualidades aditivas e compulsivas quando a relação sexual é principalmente utilizada para dispersar estados psíquicos dolorosos ou realizada com um parceiro que não existe como separado e como objecto libidinalmente investido. O outro cumpre a função de droga ou torna-se um contentor para as partes perigosas do indivíduo, as quais devem ser dominadas ganhando o controlo erótico sobre o parceiro.

Desta maneira, o papel do outro é facilitar a negação e dispersar não somente a culpa edipiana e a ansiedade de castração, mas também as mais primitivas ansiedades, as fantasias de ter atacado e destruído os objectos internos. A fantasia precisa de castrar o outro – ou completar-se às expensas do outro – visando o intuito da reparação. Uma falsa reparação dos objectos originais sendo, ao mesmo tempo, uma expressão de sexualidade arcaica na qual as partes do corpo e as substâncias são trocadas como elementos reparadores (McDougall, 1985).

Podemos supor que neste esforço de “reparação” dos objectos internos danificados (donde a punição/VIH é uma das consequências) o seropositivo fantasia as substâncias - sangue e espermatozoides - como elementos essenciais ao serviço da reparação. O elevado risco de contaminação da parceira sexual é um aspecto a levar em conta neste processo.

Na verdade, esta ilusória reparação ou reparação maníaca (Segal, 1975) não é mais que uma defesa, na medida em que o seu objectivo é reparar o objecto de tal modo que a culpa e a perda nunca sejam experimentadas. A vera reparação implica a aceitação da ideia da separação – a diferenciação entre o eu e os objectos com todos os conflitos que isso implica.

No fundo, o uso da sexualidade nestas circunstâncias representa um duplo esforço defensivo: procurar uma solução de compromisso para os receios da castração neurótica e para as ansiedades psicóticas relativas a perda de identidade com o conseqüente risco de ser invadido por impulsos suicidas. Medo de castração, de fragmentação do Eu e da morte, são assim exorcizados através de uma sexualidade erotizada e sem perigo.

Conclui a autora que esta tentativa de auto-cura permite a estes sujeitos manter o contacto erótico com eles próprios e com os outros e, simultaneamente, evitar estados emocionais insuportáveis que, de outra maneira, os precipitaria para actos de autodestruição ou de violência contra os outros.

Ainda que este género de exercício da sexualidade possa proteger o seropositivo de se autodestruir, através do suicídio por exemplo, somos incitados a reconhecer que a violência contra os outros está presente, porquanto, a parceira sexual corre sérios riscos de se infectar.

Thomé-Renault (1995) faz notar que a ausência de introjecção do pénis paternal, que separa a mãe bissexuada, e a insuficiência das identificações edipianas, fazem com que o sujeito adulto permaneça dominado pelo terror de uma imago maternal arcaica desintegradora dos limites do Eu e pela fascinação da mãe completa e toda-poderosa.

Todavia, se grande parte dos comportamentos do perverso são manobras fantasmáticas que pretendem reconstruir a unidade fusional com uma mãe que se encarregou de “minimizar o papel do pai”, M. Casimiro (1986) acentua a importância do papel do pai, ainda que pela sua procura e idealização:

(...) no perverso tem sido detectada uma escondida nostalgia do pai bom, por detrás de um vazio especial preenchido pela imagem do pai péssimo, e que motiva uma busca compulsiva do pai «ideal» que no «acting» perverso aparece reduzido à mera expressão de uma procura sempre frustrada de um

«partenaire» a quem se pretendia ir buscar tudo o que falta e em que se encontra menos do que já se tinha (p.36).

Assim, aliado a todo um comportamento sexual perverso que visa, essencialmente, a supressão das ansiedades depressivas e psicóticas em que o seropositivo se encontra mergulhado, há também neste agir sexual compulsivo a procura inconsciente de um pénis paternal bom, por oposição ao *péssimo* ou até ao inexistente. Este pénis paternal seria a procura do interdito e dos limites, mas também uma protecção contra a invasão da mãe arcaica que tende a ocupar todo o espaço psíquico do sujeito. (Thomé-Renault, 1995).

3.2.5. O desespero

O sujeito seropositivo, quando submetido aos efeitos destrutivos do *self* infantil e maléfico, é conduzido ao exercício crescente da perversão, cuja dimensão autodestrutiva acabará por se sobrepor a todos os aspectos da sua vida. Deste modo, afigura-se-nos como evidente que a manutenção de um regime onde a droga ou onde os parceiros são utilizados como verdadeiros opiáceos (McDougall, 1995) - como substitutos dos laços objectais - desembocará num irremediável final infeliz.

Contudo ao reconhecermos no ponto anterior que os comportamentos aditivos podem proteger o sujeito do risco mortal, corremos o risco de cairmos nas malhas da contradição. No entanto, o “efeito protector” que os comportamentos aditivos poderão oferecer ao sujeito em sofrimento, paulatinamente, acabará por se esfumar. Com o decorrer do tempo o “efeito” será cada vez menor e a “tolerância” aos objectos aditivos cada vez maior. Após alguns anos de consumo, é habitual os nossos utentes dizerem que “a droga já não bate” e só ainda a continuam a usar para “tirar as dores físicas provocadas pela ressaca”. Este é o motivo pelo qual, muitas vezes, nos procuram; a droga deixou de ter um papel anti-depressivo, deixou de dar prazer, ou, na maior parte dos casos, deixou de poder evitar o desprazer. Aliás, oferecendo-se a droga como um meio para combater a depressão, os comportamentos suicidas no toxicómano assinalam o insucesso deste “anti-depressor”.

Sublinhamos, de novo, a ideia tão presente ao longo deste trabalho: *os objectos aditivos não provocam nenhuma mudança durável na estrutura psíquica e, deste modo, precisam de ser incessantemente procurados no mundo exterior, como*

substitutos simbólicos da mãe da infância (McDougall, 1985). E nisto não há nada de contraditório; é a constatação de um facto. Do facto que só as relações humanas produzirão transformação. E até para isso é necessário que o sujeito “acredite” que o outro pode ser o agente dessa transformação, caso contrário o sujeito remete-se à desistência: à morte ou à psicose.

Apoiando-se na conceptualização que estabelece a relação entre o consumo de droga e a depressão, Sandor Rado (1975) reconhece que um dia os consumos irão tão longe que nenhuma euforia poderá doravante ser produzida para combater o sofrimento da depressão. “ Existem três formas de sair desta crise: a cura num intervalo livre, o suicídio e a psicose ” (p.612).

E Meltzer (1977), referindo-se à perversão da adição, também preconiza uma saída funesta para a progressão dos actos perversos:

l'atmosphère de désespoir qu'elle crée dans la vie du sujet envahit tout et l'impulsivité suicidaire est inévitable. (...) mènent le sujet à des formes et à des relations toujours plus dangereuses dans l'expression de sa perversion, cherchant à se faire massacrer par la partie destructrice du self comme moyen ultime de pseudo-réparation, selon la loi du talion (pp.215-216).

Neste processo anti-introjectivo que representam os arranjos perversos, onde prevalecem os entraves às identificações, há um ataque repetido aos laços objectais interiorizados, aos elos de ligação (Bion, 1991a) Ocorre, assim, uma violência crescente na busca de sensações substitutivas do laço objectal. É a instauração do reino governado pelo subserviência ao neo-objecto. O comportamento torna-se cada vez menos libidinizado, puramente mecânico, desaparecendo toda a actividade fantasmática associada a ele. O auto-erotismo perde a sua dimensão erótica e de prazer em proveito da necessidade de sensações violentas para se sentir existir, deixando de lado qualquer laivo de prazer. O que sobra é a violência.

Violência expressa nas relações com o outro (dar a morte) mas também nos ataques ao próprio corpo, revelando-se como a saída quase inevitável de uma situação de estrangimento que ameaça a identidade do sujeito. Com o intuito de restabelecer as fronteiras e as diferenças necessárias à manutenção da coesão interna, a violência agida surge como a única defesa possível para restaurar uma identidade ameaçada (Jeammet et al., 1994).

Consequentemente, quando as condutas aditivas servem cada vez menos de “autoterapia” na vida do sujeito, ou quando a violência é tão insuportável ao ponto de ele intuir a proximidade de uma morte não desejada, o pedido de ajuda pode surgir. “Ou parava agora os consumos de droga ou morria” justificam-se muitos doentes na primeira consulta.

Constata-se nestes doentes, aquando da paragem dos consumos de droga, o ressurgimento de personalidades fortemente deprimidas, com variadas perturbações afectivas associadas a uma constante depreciação da sua imagem. É também, nesta ocasião, que alguns tomam conhecimento do diagnóstico do VIH. Devido à reunião destes dois acontecimentos a vulnerabilidade emocional amplifica-se e, nalguns doentes, irrompe brutalmente toda uma ideação suicida

Se anteriormente nos debruçamos sobre os sujeitos que encontram no exercício sexual um meio de evacuar uma tensão insuportável e os afectos dolorosos relacionados com o VIH, iremos nesta secção dar primazia ao estudo dos sujeitos que renunciam às drogas e se encontram, de facto, tão deprimidos que perdem todo o interesse sexual. Ou, pelo menos, não se servem da sexualidade com objectivos defensivos.

Nalguns doentes o que emerge à superfície são os fantasmas da analidade nas imagens de corpo “sujo” e “perigoso” ligado à sexualidade. Sobressai uma imago da mulher “suja” e portadora da morte no seu corpo, de tal maneira que a vinculação amorosa pode ser vivida como um perigo potencial e arrisca-se a tornar-se num objecto repulsivo (Ruffiot, citado por Teixeira, 1993).

Carlos, 44 anos, seropositivo, com um passado recente de drogas e prostituição masculina afirma que a vida deixou de ter sentido para ele. Antes “eu era alegre e tinha imensa energia”. Agora que parou os consumos e deixou de se prostituir, sente-se deprimido e sem esperança “ Já vivi tudo, não quero chegar a velho”. Quando se refere à hipocrisia dos políticos e “injustiça no mundo” (ele próprio vítima da injustiça do seu pai) desabafa: “ a raiva é tanta que só me apetece ir por aí e fazer asneiras, desatar a consumir à parva e acabar comigo”. A escala de suicídio aponta para um risco extremamente importante (grau 5).

Na ausência das condutas de adição, o último recurso possível é o pôr em causa a própria vida, ou a rendição e abandono do sujeito ao poder dos seus objectos de investimento narcissicamente insuportáveis, pelo que se sente sem recursos narcísicos suficientes (Jeammet et al., 1994). O acto suicidário pode aparecer como a

derradeira saída, como ponto extremo da regressão, protector da desorganização psíquica. Segundo Balier (1985), a agressão, mesmo quando se trata de auto-agressão, tem por objectivo preservar o Eu, e o suicídio, nalguns casos, é destinado a proteger a integridade do Eu.

Claude Olivenstein (1987) acentua que o toxicómano, após a desintoxicação, é o mais nu dos homens, arrastando a sua existência sem outro recurso que a renúncia. O seu corpo e o seu psiquismo gritam em socorro numa desesperança sem fim. Toda a memória do prazer cede lugar à memória da falta e vice-versa. Este sofrimento pode conduzi-lo a aceitar saídas masoquistas e alienantes substituindo uma dependência por outra dependência.

Diante desta possibilidade, e ao contrário do que algum senso-comum pensará, a paragem dos consumos de drogas não significa a resolução do problema. Significa apenas a condição necessária para se dar inicio a todo um trabalho que se dirige às angústias do doente. É esse, também, o papel insubstituível dos psicólogos e de outros técnicos de saúde mental nos serviços que lidam com toxicodependentes. Quando não se atende à desvalorização narcísica do doente, que cessou os comportamentos de risco, o perigo da recaída é inevitável. Ou poderão, ainda, surgir outro tipo de actos e atitudes de risco.

Car il existe dans la relation du toxicomane a tout autre une parole et un affect interdits. Seule de toutes les souffrances, la sienne est interdite par une connotation moralisante. Seul le passage à l'acte – rechute ou suicide – peut s'avérer le survivant d'une communication cassé, le signal-symptôme de la persécution que le sujet subit (Olievenstein, 1987, p.27).

Já não é só a toxicodependência que é alvo de uma *conotação moralizante*. A ela associa-se agora a SIDA que, no nosso inconsciente colectivo, está ligada a uma noção de sexualidade-punitiva e vergonhosa (Ruffiot, 1995). E se a culpabilidade é uma forma de integração social, a vergonha é uma das formas de desintegração social. Ela cria uma ruptura na continuidade do sujeito (Gras, 1995). Face à sua culpa e à vergonha social, estes doentes correm um verdadeiro risco de afundamento narcísico.

Nestas circunstâncias, quando se trata de lidar com doentes toxicodependentes que receberam o diagnóstico do VIH/SIDA, é de toda a pertinência

avaliar qual a preponderância que desempenha no seu funcionamento psíquico o risco suicidário.

Não só este risco pode-se manifestar através das declaradas tentativas de suicídio, mas também em situações onde a qualidade de vida e até a própria vida do seropositivo se encontram em jogo. Referimo-nos, concretamente, aos cuidados de saúde que ele deverá dispensar a si próprio: idas à consulta da especialidade de infecciologia, tomar, se necessário, a medicação prescrita, não interrupção da medicação nem das consultas. No fundo, estes comportamentos são indicadores quanto ao seu grau de *apego à vida* (Matos, 1991b). Entendemos que por detrás do não cumprimento voluntário dos cuidados de saúde se escondem mecanismos autodestrutivos no doente seropositivo. É seguramente menos difícil apegar-se à vida quando o doente tem algum suporte afectivo, conseguindo partilhar as suas angústias com a família ou com pessoas significativas, ou quando recorre ao psicólogo solicitando ajuda para reorganizar o seu mundo interno. Contudo, nem sempre é fácil pedir ajuda ou, mesmo, preservá-la.

Manuel, de 27 anos, soube há 7 anos que era seropositivo quando vivia na rua num dos bairros "supermercados de droga". Acompanhado no C.A.T. voltou para a casa da família, arranjou trabalho e deixou por completo os consumos de droga. Conheceu a sua actual mulher há 4 anos com quem, depois de casar, vive actualmente. Nunca lhe falou do seu passado de drogas. Diz-me usar sempre o preservativo. Manuel nunca disse à mulher, nem aos pais, nem aos irmãos nem a ninguém que é seropositivo. O segredo que guarda há anos só é conhecido por mim e pelo infecciologista do hospital. Ainda assim, o doente foge das consultas como o diabo foge da cruz. Apresenta-se magro e com um aspecto doentio, sintoma de que interrompeu a medicação e as consultas no hospital.

Associados aos mecanismos de clivagem evidentes neste doente, o esmagador receio em partilhar a sua doença com os mais próximos resultará da fantasia de deixarem de gostar dele, de ser abandonado e ficar sozinho. Esta fantasia de solidão liga-se à sua problemática identitária, ao sentimento de si: ser alguém, existir, contar para alguém (C. Leconte, 1995). A revelação à sua mulher pode ser projectada como uma verdadeira intrusão na intimidade do passado dela (se eu escondo o meu passado, terá ela alguma coisa escondida?). Em função da alteridade imposta pela SIDA, a revelação da infecção viria a pôr em perigo a ilusão fusional narcísica em que o Manuel vive, conferindo, necessariamente, outros limites à relação. Com ele infectado, a mulher sã, deixaria de ser uma duplicação de si.

A revelação aos pais fá-lo incorrer no risco de deixar de corresponder ao ideal parental. Ainda por cima agora trabalha e está casado (o que pensariam os sogros?) Protegendo os familiares da doença descarta, também, o terrível receio da sanção punitiva familiar (ser renegado, expulso) por ter transgredido a lei familiar em matéria de drogas e sexualidade (a ovelha tresmalhada do rebanho).

Desta sua incapacidade em revelar o seu estado de saúde, depreendemos que Manuel prefira manter uma mentira bem guardada a ter que revelar uma verdade que o colocaria em risco de desorganizar os seus frágeis limites e de perder os seus objectos.

R. Misés, citado por Carlos Farate 2001, refere que a *vulnerabilidade à perda do objecto* que advém dos defeitos da elaboração da posição depressiva, torna-se o cerne da incapacidade da criança aceder à sua própria autonomia bem como à expressão de um desejo personalizado. Este receio e vulnerabilidade deve ser considerado na compreensão das dificuldades que alguns doentes têm em partilhar a sua doença com os familiares.

Neste sentido, verificamos que os comportamentos autodestrutivos, a par do risco suicidário, subsistem em personalidades fortemente impregnadas pela dependência aos objectos internos. Esta problemática traduz-se, invariavelmente, nas modalidades de relação estabelecidas pelo doente, tanto com os técnicos de saúde quanto com as medicações a que estão sujeitos.

Muitos dos doentes medicados com metadona ou buprenorfina (medicamentos de manutenção opiácea) constantemente estão a reclamar e a tentar controlar e alterar as doses prescritas, desprezando os argumentos que fundamentam as decisões do seu terapeuta, o que leva a frequentes conflitos com os últimos e com os enfermeiros. Custa a crer a dificuldade que têm em cumprir a medicação e os entraves que levantam alegando, a mais das vezes, que agora que já não consomem drogas não querem estar “dependentes” de nada. Muitos querem mesmo terminar o “mais rapidamente possível” com a medicação. Esta lógica de não querer depender de nada e de ninguém, observada nalguns doentes, é extensível também às medicações para o VIH, para a hepatite C e tuberculose.

A negação da dependência dos cuidados prestados pelo serviço e pelos respectivos técnicos, parece inscrever-se no conjunto de defesas a que Melanie Klein

designou de tríade maníaca: controlo, triunfo e desprezo. A impotência gerada pelo sentimento de perda de controlo sobre a sua vida (devido à sobrecarga das consultas e medicações) leva-os a assumirem comportamentos de onipotência, desvalorizando os cuidados de saúde. Na nossa óptica, as dificuldades de separação/individuação a que inúmeros autores fazem referência quando se ocupam do estudo da toxicodependência, poderão desempenhar um importante papel na adesão e manutenção dos cuidados médicos e psicológicos.

Segundo Jeammet, citado por Farate (2001), o sujeito tem demasiada necessidade dos seus objectos para poder tolerar a dependência, o que o impede de se autorizar a uma atitude de receptividade e aceder a movimentos de introjecção.

Rodrigo, seropositivo há 12 anos, já interrompeu por cinco vezes a medicação antiretroviral. "Quando estabilizava os valores (defesas do sistema imunitário e carga viral) deixava de tomar. É chato ter que depender sempre da medicação".

São imensos os efeitos negativos, para o já debilitado sistema imunitário do doente seropositivo, a interrupção de uma medicação sem indicação médica. Em termos financeiros a interrupção das medicações sai muito cara ao, também muito debilitado, sistema nacional de saúde.

Devemos acrescentar que o Rodrigo nas relações sexuais nunca usou preservativo, mesmo quando consumia drogas e tinha como parceiras outras toxicodependentes. Diz-se adepto do coito interrompido. Casou há 10 anos, e não obstante o método "profilático" usado, tem um filho de 9 anos. "Não consigo, detesto o preservativo" - afirma. Também aqui, o doente ao se recusar usar o preservativo para enfrentar a realidade não esconde a sua aflicção em relação a mais uma "dependência". A mulher que desde sempre soube que o marido era seropositivo aceita esta "lógica". "Ela não se importa, nem me pede para usar o preservativo..."

Afinal todas estas manifestações de ardente desejo de pseudo-independência, identificadas em alguns doentes seropositivos, não são mais do que a repetição de um padrão de funcionamento psíquico que no passado se realizava na dependência às drogas.

Para Corcos e Jeammet (2000), toda a clínica da dependência é susceptível de se desenvolver como uma defesa contra uma dependência afectiva, percebida como uma vulnerabilidade depressiva e, mais profundamente, como uma ameaça para a

identidade do sujeito e uma alienação aos seus objectos de vinculação. É toda uma clínica onde o sujeito tenta substituir os seus laços afectivos relacionais – vividos como tanto mais ameaçadores quando eles são necessários – por outros laços que ele possa dominar. Há claramente o objectivo do controlo da distância relacional através deste comportamento. Isto permite ao sujeito manter relações aparentemente satisfatórias e uma vida social relativamente diversificada pagando, contudo, o preço de uma clivagem do eu.

Imediatamente após a paragem do consumo de drogas e identificando o funcionamento psíquico destes doentes urge, nos casos em que é possível, uma intervenção psicológica de carácter regular.

Tomando como ponto de partida as perturbações de vinculação e a “fragilidade do Eu imaturo” dos toxicodependentes (Bergeret, 1984), agravadas pelo trauma do VIH, sugerimos, tal como Fleming (1995), que o modelo psicoterapêutico a ser utilizado vise desalojar o doente da posição narcísica em que se encontra (“eu sou o maior”), o desaloje das defesas poderosas (arrogância, desprezo e negação) que lhe servem apenas de couraça para a extrema fragilidade psicológica. Assim, estão-se a criar as condições que permitem a construção ou a reconstrução da capacidade no doente do estabelecimento de uma relação humana (com o que pressupõe de ameaça de perda e de tolerância ao sofrimento), urdida na relação de transferência e contratransferência entre o paciente e o psicoterapeuta.

A complexidade da nossa intervenção, quando dirigida a doentes toxicodependentes e seropositivos, resulta da associação destas duas problemáticas, não passíveis, inicialmente, de serem trabalhadas separadamente. Em todo o caso, no ponto seguinte procuraremos centrar a nossa atenção mais nos aspectos, e objectivos, do acompanhamento psicológico dos doentes infectados e afectados pelo VIH/SIDA.

Não gostaríamos de terminar esta secção sem fazer uma breve referência às mulheres dos doentes seropositivos. Referimo-nos a mulheres que não sendo seropositivas, até à data, parecem estar a habilitarem-se a se tornarem. Embora não sejam objecto de estudo neste trabalho, assistimos com uma inquietante estranheza a situações onde elas parecem não se importar, tal como a mulher do Rodrigo, em manter relações sexuais não usando o preservativo. O registo do número elevado de

gravidezes nestas mulheres, com conhecimento do VIH dos maridos, é um seguro indício. Porque razão isto acontece?

Concebemos oportuno questionar, tal como Korff-Sausse (2003) num artigo dedicado às companheiras dos perversos narcísicos, se estas relações tão desprotegidas (violentas) paradoxalmente não protegerão aquelas mulheres contra um afundamento depressivo? Ou mesmo contra uma descompensação psicótica? Se não serão a repetição de um traumatismo anterior? Mas igualmente: em que medida a perversão do marido é a projecção dos seus próprios aspectos perversos? Qual o seu papel na perversão da relação? No fundo, é um jogo que se joga a dois. Porquê a parceira se presta a este jogo tão destrutivo que poderá resultar na sua contaminação? E, sobretudo, porque razão é tão difícil ela separar-se dele quando sabe correr riscos?

Futuras linhas de investigação poderão trazer reflexões e respostas a uma área tão sensível, e tão pouco desbravada, quanto esta. Em todo o caso, verificamos na nossa prática que, em determinadas circunstâncias, um trabalho de intervenção psicológica só fará sentido junto dos dois membros do casal ou até mesmo envolvendo a família.

3.2.6. O Apoio Psicológico

Como intervir ao nível da diminuição dos comportamentos de risco e na adesão aos cuidados de saúde do doente seropositivo, ainda por cima, com um trajecto de vida pautado por drogas?

Primeiramente, pensamos que é fundamental o psicólogo apoiar-se na sua boa formação clínica. Por outro lado, ele deve estar permanentemente actualizado quanto à evolução científica na área do VIH, cruzando informação com outros técnicos de saúde. O trabalho com doentes seropositivos, em instituição, é sempre um trabalho em equipa.

Deste ponto de vista, entendemos que seria enriquecedor para o psicólogo e para os restantes técnicos de saúde beneficiarem de uma supervisão regular, em grupo, para discutir os casos clínicos. Desafortunadamente são poucos os serviços institucionais que proporcionam uma supervisão aos seus técnicos de saúde,

desperdiçando a preciosa possibilidade de todos aprenderem e evoluírem nos seus aspectos técnicos e humanos.

Na senda de outros autores (Cartwright, & Cassidy, 2001) faz-nos sentido conceptualizar o mundo intrapsíquico do sujeito seropositivo em termos de processo traumatizante, nalguns casos insidioso, que ameaça pôr em perigo a sua vida psíquica de modo a isolá-la e a imobilizá-la, assemelhando-a a uma espécie de morte psíquica. A representação estigmatizante, individual e colectiva, que se faz do VIH/SIDA também não ajuda. Contudo, é importante o psicólogo não se centrar exclusivamente no mundo interno do sujeito, mas também participar e trabalhar questões relacionadas com as limitações da doença física, com os avanços da medicina e tratamentos existentes, os preconceitos e até os comportamentos sexuais. Estes aspectos são trazidos para a consulta, muitas vezes envoltos em grande ansiedade, para serem discutidos connosco. A experiência indica-nos que o conhecimento actualizado sobre a doença é crucial para o estabelecimento e sucesso da relação terapêutica. Ao nos permitirmos discutir os aspectos práticos da doença com o paciente, por vezes dismissingando e fornecendo informações úteis, estabelece-se uma maior empatia e reforça-se a aliança terapêutica.

Sendo o VIH um acontecimento traumático na vida do sujeito e, na perspectiva de Sandler (citado por Cartwright e Cassidy, 2001) um processo de longa adaptação a uma organização interna, o nível traumático depende de inúmeros factores: método de infecção, características da personalidade, grau de suporte familiar/afectivo, conhecimento e experiência dos aspectos relacionados com o VIH. Como resposta ao impacto traumático inúmeros processos dinâmicos ocorrem, como de resto temos vindo a assinalar ao longo deste trabalho. Façamos uma sùmula.

Cartwright e Cassidy (2001) destacam os mecanismos defensivos que, em maior ou menor grau, estão presentes nestes doentes: a clivagem, a identificação projectiva e o colapso da função simbólica.

A dimensão da clivagem depende, naturalmente, da predisposição da personalidade. Embora se encontre sempre presente, em maior ou menor extensão, dando lugar a um certo grau de dissociação e negação. As dinâmicas projectivas, que ocorrem como resultado da clivagem, são variadas e têm diferentes consequências. Talvez a mais comum seja a projecção de partes do *self* associadas à doença que são sentidas como perigosas e tóxicas. O doente pode apresentar o diagnóstico como uma

“ferida” que resultou de um “ataque” - foi o parceiro que lhe deu uma seringa infectada, ou uma companheira sexual que não lhe disse era seropositiva - projectando sobre o terapeuta a necessidade de ser cuidado através de tratamento diferenciado e preferencial. Ainda assim, a parte do *self* associada à infecção nem sempre é projectada. Dá-se o caso das partes más do *self*, clivadas, identificarem-se com uma saída que conduz o doente a comportamentos masoquistas e de perda. Já neste trabalho alertamos para o risco de suicídio nestes doentes.

Uma importante consequência do processo traumático é o colapso da função simbólica (Segal, 1978), cujo efeito é a cessação dos processos de pensamento e de integração das dificuldades. No doente seropositivo a enfática medicalização do vírus, a obsessão do corpo e das suas funções, o pensamento concreto, são alguns dos sinais da suspensão da capacidade para representar o mundo simbolicamente.

At moments of regression, symbolism may revert to a concrete form even in non-psychotic individuals (Segal, 1978, p.316).

Neste estado, o acesso à associação livre e aos processos de mentalização encontram-se comprometidos. Ainda que isto seja uma parte normal da adaptação, pode tornar-se num alheamento relativamente ao trabalho do pensamento sobre as consequências da infecção. No extremo, assemelha-se a uma espécie de morte psíquica onde a vivacidade mental se encontra ameaçada.

Através da relação terapêutica, procura-se estabelecer um balanço, por vezes delicado, entre o reconhecimento das limitações provocadas pela infecção e a manutenção da esperança e do sentido para a vida. Surgem sentimentos de raiva, de angústia, de perdas, pensamentos sobre a doença e a morte, receios de rejeição e perda de amor por parte dos outros. As dificuldades relacionais destes doentes acentuam-se face ao trauma do VIH e o receio de não existir um parceiro amoroso, disponível, está muito presente.

“Quem é que quer ligar-se a um seropositivo?”- questiona-me César de 27 anos - “só se for também uma mulher seropositiva! Isto da compreensão e do respeito é muito bonito, mas se as amigas ou no trabalho sabem, somos logo rejeitados. A sociedade ainda não nos aceita”.

Dada a natureza da infecção do VIH, a clivagem pode ocorrer em partes do *self* associadas à sexualidade. Nalguns casos, depois do diagnóstico, a sexualidade é inteiramente clivada, sendo evitada e até abandonada. Ainda que tal possa resultar de

medos relacionados com novas infecções, paralelamente, associações inconscientes confirmam receios edipianos. Aqui o sexo, a malignidade e a morte estão associados numa constelação fixa ou associados numa conjunção constante, na formulação de Bion (citado por Cartwright e Cassidy, 2001).

Para alguns a diminuição da clivagem defensiva e a aceitação da sexualidade passará por encontrar uma parceira sexual também ela seropositiva. Esta formação de compromisso que se anuncia como esperançosa poderá, também, encerrar alguns perigos. Não é raro depararmo-nos com casais seroconcordantes que entendem que não é necessário tomarem quaisquer medidas de protecção sexual, ficando expostos a co-infecções e re-infecções. Ainda que nalguns doentes haja desinformação quanto aos perigos das re-infecções, noutros casais, informados, observa-se uma espécie de conluio triunfante sobre a infecção e sobre os técnicos de saúde, negando a adopção de medidas protectoras: "juntos venceremos" parece ser o seu lema; nós diremos, juntos fecham os olhos às responsabilidades individuais, funcionando em evidente processo primário.

Também aqui o acesso à informação poderá não ser suficiente para alterar comportamentos. Aliás, pensamos que o insucesso relativo das campanhas de prevenção em relação ao VIH, residirá no facto de não terem em conta a especificidade do funcionamento mental de, pelo menos, parte da população a atingir. Nos sujeitos onde cursam processos de ataque ao pensamento (Bion, 1991b) a influência dos processos cognitivos na área da prevenção é claramente negligenciada. Sob este estado, o sujeito ataca os processos de pensamento e destrói a capacidade para um conhecimento da realidade interna e externa.

As mensagens preventivas (na área da toxicodependência e sexualidade) têm pouco em conta os aspectos afectivos, relacionais e emocionais do sujeito; ou seja, não lhes conferem sentido, garante Marie-Gina Leconte (1995). E acrescenta:

Ce sens est à trouver dans les histoires individuelles et familiales, dans les « placards » des inconscients individuels et de l'inconscient familial. L'écoute de la souffrance des familles semble donner des pistes de réflexion (p. 158).

Já vimos que do ponto de vista das regras do trabalho psicoterapêutico, a consulta dos doentes seropositivos pode adoptar características distintas de um trabalho convencional. Tal resulta, também, dos períodos de hospitalização ou do surgimento de sintomas da doença suficientemente impeditivos para que os doentes

prossigam, com regularidade, o trabalho psicológico. Por outro lado, há as questões práticas e éticas que são trabalhadas: por exemplo, as dificuldades em revelar à companheira ou à família a sua doença; a ocupação laboral; a adesão à medicação. É fundamental ajudar o doente a sentir um maior controlo da situação (Teixeira, 1993), incentivando-o a reconhecer as suas próprias capacidades para tomar decisões acerca da sua vida, combatendo assim as eventuais e compreensíveis tendências para a passividade e dependência.

Deve o terapeuta ser um “polícia moral” no processo de tratamento? Se nós estivermos informados pelo utente que ele pratica relações sexuais desprotegidas, pondo em risco os outros, o que devemos fazer? Questões pertinentes levantadas por Schaffner (citado por Cartwright e Cassidy, 2001). O autor entende que o terapeuta deverá estar atento relativamente a estas questões. Esta atenção não se destina a tomar uma posição moral sobre o assunto, mas antes sobre o modo de lidar com as dificuldades que ameaçam a aliança terapêutica e os compromissos terapêuticos de um processo a longo termo. O paciente sabe, tal como o terapeuta, que se torna difícil levar a cabo um trabalho psicoterapêutico produtivo sabendo que ele predispõe-se a infectar outros. Contudo, estamos em crer que as motivações, conscientes ou inconscientes, para que o paciente mantenha relações sexuais desprotegidas, surgirão mais claras através da contenção e das interpretações do psicólogo. Da mesma forma que as questões relacionadas com o receio de enfrentar os médicos, ou as tomas dos medicamentos, podem ser repetidamente abordadas retirando a sua carga ansiosa e aliviando o paciente. Se menos ansioso e menos sozinho, porque mais contido, o paciente seropositivo estará em condições de cuidar melhor de si, assumindo o seu lado mais “vivo” em detrimento das limitações.

Segal (1978) demonstrou que o luto e a adaptação só podem ter lugar quando a simbolização ocorre. Só quando o objecto ou o trauma é re-presentado ou elaborado internamente, pode ocorrer algum grau de luto e reparação. Isto sublinha a importância do restauro da função simbólica por forma a facilitar a adaptação psicológica.

Desta forma, pensamos que o objectivo terapêutico mais importante deve dirigir-se à integração depressiva do processo traumático gerado pelo VIH e que veio acentuar as outras dificuldades dos sujeitos. Não nos esqueçamos dos seus percursos na toxicod dependência. Esta depressão por elaborar contribuirá, em larga escala, para os índices tão elevados na escala de suicídio de Stork.

Em resumo, o trabalho a levar a cabo pelo psicólogo com o doente seropositivo deverá dirigir-se à contenção das suas ansiedades e dos aspectos clivados do seu *self*. Revelando-se como essencial esta contenção no decurso do tratamento, criam-se as condições para a diminuição das defesas projectivas. Ao diminuir o impacto do trauma, o doente poderá adoptar uma postura mais empática, mais cuidadora de si, afastando-se dos comportamentos de risco. Mais apegado à vida.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Se a informação obtida pelos instrumentos, usados neste trabalho, é vasta, procurou-se nesta secção seleccionar, apenas, as variáveis que melhor serviriam os objectivos do estudo. Aquelas que de seguida se apresentam, concorrem para caracterizar os sujeitos quanto a alguns aspectos psicossociais e quanto aos comportamentos de risco do passado e aos que actualmente se expõem. Os sujeitos que constituem a amostra são todos homens.

4.1.1. Idades

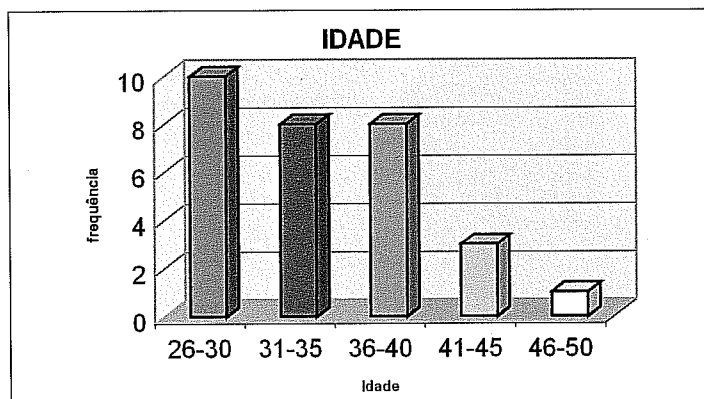
No que se refere à idade, verifica-se que a média é de 34 anos; o sujeito mais novo da amostra tem 27 anos e o mais velho tem 47 anos. Na tabela 4.1 estão representadas as frequências e as percentagens para as diferentes categorias de idade.

Tabela 4.1 – Frequências e percentagens das categorias de idade

Idade	Frequência	Percentagem
26-30	10	33,3%
31-35	8	26,6%
36-40	8	26,6%
41-45	3	10%
46-50	1	3,3%
Total	30	100

Esta tabela indica que a grande maioria dos sujeitos ($n=24$) se encontra nas faixas etárias entre os 26 e 40 anos. Os restantes 4 têm uma idade superior a 40 anos.

Gráfico 4.1 – Frequências das categorias de idade



4.1.2. Escolaridade

Tabela 4.2 – Frequências e percentagens da escolaridade

<i>N.º de anos de escolaridade</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
3	1	3,3%
4	8	26,7%
6	9	30,0%
7	5	16,7%
9	2	6,7%
10	2	6,7%
11	3	10,0%
TOTAL	30	100%

A partir da observação da tabela, constata-se que 76,7% dos sujeitos da amostra têm 7 anos de escolaridade (n= 23). O máximo de escolaridade é de 11 anos, havendo apenas 3 sujeitos que atingiram este patamar.

4.1.3. Situação profissional

Tabela 4.3 – Frequências e percentagens da situação profissional

<i>Situação Profissional</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Empregado	8	26,7%
Desempregado	19	63,3%
Reformado	3	10,0%
TOTAL	30	100%

A leitura da tabela evidencia que 63,3% dos sujeitos se encontram desempregados (n=19), 26,7% empregados (n=8) e 10% reformados (n=3).

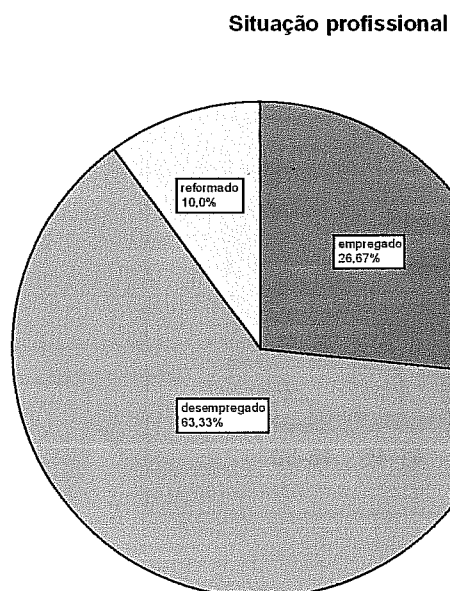


Gráfico 4.3 – Valores percentuais da situação profissional

4.1.4. Com quem habita

Tabela 4.4 – Frequências e percentagens das pessoas que habitam com o sujeito

Com quem habita	Frequência	Percentagem
Pais	17	56,7%
Pais/companheira	4	13,3%
Companheira	8	26,7%
Sozinho	1	3,3%
TOTAL	30	100%

Da observação da tabela resulta que 56,7% dos sujeitos habitam com os pais (n=17) e 26,7% vive, apenas, com as respectivas companheiras (n=8).

4.1.5. Overdoses

Tabela 4.5 – Frequências e percentagens das overdoses que o sujeito teve enquanto consumidor activo de drogas

Overdose	Frequência	Percentagem
Nenhuma	14	46,7%
Uma	2	6,7%
Duas	8	26,7%
Três	5	16,7%
Cinco	1	3,3%
TOTAL	30	100%

Quase metade dos sujeitos (n=14) refere nunca ter tido nenhuma overdose. Ao invés, os restantes 16 sujeitos tiveram, pelo menos, uma overdose, sendo que 6 deles tiveram entre três e cinco overdoses.

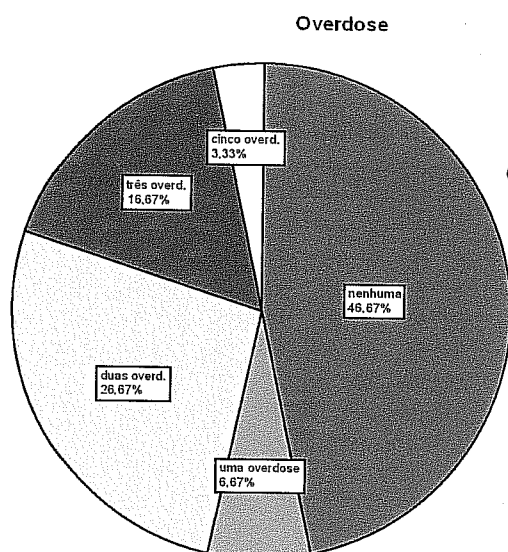


Gráfico 4.5 – Frequências e percentagens das overdoses que o sujeito teve enquanto consumidor activo de drogas

4.1.6. Ano do diagnóstico do VIH

Tabela 4.6 – Frequências e percentagens do ano do diagnóstico do VIH

<i>Ano do conhecimento do diagnóstico</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
1990-1993	5	16,7%
1994-1997	7	23,3%
1998-2001	17	56,7%
2002	1	3,3%
TOTAL	30	100%

A tabela indica que 56,7% dos sujeitos (n=17) tomou conhecimento do diagnóstico entre os anos 1998 e 2001. Apenas 1 dos sujeitos foi diagnosticado em 2002.

4.1.7. Conhecimento do diagnóstico

Tabela 4.7 – Frequências e percentagens do tipo de técnico de saúde que transmitiu o diagnóstico do VIH

<i>Conhecimento do diagnóstico</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Médico do centro de saúde	12	40,0%
Médico do Hospital	10	33,3%
Psicólogo do CAT	8	26,7%
TOTAL	30	100%

Quanto a este aspecto, verifica-se que 12 sujeitos (40%) tomaram conhecimento do seu VIH através do médico do centro de saúde, 10 sujeitos (33,3%) através do médico do hospital e 8 sujeitos (26,7%) souberam do diagnóstico pelo psicólogo do CAT.

4.1.8. A quem revela o VIH

Tabela 4.8 – Frequências e percentagens do tipo de pessoas a quem o sujeito diz que é portador do VIH

<i>A quem revela</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Familiares próximos	15	50,0%
Familiares e amigos próximos	11	36,7%
Todos	2	6,7%
Ninguém	2	6,7%
TOTAL	30	100%

Na tabela pode-se observar que metade dos sujeitos (n=15) revela que é seropositivo apenas aos familiares próximos; 11 dos sujeitos revelam aos familiares e amigos próximos, 2 deles dizem a toda a gente e outros 2 não dizem a ninguém.

4.1.9. Ano da entrada no Programa de Manutenção Opiácea (PMO)

Tabela 4.9 – Frequências e percentagens do ano de entrada para o programa de manutenção opiácea

<i>Data de entrada no PMO</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
1997	1	3,3%
1998	1	3,3%
1999	5	16,7%
2000	2	6,7%
2001	9	30,0%
2002	9	30,0%
2003	2	6,7%
2004	1	3,3%
TOTAL	30	100%

A leitura da tabela indica que 60% (n=18) dos sujeitos entrou para o programa de manutenção opiácea (metadona e buprenorfina) nos anos 2001 e 2002. Os anos de entrada, dos restantes utentes, variam entre 1997 e 2004.

4.1.10. Tempo que decorreu entre a entrada no PMO e o diagnóstico

Esta característica permite apurar o número de anos que medeia o conhecimento do diagnóstico do VIH por parte do sujeito e a sua entrada para o programa de manutenção opiácea.

Tabela 4.10 – Frequências e percentagens do número de anos que decorreu entre o diagnóstico do VIH e a entrada no programa de manutenção opiácea

Número de anos que decorreu entre o diagnóstico VIH e a entrada no PMO	Frequência	Percentagem
0	6	20,0%
1	3	10,0%
2	7	23,3%
3	4	13,3%
4	1	3,3%
5	2	6,7%
6	1	3,3%
7	1	3,3%
8	1	3,3%
10	2	6,7%
12	1	3,3%
14	1	3,3%
TOTAL	30	100%

A média de tempo entre o conhecimento do diagnóstico do VIH e a entrada para o PMO é aproximadamente de 4 anos, sendo que em 20% dos sujeitos (n=6) coincidiu a entrada no PMO com o conhecimento do VIH. O máximo de tempo registado foi de 14 anos. Observe-se o seguinte gráfico:

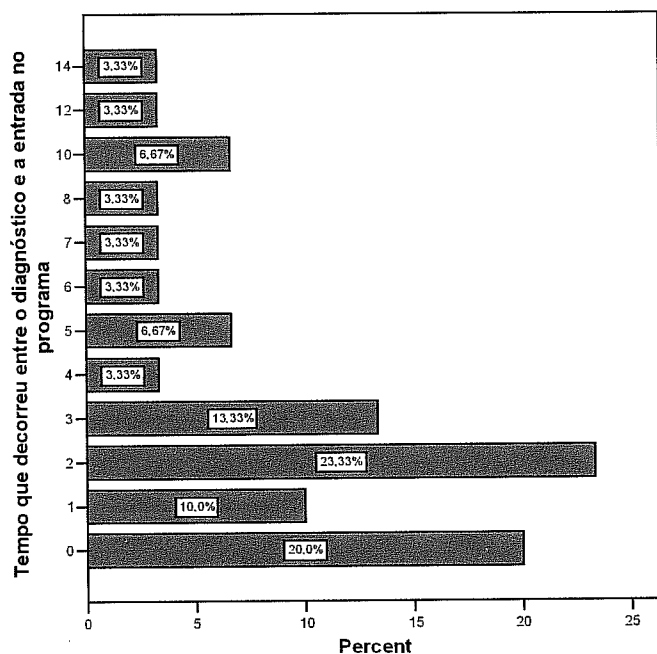


Gráfico 4.1.10 – Frequências e percentagens do número de anos que decorreu entre o diagnóstico do VIH e a entrada no PMO

4.1.11. Abandonos do PMO

Tabela 4.11 – Frequências e percentagens do número de abandonos do programa de manutenção opiácea

<i>Abandono do programa</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Nenhuma vez	20	66,7%
Uma vez	7	23,3%
Duas vezes	3	10,0%
TOTAL	30	100%

A partir da leitura da tabela observa-se que 20 sujeitos (66,7%) nunca saíram do programa de metadona opiácea e que os restantes 10 (23,3%) abandonaram-no uma ou duas vezes.

4.1.12. Consumos

Com este ponto pretende-se averiguar se o sujeito, actualmente inserido no programa de manutenção opiácea, mantém consumos de drogas lícitas e ilícitas: álcool, haxixe, heroína, cocaína e comprimidos (geralmente benzodiazepinas). A definição de consumo regular ou esporádico obedeceu ao seguinte critério:

- Consumo esporádico: menos de duas vezes, ou igual, por semana;
- Consumo regular: mais de duas vezes semanalmente.

Ainda que este critério seja subjectivo, porquanto, não se avaliou as quantidades consumidas nem os efeitos por elas provocadas, pensamos que esta variável permite uma caracterização válida dos sujeitos quanto aos seus actuais hábitos de consumo.

4.1.12.1. – Álcool

Tabela 4.12.1 – Frequências e percentagens da regularidade de consumo de álcool

<i>Consumo de álcool</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Não consome	5	16,7%
Consumo esporádico	19	63,3%
Consumo regular	6	20,0%
TOTAL	30	100%

A larga maioria dos sujeitos (n=25) consome álcool, sendo que 6 deles consome regularmente. Veja-se o gráfico:

Consumo de Alcool

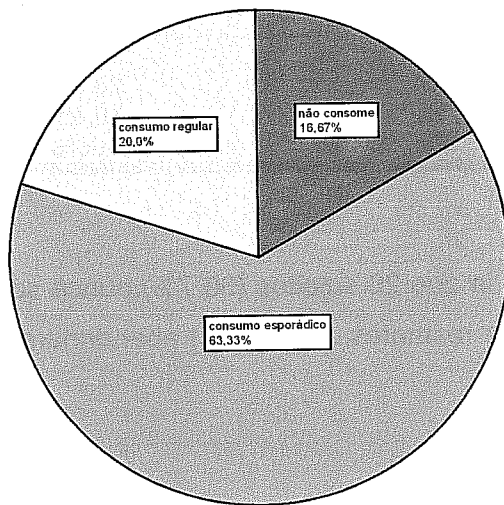


Gráfico 4.12.1 – Valores percentuais da regularidade de consumo de álcool

4.1.12.2 – Haxixe

Tabela 4.12.2 – Frequências e percentagens da regularidade de consumo de haxixe

Consumo de Haxixe	Frequência	Percentagem
Não consome	12	40,0%
Consumo esporádico	14	46,7%
Consumo regular	4	13,3%
TOTAL	30	100%

Verifica-se que mais de metade dos sujeitos (n =18) consome haxixe, havendo 4 que o consomem regularmente.

4.1.12.3 – Heroína

Tabela 4.12.3 – Frequências e percentagens da regularidade de consumo de heroína

Consumo de Heroína	Frequência	Percentagem
Não consome	19	63,3%
Consumo esporádico	10	33,3%
Consumo regular	1	3,3%
TOTAL	30	100%

Não obstante todos os sujeitos estarem inseridos no programa de manutenção opiácea, constata-se que 11 deles ainda mantêm os consumos de heroína sob a forma esporádica ou regular.

4.1.12.4 – Cocaína

Tabela 4.12.4 – Frequências e percentagens da regularidade de consumo de cocaína

<i>Consumo de Cocaína</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Não consome	18	60,0%
Consumo esporádico	11	36,7%
Consumo regular	1	3,3%
TOTAL	30	100%

A tabela mostra que uma boa parte dos sujeitos (40%) continua a consumir esporadicamente cocaína.

4.1.12.5 – Comprimidos

Tabela 4.12.5 – Frequências e percentagens da regularidade de consumo de comprimidos

<i>Consumo de Comprimidos</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Não consome	25	83,3%
Consumo esporádico	4	13,3%
Consumo regular	1	3,3%
TOTAL	30	100%

Quanto a este aspecto, verificou-se que a maior parte dos sujeitos (n=25) não toma comprimidos para além dos que lhes estão medicamente prescritos.

4.1.13 Cuidados de saúde

Com esta variável pretendemos introduzir uma análise dos cuidados médicos, a que se encontra submetido o sujeito seropositivo, e as respectivas falhas. Deste modo, identifica-se as consultas no hospital e, respectivas, interrupções; os sujeitos que fazem, ou fizeram, medicação antiretroviral e a sua interrupção.

4.1.13.1. – Consultas no hospital

Tabela 4.13.1 – Frequências e percentagens das consultas no hospital

<i>Consultas no Hospital</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Sim	29	96,7%
Não	1	3,3%
TOTAL	30	100%

Observa-se que quase todos os sujeitos, excepto um, já teve consultas no hospital.

4.1.13.2. – Interrupções das consultas no hospital

Tabela 4.13.2 – Frequências e percentagens das interrupções das consultas no hospital

<i>Interrupção das Consultas</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Não	8	27,6%
Sim	21	72,4%
TOTAL	29	100%

A tabela indica que apenas 8 sujeitos, dos 29, não interromperam as consultas no hospital. Isto é, 72,4% dos sujeitos já interromperam as consultas.

4.1.13.3 – Medicação antiretroviral

Tabela 4.13.3 – Frequências e percentagens da medicação antiretroviral

<i>Medicação Antiretroviral</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Nunca fez	9	30,0%
Já fez	6	20,0%
Actualmente sim	15	50,0%
TOTAL	30	100,0%

Na leitura da tabela observa-se que 21 sujeitos já fizeram ou, actualmente, fazem a medicação antiretroviral.

4.1.13.4 – Interrupção da medicação antiretroviral

Tabela 4.13.4 – Frequências e percentagens das interrupções da medicação antiretroviral

<i>Interrupção da Medicação Antiretroviral</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Não	7	33,3%
Sim	14	66,6%
TOTAL	21	100,0%

Verifica-se que dos 21 sujeitos que faz medicação antiretroviral, dois terços (n=14) já interrompeu a medicação antiretroviral, ou seja, cerca de 67%.

4.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

4.2.1. Questionário dos Comportamentos de Risco

Após uma pesquisa informática nas várias faculdades de psicologia e no Instituto da Droga e Toxicoddependência não conseguimos encontrar, para o nosso país, nenhum questionário específico que avaliasse comportamentos de risco relativos ao VIH em sujeitos toxicoddependentes, em tratamento ou não. A ausência, ou pouca divulgação, destes instrumentos faz-nos pensar que ainda não existirá por parte dos investigadores e decisores políticos uma generalizada preocupação relativamente à avaliação dos riscos VIH/SIDA entre a população toxicoddependente no nosso país. A escassa produção científica nesta área, do ponto de vista da psicologia, revela um desinteresse incompreensível. Face à extensão da doença, através desta categoria de transmissão - cerca de 50% dos casos de VIH/SIDA no nosso país devem-se à toxicoddependência - e às implicações psicológicas no sujeito decorrentes da singularidade da infecção, pensamos que se justificaria um maior estudo nesta matéria.

A revisão realizada por Chawarski e colaboradores (1998) sobre instrumentos de avaliação e literatura relevante sobre o assunto, apontam para cinco áreas principais associadas ao elevado risco de infecção pelo VIH que, na opinião dos autores, devem estar incluídas num instrumento de avaliação compreensivo. Estas

áreas são: (1) factores associados ao uso de material de droga injectável contaminado, (2) factores associados ao elevado risco de comportamentos sexuais, (3) conhecimento dos modos de transmissão e métodos de prevenção da infecção pelo VIH, (4) motivação para reduzir o risco e outros factores psicológicos que provavelmente afectam a manutenção dos comportamentos, tais como o *locus* de controlo, a impulsividade, a exposição a riscos, e a procura de comportamentos excitantes, e (5) história de outras doenças infecciosas, tais como a tuberculose, hepatite e doenças sexualmente transmissíveis. Segundo os autores, geralmente só as duas primeiras áreas se encontram representadas nos instrumentos de avaliação de risco. Em todo o caso, tanto o conhecimento dos modos de transmissão do VIH e a sua prevenção, quanto os padrões de motivação para a mudança de comportamento são necessários para modificar o comportamento e reduzir o risco de infecção do VIH. A informação sobre a história de outras doenças infecciosas pode fornecer uma informação indirecta sobre o nível actual de risco mesmo na ausência de indicadores directos, tais como a partilha de seringas ou relações sexuais desprotegidas com parceiros de elevado risco.

Conscientes destas múltiplas variáveis, na apreciação global dos comportamentos de risco em sujeitos consumidores de drogas e atendendo à realidade da nossa cultura e objectivos do nosso trabalho, decidimos avançar, por nossa conta e risco, para a construção de um questionário de comportamentos de risco.

Contudo, e tendo em conta a especificidade da nossa amostra e a nossa experiência clínica, decidimos associar novas áreas de avaliação de riscos. Desde logo, os sujeitos toxicodependentes, em tratamento, estão integrados num programa de manutenção opiácea (PMO). Deste modo, há que avaliar se a adesão ao programa é satisfatória e produz efeitos positivos. Outro dado de grande relevância é que todos eles já são seropositivos. Por isso, o questionário deveria visar, também, o risco de exporem outros sujeitos, consumidores de droga ou parceiros sexuais, a novas infecções para o VIH. Isto é, verter a nossa preocupação para a prevenção secundária. É evidente que não descaramos o risco destes sujeitos se re-infectarem com o VIH ou co-infectarem-se com outras doenças sexualmente transmissíveis; ambas as situações muito indesejáveis em sujeitos fragilizados em termos imunitários, todavia a literatura parece preocupar-se preferencialmente com a prevenção primária, subestimando os riscos daqueles que já estão infectados. Finalmente, e não de somenos importância, todos os sujeitos estão referenciados à consulta de infecciologia

do Hospital Garcia de Orta. Por este motivo, importa saber da sua adesão às consultas e à medicação caso a ela estejam submetidos.

Foi da reunião de todos estes dados que nasceu o nosso Questionário de Comportamentos de Riscos (Anexo 1) com uma preocupação sobretudo dirigida ao presente, mas concomitantemente interessado em recolher alguns dados do passado, numa altura em que o sujeito consumia activamente drogas e não sabia, pelo menos até um dado momento, que era seropositivo. A maior parte dos sujeitos antes de entrar no PMO já sabia que era seropositivo para o VIH. Deste modo, o questionário avalia três momentos (dois no passado e o presente). Algumas são questões abertas (e.g., "de que modo pensa ter contraído o vírus?"), mas a maior parte são fechadas (e.g., sim ou não; ou escolha múltipla: sempre, nem sempre ou nunca).

Aquando da elaboração do questionário entendemos que seria oportuno utilizar o mesmo instrumento para caracterizar o sujeito do ponto de vista psicossocial. Deste modo, a primeira parte do questionário é composta por perguntas que abrangem: a identificação do sujeito, com quem vive, a escolaridade, a situação laboral e a proveniência dos rendimentos, a situação conjugal dos pais e a caracterização de cada um deles quanto à sua situação profissional e saúde física e mental, a fratria e os filhos.

Informados sobre a situação sócio-económica do sujeito, a caracterização sócio-familiar dos pais e a prevalência de doenças e/ou consumos entre eles e, também, entre os irmãos, emerge todo um conjunto de características dos familiares que nos ajudarão a constituir o enquadramento familiar do sujeito. Esta informação permite um estudo mais fundamentado sobre o sujeito em causa.

Saber se ele trabalha ou está reformado devido à doença, ou desempregado, é um factor relevante quanto ao seu estatuto económico e às repercussões que, eventualmente, isso possa ter no seu funcionamento psicológico. A nossa experiência aponta para que os seropositivos desempregados, ou sem autonomia financeira tendem para uma menor auto-estima global, revelando mais dificuldades em lidar com a doença. Detectar consumos ou doenças significativas nos pais ou nos irmãos, ou se algum destes morreu e em que circunstâncias, pode-nos remeter para uma espécie de *fado trágico da família*; como se a SIDA fosse a repetição inconsciente dos segredos de família, dos não-ditos que deixam vazios na história das famílias, como o caso das

“doenças vergonhosas”, ou das taras hereditárias e suicídios cometidos por um ou vários membros das famílias (M.-G. Leconte, 1995):

Ce risque de répétition inconsciente est déjà repéré chez certains patients que vivent leur séropositivité comme relevant d'une «logique» dans leur trajectoire générationnelle, reproduisant les «mêmes peines», les «mêmes souffrances», à des périodes de leur vie similaires à celles de leur mère, allant quelquefois jusqu'à décéder au même âge que celle-ci (p.159).

Ou ainda, à semelhança do que tantas vezes acontece com a toxicodependência (Fleming, 1995), onde o sujeito infectado com o VIH poder vir a desempenhar, no interior da família, a função de estabilizador. Isto é, o seropositivo estaria ao serviço da homeostase familiar e da protecção do laço marital: os conflitos no casal são evitados centrando-se a atenção no filho e na SIDA, e nas incidências decorrentes desta.

Descrição detalhada do Questionário de Comportamentos de Risco (QCR):

O QCR é composto por 70 questões.

A primeira parte do questionário destina-se à caracterização psicossocial do sujeito (questões de 1 a 28).

A segunda parte visa a recolha de dados relativos à doença VIH, ao programa de manutenção opiácea, e outras doenças que o sujeito possa ter (questões de 29 a 36).

A terceira, quarta e quinta parte do questionário procura avaliar os comportamentos de risco relacionados com o VIH, sobretudo na área das drogas e relações sexuais, tanto no presente quanto no passado. A explicação para estes diferentes momentos (passado e presente) será desenvolvida mais à frente (questões de 37 a 62).

A sexta parte relaciona-se com os cuidados de saúde. Procuramos saber o grau de aderência às consultas e à medicação, caso o sujeito a faça (questões de 63 a 67).

Decidimos, ainda, acrescentar uma sétima parte ao questionário que visa avaliar quantas *overdoses* o sujeito teve no passado e se, estando preso, incorreu em práticas de risco relacionadas com a partilha de material de injeção de drogas (questões de 68 a 70).

Tivemos, igualmente, a preocupação em avaliar os riscos sexuais envolvendo diferentes parceiros sexuais. Para isso, procurámos identificar se o sujeito tendo um parceiro sexual regular/único (namorada ou companheira/esposa), manteria pontual ou regularmente relações sexuais com outras mulheres e em que circunstâncias (parceiras toxicodependentes, prostitutas, etc.). Desta maneira, o instrumento permite avaliar a utilização do preservativo (sempre, nem sempre ou nunca) com diferentes parceiros sexuais no mesmo espaço de tempo.

De seguida, enunciamos as áreas que entendemos constituírem os comportamentos de risco e os números das respectivas questões que procuram avaliá-las no QCR:

Áreas dos comportamentos de risco	Número das questões no QCR
Partilha de materiais de injeção	37, 44, 54
Relações sexuais	38, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 56, 57, 58, 59, 60, 61
Conhecimento dos modos de transmissão do VIH	43, 62
Cuidados médicos	63, 64, 65, 66
Consumos de substâncias	51, 52, 53, 55
<i>Overdoses</i>	68
Prisão e partilha de materiais de injeção	69, 70
Doenças sexualmente transmissíveis	33

As mudanças no comportamento de risco são avaliadas através do conhecimento da informação relativamente aos modos de transmissão do VIH (questões 43 e 62); com o conhecimento do sujeito do seu diagnóstico VIH; e aquando da entrada no PMO. Assim, para avaliar estas mudanças definimos 3 momentos no percurso do sujeito consumidor de drogas:

O primeiro momento refere-se ao tempo em que ele, consumindo drogas, ainda não teria conhecimento do diagnóstico do VIH, nem estava inserido no PMO (parte III do questionário). Ainda assim, a questão 43 (conhecimento dos modos de transmissão

do VIH) indica-nos se na posse (ou não) desse conhecimento o sujeito incorreu em condutas de risco. Para sabermos se o sujeito teria ou não o conhecimento completo das formas de transmissão do VIH, pedíamos que nos revelasse todos os meios que conhecia, sem excepção, da propagação do vírus. Quando faltava algum desses meios e confrontado por nós com a sua falta, por vezes, o sujeito afirmava não saber que também se poderia transmitir o vírus desse modo. Nestas circunstâncias, considerávamos o seu conhecimento incompleto.

O segundo momento, procura avaliar os comportamentos de risco já depois de ter conhecimento que é seropositivo, mantendo os consumos de drogas e não estando ainda inserido no PMO (parte IV do questionário);

O terceiro momento almeja reconhecer os riscos do sujeito na actualidade. Ou seja, depois de ele ter conhecimento do seu VIH, mas também já inserido no PMO (parte V do questionário).

Na primeira página da folha de cotação do QCR (Anexo 2) estes três momentos estão discriminados por colunas; estas são, respectivamente, coluna X, coluna Y e coluna A.

Os sujeitos constantes da amostra frequentam há, pelo menos, seis meses o PMO o que implicou, necessariamente, que os dois primeiros momentos tivessem sido respondidos de um modo retrospectivo.

O questionário permite também avaliar alguns comportamentos de risco comuns aos três momentos, introduzindo variáveis diferentes: conhecimento do VIH, permitindo comparar o segundo com o primeiro momento, e a entrada para o PMO (já depois do sujeito ter conhecimento do seu VIH) o que possibilita a comparação entre o terceiro e o segundo momento. Os comportamentos de risco comuns que são possíveis avaliar nestes três momentos diferentes referem-se ao consumo de drogas injectadas (partilha de material) e relações sexuais (desprotegidas e com parceiros infectados).

A intenção subjacente à divisão em três momentos relativamente a estes riscos, foi a de avaliar as mudanças nos comportamentos de risco e em que é que influenciou o seu comportamento quando ele tomou conhecimento que era seropositivo para o VIH. Por outro lado, quisemos saber se houve alteração nos seus

comportamentos de risco, após ter entrado para o PMO. Neste sentido, esta divisão convida o investigador a acompanhar facilmente a evolução do sujeito a consumir drogas em cenários diferentes, relevando o efeito que as referidas variáveis poderão introduzir na mudança dos seus comportamentos de risco.

A avaliação consubstancia-se na atribuição de pontos às diferentes práticas de risco resultando em sub-totais e totais de pontuação, o que permite uma rápida quantificação e visualização do traçado do comportamento de risco nos três momentos considerados.

O questionário permite ainda comparar entre o segundo e o terceiro momento se o sujeito deu conhecimento a parceira sexual de que era seropositivo e comparar entre o primeiro e o terceiro momento se houve mudança na aquisição de conhecimentos relativamente aos comportamentos de risco associados ao VIH/SIDA.

Nem todos os riscos que o sujeito poderá correr actualmente serão comparáveis com aqueles que terá corrido no passado. Logicamente só se comparou, nos três momentos, aquilo que foi possível comparar em comum. Na maioria dos casos, os sujeitos só estabelecem contacto com o hospital depois de entrarem para o PMO, e os dados relacionados com os cuidados de saúde só nos são possíveis avaliar no terceiro momento, ou seja, no momento actual. Assim, e de acordo com a nossa conceptualização, os comportamentos de risco no presente, para além dos eventuais consumos de drogas e das relações sexuais desprotegidas, registar-se-ão, também, no domínio dos cuidados de saúde que o doente terá consigo próprio: adesão às consultas e à medicação antiretroviral.

Não obstante os riscos do passado, o nosso objectivo primordial foi o de avaliar os riscos na actualidade (já depois da entrada para o PMO), donde a grelha de cotação (Anexo 2) dá-nos um total dos comportamentos de risco no presente. A atribuição de pontos é feita consoante a gravidade de cada um dos comportamentos (por exemplo, se o sujeito nas suas relações sexuais nunca utiliza preservativo atribuímos um valor de 10, se nem sempre utiliza classificamos com 5 e se sempre utiliza é-lhe atribuído um valor de 0). Quanto maior a frequência das práticas de risco maior será a soma de pontos.

É esta soma de pontos dos riscos actuais (Total Actual) que é considerada para determinar a pontuação total dos comportamentos de risco em que o sujeito se encontra presentemente.

Como o questionário é muito rico em informação, e dada a limitação deste trabalho, só parte da informação recolhida foi utilizada para a caracterização da amostra.

4.2.2. Escala de Risco Suicidário de J.Stork.

A Escala de Risco Suicidário de J.Stork é um instrumento de análise e diagnóstico do comportamento suicidário, a partir da população normal, o que a torna um meio de diagnóstico e prevenção do risco suicidário, tendo em conta os seus factores psicogenéticos (Eufrásio et al., 1987, referido por A. Almeida, 2003).

De acordo com os objectivos do presente trabalho, a escolha desta escala pareceu-nos adequada para avaliar o risco de suicídio dos sujeitos que compõem a amostra. A cada um deles foi aplicado este instrumento.

A Escala de Risco Suicidário de J. Stork, foi originalmente construída em 1977 por J.Stork, tendo sido posteriormente adaptada para a população portuguesa por I.C. Lopes, M. Eufrásio, A. R. Reis e O. Monteiro, em 1986, sob supervisão de C. Amaral Dias.

Na adaptação da escala de J. Stork para a população portuguesa foram utilizados 484 sujeitos (209 do sexo masculino e 275 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos. Estes sujeitos foram recrutados aleatoriamente, em locais e circunstâncias diferentes e em estabelecimentos de ensino secundário em Castro Daire (47,93%), Coimbra (29,33%) e Castelo Branco (12,60%). Apenas 3% pertenciam ao ensino universitário de Coimbra e de Aveiro. Relativamente ao meio onde habitavam, 59,36% eram do meio rural e 40,64% do meio urbano. Quanto à religião, 87,39% com religião (católica predominantemente e protestante) e 12,60% sem religião.

Foi feito um estudo comparativo seguindo os mesmos parâmetros e percentagens que tinham sido utilizados por J. Stork, 1972, na aferição da escala para a população francesa e alemã, isto é, com grupos de sujeitos com ideias suicidárias (I), grupos de não suicidários ou normal (N), grupos de indivíduos com tendência para

o suicídio (TS) e finalmente grupos de sujeitos com tendências suicidárias verdadeiras, concretizadas (TV).

Em termos de percentagem, em cada uma destas categorias, as normas foram semelhantes às de J. Stork:

	N	I	TS	TV
Aferição de J. Stork	50%	10%	30%	7%
Adaptação portuguesa	36,6%	24,7%	27,5%	8%

No que concerne aos itens de J. Stork houve a preocupação de manter a temática dos itens: perda objectal (6 itens), angústia (17 itens), culpabilidade (8 itens), agressividade (4 itens), Ideais do Eu (15 itens), situação familiar (11 itens), relação com a mãe (9 itens), relação com o pai (4 itens), toxicodependência (1 item) e psicossomática (1 item).

A escala foi reduzida de 175 para 76 itens sem que se tivesse alterado a sua validade segundo os níveis de confiança testados pelo Qui-Quadrado: (0.05-0.02 confiança, 0.02-0.01 muita confiança, superior a 0.001 extrema confiança).

Esta escala dá-nos cinco níveis de risco em função do número de pontos obtidos nas respostas dos sujeitos:

- 0 – 63 estado “normal”
- 64 – 79 estado intermédio ou duvidoso
- 80 – 97 fraco risco
- 98 – 107 risco suicidário importante
- mais de 107 risco suicidário extremamente importante

Por comodidade designaram-se estes valores em termos de categorias. Sendo a categoria de risco 1 “normal” e as restantes de risco suicidário propriamente dito, com grau de gravidade crescente de 2 a 5.

4.3. PROCEDIMENTO

4.3.1. Descrição do procedimento

Os sujeitos que compõem a amostra deste estudo são oriundos da população toxicodependente que recorreu ao Centro de Atendimento à Toxicodependência (CAT) de Almada com o pedido de ajuda para tratamento da dependência de drogas. Todos os sujeitos fazem parte do meu ficheiro de utentes e são por mim acompanhados em consulta. Como critérios de inclusão na amostra definimos os seguintes:

- Sujeitos do sexo masculino;
- Sem duplo diagnóstico;
- Seropositivos para o VIH há, pelo menos, 6 meses aquando da data de participação neste estudo e sem diagnóstico de Sida declarada;
- Referenciados à consulta de infecciologia do hospital Garcia de Orta em Almada, pelos menos, há 6 meses à data de integrarem o estudo;
- Integrados num programa de manutenção opiácea (metadona ou buprenorfina), há pelo menos 6 meses à data de participação neste estudo.

Foi pedido a cada um destes sujeitos que colaborasse connosco na realização de um estudo que pretendia avaliar e conhecer melhor os seus hábitos e comportamentos relativamente a questões relacionadas com a sua saúde, sobretudo o VIH, a relação com o hospital, o programa de manutenção opiácea, e uma série de outros aspectos pessoais relacionados com a sua vida actual e passada. Foi-lhes, também, solicitado que respondessem a questões relacionadas com o passado onde ocorreram os consumos activos de droga. Estas informações seriam apuradas através de dois instrumentos.

Assegurámos que estes dados seriam estritamente confidenciais e que seriam objecto de uma tese de mestrado. Com a tese, e mais informados sobre as suas vivências e preocupações, procuraríamos melhorar as condições do nosso serviço e a relação com o hospital e outras instituições, no sentido de melhor atender às necessidades dos seropositivos. Globalmente, a reacção dos utentes foi manifestamente colaboradora, verbalizando incentivos à prossecução de um estudo

que se ocupa de um problema que é tão escondido e tantas vezes vivido em solidão. Trinta sujeitos constituem a nossa amostra.

4.3.2 Ordem de apresentação das provas e instruções

A realização das provas ocorreu no gabinete de consulta, com as condições definidas para o efeito: não seria uma habitual consulta, e seria ocupada pelo preenchimento da Escala de Risco Suicidário de J. Stork e do Questionário dos Comportamentos de Risco. Por vezes, a realização destas provas prolongou-se por duas sessões.

As instruções dirigidas à Escala de Risco Suicidário de J. Stork foram as seguintes:

- Leia com atenção cada frase do questionário pela ordem apresentada.
- Cada questão dispõe de uma alternativa: verdadeiro ou falso
- Assinale a primeira resposta que lhe sugerir.
- Se a considerar falsa assinale o F rodeando-o com um círculo.
- Se a considerar verdadeira assinale o V rodeando-a com um círculo.
- Trabalhe com rapidez, não pensando muito na resposta a dar.

Uma vez preenchido esta escala, passava-se ao Questionário de Comportamentos de Risco. As questões do questionário eram lidas em voz alta e as respostas obtidas preenchidas por nós na respectiva folha.

4.4. HIPÓTESES

A elaboração das hipóteses deste estudo pretendeu ir ao encontro dos problemas – largamente equacionados no decurso deste trabalho - sobre os comportamentos de risco relacionados com o VIH. Resumimos os principais problemas que contribuíram para a construção das hipóteses:

- Quais são as razões e as circunstâncias que levarão a que alguns doentes seropositivos, conhecedores da sua doença, não sejam sensíveis à adopção de medidas que visem cuidar de si e proteger os outros dos efeitos negativos da doença ?
- Os sujeitos informados relativamente às formas de transmissão do VIH terão menos comportamentos de risco?
- O facto dos sujeitos consumidores de droga tomarem conhecimento do diagnóstico do VIH faz com que haja diminuição dos comportamentos de risco?
- A inclusão dos sujeitos seropositivos no Programa de Manutenção Opiácea é determinante para diminuir os comportamentos de risco?
- Serão os diferentes estados de risco de suicídio relevantes para estes doentes apresentarem comportamentos de risco relativamente ao VIH ?

Foi com base nestas questões, e na revisão da literatura, que decidimos enunciar as seguintes hipóteses:

Hipótese 1

Os sujeitos conhecedores das formas de transmissão do VIH terão menos comportamentos de risco, comparativamente com os sujeitos desconhecedores das formas de transmissão.

Hipótese 2

Os sujeitos a consumirem drogas, quando tomam conhecimento do seu VIH, diminuem os comportamentos de risco

Hipótese 3

A frequência do Programa de Manutenção Opiácea diminui os comportamentos de risco relativos ao VIH, na área dos consumos de droga e relações sexuais (quando já têm conhecimento do VIH)

Hipótese 4

Os comportamentos de risco relativos ao VIH são mais consentâneos nos sujeitos em risco suicidário.

Hipótese 5

Sujeitos sem risco suicidário não apresentarão comportamentos de risco relativos ao VIH.

Hipótese 6

a) Os sujeitos com risco suicidário (ou mais risco) interrompem mais as consultas ou os tratamentos programados do que os sujeitos sem risco suicidário (ou menos risco).

b) Os sujeitos com risco suicidário (ou mais risco) interrompem mais a medicação antiretroviral do que os sujeitos sem risco suicidário (ou menos risco).

CAPÍTULO 5
RESULTADOS

5.1 RESULTADOS DESCRITIVOS

Esta secção, num primeiro momento, versa sobre a análise descritiva dos resultados obtidos em vários itens do Questionário de Comportamentos de Risco, procedendo-se, num segundo momento, a uma análise descritiva de resultados obtidos através da Escala de Risco Suicidário de J. Stork

5.1.1. – Resultados descritivos do Questionário de Comportamentos de Risco (QCR)

O QCR é constituído por diferentes áreas que procuram avaliar os comportamentos de risco do sujeito. Presentemente, descrevem-se os resultados relativos ao conhecimento das formas de transmissão do VIH, partilha de materiais de injeção de droga, relações sexuais desprotegidas e relações sexuais desprotegidas com conhecimento da seropositividade da parceira sexual, interrupção das consultas no hospital e interrupção da medicação.

Começa-se por avaliar os totais da pontuação obtidos pelos sujeitos da amostra no QCR:

Tabela 5.1 – Frequências e percentagens para as pontuações totais (Total Actual) obtidas no QCR

Total Actual	Frequência	Percentagem
3	2	6,7
13	1	3,3
15	1	3,3
16	4	13,3
18	1	3,3
23	4	13,3
26	1	3,3
29	1	3,3
33	1	3,3
36	2	6,7
39	2	6,7
40	1	3,3
42	1	3,3
43	1	3,3
46	2	6,7
57	1	3,3
60	1	3,3
67	1	3,3
82	1	3,3
90	1	3,3
N	30	100

Tabela 5.2 - Estatística descritiva para o Total Actual do Questionário do Comportamentos de Risco

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Total QCR	3	90	33,97	21,27

Verifica-se que a pontuação mínima obtida no questionário foi de 3 pontos e a máxima de 90 pontos. A pontuação média, resultante da totalidade dos sujeitos, foi cerca de 34 pontos.

Pelo facto de o QCR avaliar 3 momentos diferentes, consideramos pertinente a análise dos comportamentos de risco ser realizada distinguindo, igualmente, os referidos momentos. Estes diferentes momentos estão organizados na folha de cotação do QCR (Anexo 2) por colunas. As colunas são as seguintes:

- **Coluna X** (1º momento) - Antes dos sujeitos terem conhecimento do VIH e antes de entrarem para o programa de manutenção opiácea (PMO)
- **Coluna Y** (2º momento) - Depois dos sujeitos terem conhecimento do VIH e antes de entrarem para o PMO
- **Coluna A** (momento actual) - Depois dos sujeitos já terem conhecimento para o VIH e depois de entrarem para o PMO

5.1.1.1. Coluna X - Antes dos sujeitos terem conhecimento do VIH e antes de entrarem para o PMO

O primeiro aspecto a investigar relaciona-se com o tipo de conhecimento das formas de transmissão do VIH (completo ou incompleto) que os sujeitos teriam.

Tabela 5.3 - Conhecimento das formas de transmissão do VIH

Conhecimento das formas de transmissão do VIH	Frequência	Percentagem
Completo	11	36,7
Incompleto	19	63,3
N	30	100

Verifica-se que 63,3% dos sujeitos (n=19) não tinha conhecimento completo das formas de transmissão do VIH.

De imediato, apresenta-se as frequências e as percentagens relacionadas com as pontuações totais, dos comportamentos de risco, para esta coluna.

Tabela 5.4 – Frequências e percentagens para o Total1 dos comportamentos de risco na coluna X

Pontuações totais (Total 1) – X	Frequência	Percentagem
0	1	3,3
5	2	6,7
8	4	13,3
10	3	10,0
13	6	20,0
15	2	6,7
18	4	13,3
23	3	10,0
28	3	10,0
33	1	3,3
38	1	3,3
N	30	100

A média das pontuações para o Total1 da coluna X é de 13,88 pontos. A pontuação mais baixa é 0 pontos e a mais alta é de 38 pontos.

Procedeu-se à avaliação de cada área de comportamentos de risco: partilha de material de injeção drogas e práticas sexuais de risco.

Principia-se pelos comportamentos de risco, globais, na área da injeção de drogas (subtotal 37).

Tabela 5.5 – Frequências e percentagens para as pontuações dos comportamentos de risco ao nível de injeção de drogas (subtotal 37)

Pontuações para o subtotal 37	Frequência	Percentagem
0	6	20,0
3	2	6,7
5	2	6,7
8	13	43,3
18	7	23,3
N	30	100,0

Esta tabela indica que 23,3% dos sujeitos (n=7) obtiveram o máximo da pontuação possível neste grupo (18 pontos), ou seja, enveredaram por todos os riscos possíveis nesta área. Eles declararam ter partilhado seringas (37a), partilhado outros materiais relacionados com a injeção de drogas (37b) e partilhado materiais de injeção com alguém que eles sabiam, na altura, ser portador do VIH (37c).

Observe-se as tabelas de resultados para cada um destes comportamentos de risco específicos na área da injeção de drogas.

Tabela 5.6 – Frequências e percentagens para a pontuação do comportamento de risco específico a nível de injeção de drogas – partilha de seringas (item 37a)

Pontuações para o item 37 a) – partilha de seringas	Frequência	Percentagem
0	8	26,7
5	22	73,3
N	30	100

A tabela 5.6 mostra que 22 sujeitos (73,3%) partilharam seringas com outros consumidores de drogas.

Tabela 5.7 – Frequências e percentagens para a pontuação do comportamento de risco específico a nível de injeção de drogas – outros materiais de injeção de drogas (item 37b)

Pontuações para o item 37 b) – partilha de outros materiais	Frequência	Percentagem
0	8	26,7
3	22	73,3
N	30	100

Mais uma vez, constata-se que 22 sujeitos trocaram materiais relacionados com a injeção de drogas (algodões, caricas, água).

Tabela 5.8 – Frequências e percentagens para a pontuação do comportamento de risco específico a nível de injeção de drogas – partilha com seropositivo (item 37c)

Pontuações para o item 37 c) – partilha com seropositivo	Frequência	Percentagem
0	23	76,7
10	7	23,3
N	30	100

Verifica-se que 7 sujeitos (23,3%) partilharam materiais de injeção com alguém que eles sabiam ser seropositivo.

Observe-se, agora, as pontuações totais para os comportamentos de risco ao nível das práticas sexuais.

Tabela 5.9 – Frequências e percentagens para as pontuações dos comportamentos de risco ao nível das práticas sexuais (subtotal 42)

Pontuações para o subtotal 42	Frequência	Percentagem
0	5	16,7
5	10	33,3
10	11	36,7
15	2	6,7
20	2	6,7
N	30	100

A interpretação da tabela é a seguinte: 5 sujeitos dizem ter usado sempre o preservativo, 10 nem sempre o usaram e 11 sujeitos nunca o usaram. O facto de 2 sujeitos terem tido uma pontuação de 15 pontos significa que mantiveram relações sexuais com parceiras que eles, na altura, sabiam que eram seropositivas e com quem nem sempre usaram o preservativo. Os outros 2 sujeitos com 20 pontos, nunca usaram preservativos com elas (veja-se tabela 5.11).

Veja-se as tabelas de resultados para cada um dos comportamentos de risco específicos, na área das práticas sexuais.

Tabela 5.10 – Frequências e percentagens para a pontuação do comportamento de risco específico ao nível das práticas sexuais – utilização do preservativo (item 42d)

Pontuações para o item 42d) – utilização do preservativo	Frequência	Percentagem
0	5	16,7
5	12	40,0
10	13	43,3
N	30	100

Face a este comportamento de risco, quase metade da amostra, 43,3% dos sujeitos, admitiu nunca usar preservativo nas suas relações sexuais, 40% nem sempre e, apenas, 16,7% dos sujeitos admitiu usar sempre o preservativo.

Tabela 5.11 – Frequências e percentagens para a pontuação do comportamento de risco específico ao nível das práticas sexuais – relações sexuais desprotegidas com parceiro seropositivo (item 42e)

Pontuações para o item 42e) – relações sexuais desprotegidas com seropositivo	Frequência	Percentagem
0	26	86,7
10	4	13,3
N	30	100

Quando questionados sobre o facto de terem tido relações sexuais desprotegidas (ou nem sempre protegidas) com uma parceira que, de antemão, sabiam que era seropositiva, 4 sujeitos responderam afirmativamente.

5.1.1.2. Coluna Y - Depois dos sujeitos terem conhecimento do VIH e antes de entrarem para o PMO

Observe-se, em primeiro lugar, a pontuação total dos comportamentos de risco na coluna Y. Aqui o número total de sujeitos é de 24, porque os restantes 6 sujeitos tomaram conhecimento do diagnóstico do VIH quando entraram para o PMO; logo, não passaram esta fase.

Tabela 5.12 – Frequências e percentagens para o Total1 dos comportamentos de risco na coluna Y

Pontuações para totais (Total 1) –Y	Frequência	Percentagem
0	9	37,5
3	1	4,2
5	1	4,2
10	2	8,3
13	1	4,2
15	2	8,3
18	3	12,5
23	1	4,2
30	1	4,2
38	3	12,5
N	24	100

A média das pontuações para o Total1 da coluna Y é de 12,17 pontos. A pontuação mais baixa é 0 e a mais alta é 38 pontos.

Analise-se os comportamentos de risco na área da injeção de drogas (subtotal 44).

Tabela 5.13 – Frequências e percentagens para as pontuações dos comportamentos de risco ao nível de injeção de drogas (subtotal 44)

Pontuações para o subtotal 44	Frequência	Percentagem
0	14	58,3
3	1	4,2
10	1	4,2
13	2	8,3
18	6	25,0
N	24	100

A tabela 5.13 indica que 25% dos sujeitos (n=6) obtiveram o máximo da pontuação possível neste grupo, ou seja, 18 pontos. Isto significa que estes sujeitos, já depois do diagnóstico VIH, continuaram a enveredar por todos os comportamentos de risco avaliados nesta área.

Observe-se os comportamentos de risco ao nível das praticas sexuais (subtotal 49).

Tabela 5.14 – Frequências e percentagens para as pontuações dos comportamentos de risco ao nível das práticas sexuais (subtotal 49)

Pontuações para o subtotal 49	Frequência	Percentagem
0	14	58,3
5	1	4,2
10	3	12,5
15	2	8,3
20	4	16,7
N	24	100

Depois de terem conhecimento do VIH, 14 sujeitos disseram usar sempre o preservativo, 1 sujeito nem sempre e 3 sujeitos nunca o usaram. Esta tabela evidencia, também, que 6 sujeitos obtiveram pontuações de 15 e 20 pontos. Isto significa que eles afirmaram ter mantido relações sexuais desprotegidas (ou nem sempre protegidas) com parceiras que eles sabiam ser portadoras do VIH.

5.1.1.3. Coluna A - Depois dos sujeitos terem conhecimento do VIH e depois de entrarem para o PMO

Observe-se, em primeiro lugar, a pontuação total dos comportamentos de risco na coluna A.

Tabela 5.15 – Frequências e percentagens para o Total1 dos comportamentos de risco na coluna A

Pontuações totais (Total 1) - A	Frequência	Percentagem
0	20	66,7
5	3	10,0
8	1	3,3
10	1	3,3
18	1	3,3
20	1	3,3
23	1	3,3
33	1	3,3
38	1	3,3
N	30	100

A média das pontuações para o Total1 da coluna A é de 5,08 pontos. A pontuação mais baixa é 0 e a mais alta é 38 pontos.

Analise-se os comportamentos de risco na área da injeção de drogas (subtotal 54).

Tabela 5.16 – Frequências e percentagens para as pontuações dos comportamentos de risco ao nível de injeção de drogas (subtotal 54)

Pontuações para o subtotal 54	Frequência	Percentagem
0	25	83,3
8	2	6,7
13	1	3,3
18	2	6,7
N	30	100

Já depois de terem entrado para o PMO, 83,3% dos sujeitos (n=25) disseram não ter partilhado qualquer tipo de material de injeção de drogas. Somente 2 sujeitos mantiveram todos os comportamentos de risco avaliados nesta área.

Observe-se, de seguida, os comportamentos de risco ao nível das praticas sexuais (subtotal 60).

Tabela 5.17 – Frequências e percentagens para as pontuações dos comportamentos de risco ao nível das práticas sexuais (subtotal 60)

Pontuações para o subtotal 60	Frequência	Percentagem
0	22	73,3
5	3	10,0
10	1	3,3
15	1	3,3
20	3	10,0
N	30	100

Na área dos riscos sexuais, a larga maioria dos sujeitos (73,3%) afirma usar sempre o preservativo nas relações sexuais, 3 nem sempre, 1 sujeito nunca o usa, 1 nem sempre o usa quanto tem sexo com parceiras seropositivas e 3 sujeitos nunca o usam com estas últimas.

5.1.1.4. Interrupção das consultas no hospital

Um dos sujeitos ainda não foi ao hospital, por isso considera-se nesta rubrica um total de 29 sujeitos.

Tabela 5.18 – Frequências e percentagens da interrupção das consultas no hospital

Interrupção da consulta	Frequência	Percentagem
Não	8	27,6
Sim	21	72,4
N	29	100

Constata-se que 72,4% dos sujeitos (n=21) já interrompeu, pelo menos uma vez, as consultas no hospital.

5.1.1.5. Interrupção da medicação antiretroviral

Aqui, apenas 21 sujeitos fazem, ou já fizeram, medicação.

Tabela 5.19 – Frequências e percentagens da interrupção da medicação antiretroviral

Interrupção da medicação antiretroviral	Frequência	Percentagem
Não	7	33,3
Sim	14	66,7
N	21	100

A tabela mostra que cerca de 67% (n=14) dos sujeitos, já interromperam, pelo menos uma vez, a medicação antiretroviral que lhes foi prescrita.

5.1.2. Resultados descritivos na Escala de Risco Suicidário de J.Stork

Tabela 5.20 – Frequências e percentagens para as pontuações totais obtidas na Escala de Risco Suicidário de J.Stork.

Pontuações totais da escala de Stork	Frequência	Percentagem
35	1	3,3
40	1	3,3
42	1	3,3
51	1	3,3
55	1	3,3
56	1	3,3
65	1	3,3
71	1	3,3
73	1	3,3
75	1	3,3
79	1	3,3
81	1	3,3
84	2	6,7
85	1	3,3
87	1	3,3
88	1	3,3
90	1	3,3
93	1	3,3
95	1	3,3
98	1	3,3
99	1	3,3
101	1	3,3
105	1	3,3
106	2	6,7
113	1	3,3
114	1	3,3
116	1	3,3
138	1	3,3
N	30	100

Tabela 5.21 - Estatística descritiva para as pontuações totais obtidas na Escala de Risco Suicidário de J. Stork

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Total Stork	35	138	84,20	24,67

Observa-se que a pontuação mínima obtida na escala de Stork foi de 35 pontos e a máxima de 138 pontos. A pontuação média foi de 84,20 pontos. Isto é, a média total do índice suicidário dos sujeitos da amostra corresponde ao Fraco risco de suicídio, de acordo com a classificação da escala.

Tabela 5.22 – Frequências e percentagens por níveis de Classificação da Escala de Risco Suicidário de J. Stork

Níveis de classificação da escala de Stork	Frequência	Percentagem
Estado Normal	6	20,0
Estado Intermédio	5	16,7
Fraço Risco	9	30,0
Risco Suicidário Importante	6	20,0
Risco Suicidário Extremam. Importante	4	13,3
N	30	100

Tabela 5.23 - Frequências do Estado normal e "anormal" obtidas na Escala de Stork

Estado na escala de Stork	Frequência	Percentagem
Estado Normal	6	20,0
Estado "Anormal" ou risco de suicídio	24	80

Nas duas últimas tabelas regista-se que a grande maioria dos sujeitos (80%), obteve resultados na escala de Stork que indiciam um qualquer nível de risco de suicídio. Apenas 6 sujeitos (20%) se encontram dentro dos valores considerados normais para esta escala.

5.2 INFERÊNCIAS ESTATÍSTICAS

Com esta secção pretende-se mostrar a estatística usada no teste das hipóteses deste trabalho.

5.2.1. HIPÓTESE 1:

Os sujeitos conhecedores das formas de transmissão do VIH terão menos comportamentos de risco, comparativamente com os sujeitos desconhecedores das formas de transmissão.

O primeiro aspecto a investigar é se existirão diferenças entre os comportamentos de risco, nas áreas da partilha de drogas e práticas sexuais, e o conhecimento que os sujeitos têm relativamente às formas de transmissão do VIH.

Tendo sido verificado que as variáveis (Total 1 e subtotais 37 e 42) em estudo não tinham uma distribuição normal, utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney para testar a hipótese 1.

Tabela 5.24 - Resultados da análise comparativa entre o conhecimento completo e incompleto das formas de transmissão do VIH para o X - Total 1

	Conhecimento transmis. VIH	N	Média das ordens	Estatística de teste Z	Valor p
X – Total 1	Completo	11	18.00	-1.193	.233
	Incompleto	19	14.05		

Tabela 5.25 - Resultados da análise comparativa entre o conhecimento completo e incompleto das formas de transmissão do VIH para o X - subtotal 37

	Conhecimento transmis. VIH	N	Média das ordens	Estatística de teste Z	Valor p
X – subtotal 37	Completo	11	15.91	-.204	.838
	Incompleto	19	15.26		

Tabela 5.26 - Resultados da análise comparativa entre o conhecimento completo e incompleto das formas de transmissão do VIH para o X - subtotal 42

	Conhecimento transmis. VIH	N	Média das ordens	Estatística de teste Z	Valor p
X- subtotal 42	Completo	11	17.86	-1.173	.241
	Incompleto	19	14.13		

Não se verificaram diferenças significativas relativamente aos comportamentos de risco englobados quer no total 1 quer nos subtotais 37 e 42, entre os sujeitos conhecedores e desconhecedores das formas de transmissão do VIH.

Observando a análise descritiva, nota-se curiosamente que se observa uma tendência para comportamentos de risco muito semelhantes nos dois grupos relativamente ao subtotal 37 (área da injeção) enquanto no subtotal 42 (área dos riscos sexuais) e no Total 1 a tendência é para um maior comportamento de risco no grupo com informação completa.

5.2.2. HIPÓTESE 2:

Os sujeitos a consumirem drogas, quando tomam conhecimento do seu VIH, diminuem os comportamentos de risco

Nesta hipótese faz-se uma comparação entre os momentos X e Y. O número de sujeitos nela envolvida é de 24, porque os restantes 6 tomaram conhecimento do

seu diagnóstico de VIH no momento que entraram para o PMO (momento A) não passando por este momento Y.

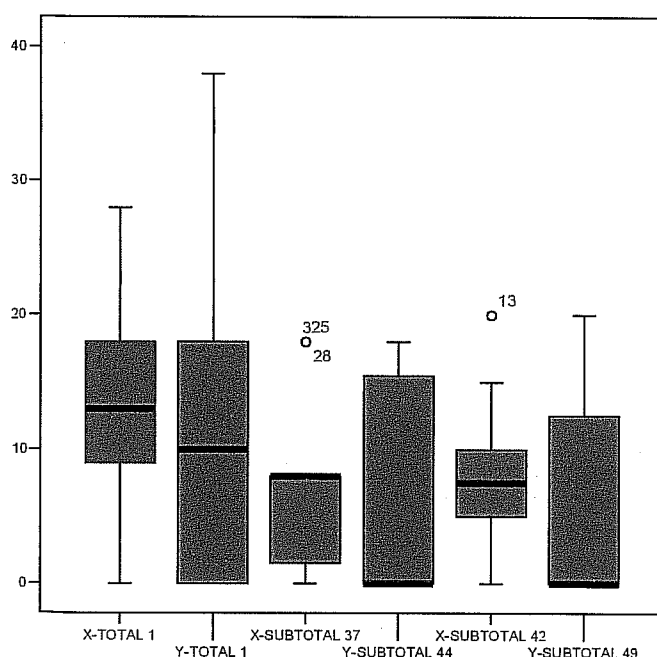
Tendo sido verificado que algumas das variáveis X e Y (total 1) e subtotais 37, 44, 42 e 49 em estudo não tinham uma distribuição normal, utilizou-se o teste não paramétrico dos Sinais para testar a hipótese 2.

Tabela 5.27 - Resultados das análises comparativas entre os comportamentos de risco antes e depois do conhecimento do VIH

Comparação	N	Média	Desvio padrão	Valor p para o Teste dos Sinais
X – Total 1	24	13,88	7,03	.286
vs. Y – Total 1	24	12,17	13,24	
X – subtotal 37	24	6,58	5,53	.481
vs. Y – subtotal 44	24	6,13	8,05	
X – subtotal 42	24	7,29	4,88	.180
vs. Y – subtotal 49	24	6,04	8,07	

Não se verificaram diferenças significativas relativamente aos comportamentos de risco englobados no total 1 e subtotais 37/44 e 42/49 antes e depois de tomarem conhecimento do seu VIH.

Figura 5.27 - Resultados das análises comparativas entre os comportamentos de risco antes e depois do conhecimento do VIH



Observando a análise descritiva, nota-se uma tendência geral para comportamentos médios de risco um pouco mais baixos depois do conhecimento do VIH (em particular no que diz respeito aos riscos na área sexual), mas uma maior dispersão destes comportamentos de risco após o conhecimento do VIH.

5.2.3. HIPÓTESE 3:

A frequência do Programa de Manutenção Opiácea (PMO) diminui os comportamentos de risco relativos ao VIH, na área dos consumos de droga e relações sexuais (quando já têm conhecimento do VIH)

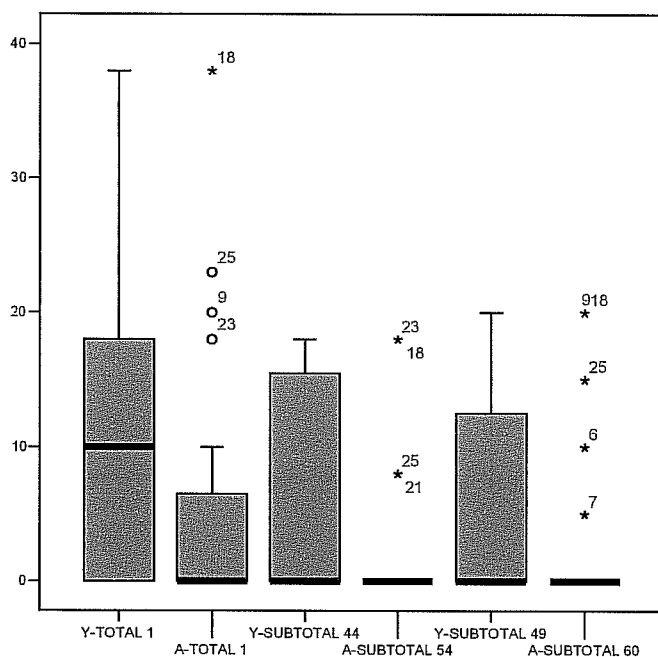
Tendo sido verificado que algumas das variáveis Y e A (total 1) e subtotais 44, 54, 49 e 60 em estudo não tinham uma distribuição normal, utilizou-se o teste não paramétrico dos Sinais para testar a hipótese 3.

Tabela 5.28 - Resultados da análise comparativa dos comportamentos de risco antes e depois da entrada no PMO

Comparação	N	Média	Desvio padrão	Valor p para o Teste dos Sinais
Y – Total 1	24	12,17	13,24	.006
vs.				
A – Total 1	24	5,08	9,92	.039
Y – subtotal 44	24	6,13	8,0	
vs.				
A – subtotal 54	24	2,17	5,4	.125
Y – subtotal 49	24	6,04	8,1	
vs.				
A – subtotal 60	24	2,92	6,4	

Verificaram-se diferenças altamente significativas relativamente aos comportamentos de risco englobados no Total1 e diferenças significativas relativamente aos comportamentos de risco englobados nos subtotais 44/54, antes e depois do programa PMO. Relativamente aos subtotais 49/60 não se verificaram diferenças significativas relativamente aos comportamentos de risco, aqui englobados, antes e depois do programa PMO.

Figura 5.28 - Resultados da análise comparativa dos comportamentos de risco antes e depois da entrada no PMO



Observando a análise descritiva, nota-se uma tendência geral para comportamentos médios de risco mais baixos depois da entrada no programa PMO e também uma menor dispersão destes comportamentos de risco.

5.2.4. HIPÓTESE 4:

Os comportamentos de risco relativos ao VIH são mais consentâneos nos sujeitos em risco suicidário

Tendo sido verificado que a variável em estudo -Total Actual do questionário de riscos - tem uma distribuição normal nas várias populações de risco suicidário (5 níveis) e homogeneidade de variâncias, utilizou-se a técnica paramétrica Análise da Variância a um factor para testar a hipótese 4.

Tabela 5.29 - Resultados da análise comparativa dos comportamentos de risco nos diversos níveis da Escala de Risco Suicidário de J. Stork

Escala de Stork	Comportamentos de Risco					Estatística F	Valor p
	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo		
Estado Normal	6	38,67	24,28	16	82	.663	.624
Estado Intermédio	5	27,20	10,29	15	43		
Fraco Risco	9	30,00	25,87	3	90		
Risco Importante	6	44,33	23,50	3	67		
Risco Extrema. Importante	4	28,75	11,18	16	40		

Não se verificaram diferenças significativas relativamente aos comportamentos de risco, englobados no Total Actual do questionário de riscos, entre os sujeitos com diversos níveis de risco suicidário .

Observando a análise descritiva, nota-se curiosamente que se observa uma tendência para comportamentos de risco mais elevados no grupo de sujeitos com risco suicidário importante. Deve-se, contudo, registar que as diversas amostras de sujeitos com vários níveis de risco suicidário têm uma dimensão muito pequena, o que levanta algumas dúvidas à representatividade destes resultados.

5.2.5. HIPÓTESE 5:

Sujeitos sem risco suicidário não apresentarão comportamentos de risco relativos ao VIH

Tendo sido verificado que a variável em estudo -Total Actual do questionário de riscos - tem uma distribuição normal nas populações sem e com risco suicidário (2 níveis) e homogeneidade de variâncias, utilizou-se o teste paramétrico de igualdade de valores médios utilizando a estatística t de student para testar a hipótese 5.

Tabela 5.30 - Resultados da análise comparativa entre o Estado Normal e o Estado "Anormal" da Escala de Risco Suicidário de J. Stork

Escala de Stork	Comportamentos de Risco					Estatística do teste t	Valor p
	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo		
Estado Normal	6	38,67	24,28	16	82	.599	.554
Estado "Anormal"	24	32,79	20,84	3	90		

Não se verificaram diferenças significativas relativamente aos comportamentos de risco, englobados no Total Actual do questionário de riscos, entre os sujeitos sem e com risco suicidário.

Observando a análise descritiva, nota-se que curiosamente existe uma tendência para comportamentos de risco mais elevados no grupo de sujeitos sem risco suicidário. Deve, contudo registar-se que esta amostra de sujeitos sem risco suicidário tem uma dimensão muito pequena, o que levanta algumas dúvidas à representatividade dos resultados.

5.2.6. HIPÓTESE 6

Esta hipótese foi dividida em duas partes, por forma a dar resposta a duas variáveis distintas: interrupção das consultas no hospital e interrupção da medicação antiretroviral. O número total de sujeitos é 29 no que se refere às consultas, e são 21 os que fazem medicação antiretroviral.

H. 6a:

Os sujeitos com risco suicidário (ou mais risco) interrompem mais as consultas ou os tratamentos programados do que os sujeitos sem risco suicidário (ou menos risco)

Para testar esta hipótese consideraram-se duas abordagens distintas: uma análise de correlações e um teste Qui-quadrado de independência.

O estudo de correlação efectuado com o coeficiente de correlação bisserial por pontos ($r_{bp} = -.42$) entre a variável interrupção da consulta e os valores da escala de Stork revelam uma relação muito fraca (quase nula) entre elas.

Utilizando uma outra apresentação da escala de Stork (por níveis) pretendeu-se testar a hipótese 6a utilizando o teste do Qui-quadrado de independência.

Tabela 5.31 – Análise das contingências para as variáveis Escala de R. S. de J. Stork e interrupção das consultas no hospital

Escala de R. S. de J. Stork	Interrupção da Consulta		Total
	Não	Sim	
Estado Normal	1	5	6
Estado Intermédio ou Duvidoso	2	3	5
Fraco Risco	3	5	8
Risco Importante	1	5	6
Risco Extremamente Importante	1	3	4
			29

Os resultados analisados permitem admitir a independência entre o risco suicidário e a interrupção da consulta (estatística Qui-quadrado=1.509, valor $p=.825$).

H. 6b:

Os sujeitos com risco suicidário (ou mais risco) interrompem mais a medicação antiretroviral do que os sujeitos sem risco suicidário (ou menos risco)

Utilizando uma outra apresentação da escala de Stork (por níveis) pretendeu-se testar a hipótese 6b utilizando o teste do Qui-quadrado de independência.

Tabela 5.32 – Análise das contingências para as variáveis Escala de R. S. de J. Stork e interrupção da medicação antiretroviral

Escala de R. S. de J. Stork	Interrupção da medicação antiretroviral		Total
	Não	Sim	
Estado Normal	1	1	2
Estado Intermédio ou Duvidoso	1	4	5
Fraco Risco	3	3	6
Risco Importante	1	3	4
Risco Extremamente Importante	1	3	4
			21

Os resultados analisados permitem admitir a independência entre o risco suicidário e a interrupção da medicação antiretroviral (estatística Qui-quadrado=1.650, valor p=.800).

CAPÍTULO 6

DISCUSSÃO

O problema imediato a que pretendíamos dar resposta quando abraçámos este projecto – averiguar a possível relação entre o risco de suicídio e os comportamentos de risco – foi amplamente escalpelizado ao longo das nossas reflexões que, por sua vez, foram corroboradas pelos dados resultantes da análise das hipóteses.

Não há dúvida que os doentes seropositivos, simultâneamente, toxicodependentes em tratamento, todos eles com comportamentos de risco na nossa amostra, apresentam grande propensão para o suicídio. Fazemos notar que dos 30 sujeitos avaliados, apenas 6 deles encontram-se dentro dos valores da escala de suicídio considerados normais (grau 1). Todos os outros 24 sujeitos apresentam risco de suicídio, centrando-se nos graus 2, 3, 4 e 5 da escala de J.Stork.

Contudo, fomos um pouco mais ambiciosos e para além de reconhecermos os comportamentos de risco associados, predominantemente, aos sujeitos com risco de suicídio, quisemos saber de que modo variavam os diferentes graus da escala de suicídio (1, 2, 3, 4 e 5) na relação com a quantificação dos comportamentos de risco. Hipoteticamente definimos que quanto maior fosse o grau da escala de risco de suicídio maior seriam, quantitativamente, os comportamentos de risco. Efectivamente esta dialéctica, aparentemente lógica, não se verificou. São as razões para que tal acontecesse que serão analisadas nesta secção. As restantes hipóteses bem como as características da amostra serão, igualmente, objecto desta discussão.

Relativamente à nossa **primeira hipótese**, verificou-se que os sujeitos da amostra, enquanto consumidores activos de drogas no passado, independentemente de terem ou não conhecimento das formas de transmissão do VIH enveredaram por comportamentos de risco. Ou seja, o facto de saberem que a infecção se transmitiria através das seringas e do restante material associado ao consumo de drogas, bem como através dos contactos sexuais desprotegidos, não os inibiu de terem estes comportamentos. Dá-se até o curioso facto de existir uma tendência ligeiramente maior para comportamentos sexuais de risco em indivíduos com mais informação, comparativamente com aqueles que menos informação teriam. Deste modo, a hipótese foi rejeitada.

Este reduzido, ou pelo menos não determinante, papel que a informação tem na alteração dos comportamentos de risco nestes sujeitos evoca-nos algumas reflexões. Não obstante os toxicómanos estarem cada vez mais e melhor informados sobre os meios de transmissão do VIH, e também a população em geral, a história

recente mostra-nos, através das várias campanhas de prevenção, que apelar à mudança de comportamentos só com base na informação tem-se revelado uma estratégia relativamente pouco eficaz, porquanto, inúmeras pessoas continuam a não adoptar medidas preventivas apropriadas (Kline & Strickler, 1993). A informação é necessária mas não é condição suficiente para a mudança de comportamentos (Singh, 2003)

Contudo, e não querendo confundir questões, entendemos que o papel da informação não deve ser negligenciado. Quer dizer, uma questão é a pessoa não estar informada sobre os riscos para a sua saúde e, por isso, não estar sensibilizada para alterar comportamentos e para reduzir os riscos. E isto é válido para qualquer doença. Acreditamos que a percepção do risco é um pré-requisito necessário, e possivelmente uma causa motivadora, para a mudança de comportamento.

Outra questão é saber se a pessoa tendo essa percepção dos riscos, está sempre suficientemente motivada para reduzi-los. E aqui a resposta é, claramente, não. O que falha então?

Manuel Matos (1991a), ocupando-se das questões da informação e dos riscos, enuncia o princípio responsável pela não alteração dos hábitos das pessoas quando confrontadas com mensagens de prevenção:

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" mas a parte infantil renega-a, agindo em consequência (p.69).

Certeira e lapidar afirmação, que tanto é válida para a sexualidade como para o consumo de drogas, e que nos aponta para a conexão (ou sua falta) existente entre os promotores das campanhas e os sujeitos a quem se dirigem. Porventura com mais facilidade do que nós, as teorias da comunicação explicariam esta falta de sintonia entre emissor e receptor. Como se sabe, a informação que é recebida é processada de acordo com uma complexidade de variáveis existentes no sujeito (educação, formação experiências de vida, etc.). E são estas variáveis que se encarregam de filtrar o que é entendido ou o que *não pode ser entendido* pelo sujeito. Porque razão as pessoas não deixam de fumar, quando a agressividade publicitária, espalmada nos próprios maços de cigarros, lhes diz em letras lúgubres FUMAR MATA? Não estarão estas pessoas mais do que informadas sobre os efeitos perniciosos do tabaco? À

conta deste publicidade, prospera um fabuloso negócio de invólucros de papel que se encaixam nos maços de cigarros e que ocultam a tenebrosa mensagem. Estas caixinhas de papel são muito alegres e têm desenhos muito diferentes que, muito ao contrário da advertência que visa ocultar, faz apelo às coisas boas da vida (incentivos ao sexo, ao álcool, a bandas musicais, etc). Para grandes males, grandes remédios! A indisponibilidade das pessoas para deixarem de fumar quando sabem que podem morrer encaixa-se, tal como a referida caixinha, numa estratégia de funcionamento mental de alguns sujeitos e dá pelo nome de *negação psicológica da realidade*. E esta “variável” tem um peso enorme na não aceitação das mensagens.

Se transplantarmos este raciocínio para os toxicodependentes das ditas drogas duras (será o tabaco uma droga mole ?), e recuperando os pensamentos de Matos (1991a) e Meltzer (1977), o que se verifica é que estes sujeitos negam as bem-intencionadas mensagens porque o seu funcionamento mental se encontra minado pelas partes infantis e destrutivas da personalidade. O aspecto destrutivo da personalidade, a que Meltzer (1977), e outros autores, convencionaram chamar de perversão, “encontra a sua glória no prazer sádico, no negativismo, no fazer o contrário do que é preciso, em que a inveja, a destrutividade é a maldade se opõem à bondade, generosidade, criatividade e harmonia dos bons objectos” (Matos, 1991a, p.68). Bem vemos como é difícil um sujeito dominado por este estado mudar comportamentos. De resto, parece até existir um limiar a partir do qual o medo que a mensagem pretende inculcar nos receptores gera efeitos contrários ao que se pretendia e Etchegoyen, citado por Matos (1991a), afirma que a perversão tem muito a ver com a parte psicótica da personalidade e que ambas têm em comum uma perturbação do juízo da realidade.

Os estudos também revelam que os sujeitos mais receptivos às mensagens de prevenção em relação à SIDA são aqueles que correm menos risco de a contraírem; inversamente, quanto maior é o risco menor é a preocupação com as medidas preventivas (Matos, 1994).

É também à luz da perversão que se pode explicar a forte tendência suicidária nos sujeitos consumidores de drogas. Esta tendência materializa-se em toda uma conduta suicidária que se revela nos comportamentos de risco a que se expõe o toxicodependente: ataque ao próprio corpo, através da injeção de um conjunto de drogas, não só heroína e cocaína, mas podendo misturar vários tipos de substâncias e vários tipos de comprimidos; os aumentos das doses levando a repetidas *overdoses*

(sobredosagens de droga); partilha de material de injeção, tantas vezes, infectado com VIH e hepatites; relações sexuais desprotegidas com prostitutas e todo um estilo de vida (falta de alimentação, de higiene, de cuidados médicos) que atenta contra as mais elementares noções de saúde.

Resumamos as características do funcionamento psíquico do toxicómano que apresenta uma declarada conduta autodestrutiva (Soubrier, J.-P., 1981). O que se verifica nestes doentes é:

- uma depressão arrastada no tempo e profunda, quase anaclítica;
- uma fragilidade do eu e mecanismos de defesa fracos ou projectivos;
- um masoquismo primário;
- uma desordem das condutas morais, por vezes, com necessidade de autopunição (e.g., infectar-se com o VIH), e gestos hetero-agressivos para aqueles de quem gostam;
- um vivido abandonico ou persecutório;
- uma procura “deliberada”, mas inconsciente, da morte como se ela estivesse presente a todo o momento;
- personalidade mal-amada e rejeitada pela sociedade;
- mau-amante, líbido pobre, numa relação transferencial muito regressiva, donde ressalta, frequentemente, o aspecto de um estado borderline.

Este conjunto psíquico catastrófico só poderia encontrar a sua solução na morte, o último “paraíso”. O último porque antes deste a droga prometia ser o objecto transformador que restabeleceria o paraíso original, o perdido. No suicida o traço principal é sobretudo a estreita vinculação à mãe e à imago maternal. Existem desejos de fusão narcísica, desejos de se fundir completamente com um ser maternal, desejo de colusão originária (Stork, 1988). A droga, essa grande mentira mental, falha como apaziguadora das precoces angústias de separação.

Bolognini et al. (2002) verificaram que a dependência emocional é elevada nos adolescentes consumidores de droga e que apresentam tentativas de suicídio. A dependência emocional está relacionada com outros distúrbios, tais como, o humor deprimido e a ansiedade de separação.

Nestas condições, não foi com surpresa que vimos rejeitada a nossa **segunda hipótese**. Com efeito, os sujeitos a consumirem drogas, quando tomam conhecimento

do seu VIH, não diminuem os comportamentos de risco. Pelo contrário, alguns passam a expor-se a mais situações de risco. O trauma gerado pela infecção potencia as angústias de morte, levando a uma maior desesperança. A incapacidade em lidar com este sofrimento poderá gerar aumentos na regularidade dos consumos (quanto maior é a dor maior é a sua necessidade em aliviá-la), com perigosas sobredosagens (*overdoses*), e negligenciando qualquer tipo de protecção; “se já estou infectado para quê proteger-me” ou “perdido por um perdido por mil” são as justificações que mais ouvimos. Este crescer dos riscos a que o toxicómano se entrega quando toma conhecimento do seu VIH destina-se a procurar, com maior intencionalidade, a morte. “Foi um milagre eu não ter morrido, naquela altura”. A conduta ordálica do toxicómano encarrega o destino desta decisão: a morte ou o “milagre” da salvação.

De acordo com Charles-Nicolas (1991), não é por acaso que as mortes por *overdose* dos toxicómanos põem tantas vezes a questão: suicídio ou acidente? A concepção ordálica responde: nem um nem o outro, e ambos ao mesmo tempo; nem o desejo de se matar nem um acidente fortuito, mas sim o desejo de experimentar a Morte deixando ao Acaso a sua sorte. A conduta ordálica realiza um comportamento repetitivo de atitudes de risco e toma em geral a aparência de um suicídio crónico. Nesta perspectiva, o toxicómano ao se expor sucessivamente a riscos mortais, fá-lo devido à realização do fantasma ordálico.

Segundo Rosenfeld (1961), o factor essencial da relação entre a toxicodependência e a depressão é a identificação a um objecto morto ou doente. Para muitos adictos, o surgimento do VIH é uma consequência muito concreta da identificação a esse objecto. Um objecto morto ou doente que, na realidade, produz a doença ou à morte. Desta maneira, o VIH, à semelhança do que se sucede com a droga, é utilizado para reforçar a introjecção do objecto morto e a identificação com ele.

Mas se o toxicodependente revela vontade de morrer, também parece não se importar de dar a morte. E porque razão sujeitos que procuram autodestruir-se haveriam de querer proteger os outros? Quase pareceria um contra-senso.

Durante este trabalho temos vindo a defender que a tendência que empurra o sujeito para morrer é semelhante àquela que o leva a desejar a morte do outro.

Este conceito, que não é novo, foi desenvolvido por vários autores que estudaram o suicídio. K. Menninger (citado por Matos, 1991b) constata que o suicídio engloba três desejos entre-cruzados: o de matar, o de ser morto e o de morrer. O desejo de matar inicialmente dirigido a outrem mas podendo inesperadamente virar-se contra o próprio. O desejo de ser morto no qual estaria presente um Super-Eu rígido que dirigiria a agressividade ao próprio com a mesma severidade com que o Eu desejaria atacar ou destruir alguém afectivamente próximo. E, finalmente, o desejo de morrer emanante da energia autodestrutiva.

Entendemos que este conceito não se aplica só aos consumidores activos de drogas a que refere a nossa hipótese. Extrapolamo-lo para sujeitos já sem consumos de drogas ou com consumos não activos. Na nosso dia a dia logramos identificá-lo, também, em casais serodiscordantes, como tivemos oportunidade de ilustrar com alguns exemplos anteriormente dados.

Segundo Pierre Sorel (1981), o suicídio e o homicídio são actos passionais nos quais os laços que unem os dois sujeitos só podem ser interrompidos através do preço da morte. O apaixonado está, sem dúvida, cativo do seu objecto, mas ele não esteve sempre apaixonado por um outro que não ele mesmo? De ele mesmo tomado por outro? Nestes sujeitos a paixão consiste em amar o outro por aquilo que ele é imaginado de garante e de possuidor do objecto primário. A paixão visa reconstituir a primeira e bela unidade original, actualmente desfeita.

Nesta perspectiva, toda a paixão liga-se à morte do sujeito, e é nessa tensão correlativa que surge o suicida e o homicida: enquanto o suicídio é também a morte do outro, o homicida assassina-se a si próprio! É a relação marcada pela lei do desejo e o jogo pulsional permanece prisioneiro de todas as reversões imaginárias: a vida equivale à morte, o amor ao ódio, o suicídio ao homicídio (Sorel, 1981).

Quanto à nossa **terceira hipótese** verificou-se, globalmente, a sua confirmação. Esta hipótese pretendia apurar se os utentes que entraram no programa de metadona diminuíram os comportamentos de risco relativos ao VIH. Aqui tivemos a preocupação de analisar em conjunto, e em separado, as duas grandes áreas dos comportamentos de risco: riscos relacionados com o comportamento sexual; e riscos associados aos consumos de droga.

Com a entrada num programa de manutenção opiácea (metadona ou buprenorfina) comprovou-se que os sujeitos diminuíram os seus comportamentos de risco na área relacionada com a injeção de drogas. Muitos deles deixaram realmente os consumos activos de heroína, outros só pontualmente a consomem e, alguns dos que o fazem, optam pelo modo fumado. A droga fumada envolve menos riscos para a saúde do que a droga injectada. Na amostra, cerca de 63% dos sujeitos deixaram por completo os consumos e apenas 3% continua os consumos activos.

Quando entra para um destes programas, o toxicod dependente deixa de ter necessidade de procurar as drogas de rua. Estes programas visam substituir os opiáceos de rua (heroína) por medicamentos opiáceos, preenchendo as necessidades fisiológicas do cérebro do sujeito. Ao se retirar o doente da marginalidade está-se a criar as condições para todo um trabalho de recuperação física e psíquica. Desde logo, surgem repercussões positivas do ponto de vista monetário. Um dos aspectos que mais degrada o toxicod dependente, é o facto da droga ser muito cara. Ele tem que mendigar, roubar, mentir e manipular os outros para assegurar a maquia necessária para a sua dose diária. Este quotidiano confere, à maior parte dos consumidores, um estatuto indigente e um indignidade desumana. A metadona é fornecida gratuitamente pelo serviços de saúde e o preço da buprenorfina ainda que caro, na nossa opinião, não se compara ao da heroína.

Os programas de manutenção opiácea aproximam o doente das estruturas de saúde permitido que ele receba não só cuidados ao nível da sua saúde física, tão profundamente abalada com o VIH e com as hepatites, mas também na sua saúde mental. Os médicos de família e os psicólogos a trabalhar nos centros de saúde, jogam um papel fulcral na detecção, encaminhamento e acompanhamento das patologias do doente toxicómano. Ademais, os centros de saúde são a entrada privilegiada no sistema nacional de saúde (Nascimento, 1998) e a sua colaboração na distribuição de metadona têm-se revelado de grande utilidade.

Os dados obtidos, a partir desta hipótese, vão no sentido do que temos vindo a defender: devem ser reforçadas e implementadas novas políticas na redução de riscos e de danos para a saúde dos consumidores de drogas no nosso país. Não só através da generalização da metadona (também nas prisões) mas também na distribuição de seringas esterilizadas (forçosamente nas prisões), de preservativos, cuidados de saúde e cuidados sócio-sanitários.

Mas se na nossa amostra verificamos que há uma melhoria significativa nos comportamentos de risco relacionada com a droga, ao invés, aqueles que entram para estes programas não deixam de apresentar comportamentos de risco na área sexual. Apesar de ajudarem, estes programas não são a panaceia para a resolução de todos os comportamentos de risco que possam ocorrer nos toxicómanos em recuperação. Este dado vai ao encontro de outros estudos (Reynaud-Maurup, 2000). A explicação para esta evidência não é difícil. A patologia da toxicod dependência é sobretudo da ordem do psicológico e não se resolve com mais ou menos comprimidos, não obstante, sublinhamo-lo, estes auxiliarem em determinadas condições. Segundo Sandor Rado (1975), a abordagem à toxicomania começa com o reconhecimento do facto de que não é o agente tóxico, mas sim o impulso a se servir dele, que faz de um dado indivíduo um toxicómano. Neste sentido, se se pode substituir o agente tóxico, através da medicação, dever-se-á, outrossim, tratar o "impulso" do sujeito.

Se o doente encerra um funcionamento psíquico caracterizado por uma relação de objecto onde predomina a sua dependência aos objectos de vinculação, não é de esperar que só a paragem do consumo regular de heroína faça mudar o seu estilo relacional.

Continua-se, portanto, a assistir a uma tendência auto e hetero-destrutiva de certos doentes inseridos nestes programas, podendo aquela manifestar-se através de outros comportamentos de risco tais como, neste caso, relações sexuais desprotegidas. Podendo deixar de consumir heroína, regularmente, muitos utentes do programa mantêm outros consumos. Particularmente no que se refere à nossa amostra 20% dos sujeitos apresenta consumos regulares de álcool (63% esporádicos), 37% consumos esporádicos de cocaína e 46,7% consumos esporádicos de haxixe.

Se as dificuldades relacionais e sexuais destes doentes já eram assinaláveis, agora infectados com o VIH os contactos de maior proximidade física e afectiva assumem verdadeiros dramas. O diagnóstico do VIH vem interagir e complicar ainda mais o processo das suas vivências sexuais. Vem desnudar as falhas dos seus processos de identificação e dos atropelos à constituição de identidade. Por forma a minorar as referidas dificuldades resultantes do ameaçador agente infeccioso, muitos almejam arranjar uma companheira, também ela, seropositiva. Esta equidade na doença alimenta a expectativa de uma equidade relacional: a mulher infectada assusta menos.

Os persistentes pensamentos sexuais e a hiperactividade sexual a que se entrega o seropositivo pode ser interpretado como uma defesa relacionada com o seu crescente sentimento de impotência. Recordemos que Bollas (1978) afirmava que a erotomania era uma forma do sujeito fantasiar que o outro, a partir da relação sexual, resolveria as suas insuficiências narcísicas. Insuficiências fortemente enraizadas no sujeito, mas agora ampliadas pelo VIH. A compulsividade sexual emerge como um recurso, desesperadamente procurado, para afirmar a sua frágil identidade sexual. Para negar a sua castração.

Neste contexto, o doente poderá servir-se das drogas para se sentir menos amedrontado. Quando a relação sexual ocorre sob o estado maníaco, o efeito das drogas é utilizado para aumentar o poder dos impulsos destrutivos, e, o sujeito cliva e nega o seu bom Eu e os seus bons objectos internos, deixando de se preocupar com eles (Rosenfeld, 1961). A identificação ao vírus maléfico catapulta o sujeito para comportamentos altamente destrutivos como, por exemplo, relações sexuais sem preocupação de usar o preservativo nem proteger a saúde da parceira sexual. O autor afirma que a onipotência destrutiva deriva dos estados maníacos. Meltzer veria nesta conduta, onde o sujeito corre o risco de se re-infectar ou infectar o outro, o corolário da perversão.

Vários trabalhos têm demonstrado a forte correlação entre o uso de drogas e a não utilização de preservativos na relação sexual (Remien *et al.* 1995 ; Quirk *et al.*, 1998).

Para o doente com um psiquismo fragilizado a abordagem ao problema do VIH, sob o ponto de vista das implicações psicológicas, poderá ser capital para o incrementar da esperança. O facto do doente estar medicado com um substituto opiáceo não constitui, só por si, nenhum impedimento para que beneficie de um apoio psicológico ou mesmo de uma psicoterapia. Poder partilhar os seus temores, decorrentes do VIH, poderá ser o primeiro passo para entrar no mundo intrapsíquico do doente, ajudando-o a tomar consciência do seu estilo relacional. Modificações a este nível serão importantes para o estabelecimento de relações mais sólidas, mais protectoras de si e dos outros.

Naturalmente, que este doente também precisa de reintegração familiar, reintegração social e profissional, concorrendo tudo isto para a melhoria da sua auto-apreciação. Mas mesmo reintegrado, o que na maior parte dos casos não é fácil, os

fantasmas de morte associados à doença, numa fase inicial, estão sempre muito presentes. A elaboração e integração do trauma, provocado pela infecção, promove a abertura à vida.

No que respeita à nossa hipótese quatro, constatou-se que os comportamentos de risco revelaram-se independentes do nível de suicídio do sujeito (avaliado pela escala de suicídio de Stork), rejeitando-se, deste modo, a hipótese.

Antes de discutirmos as razões para que tal acontecesse, importa salientar dois factos da maior relevância.

O primeiro é que todos os sujeitos da amostra têm, actualmente, comportamentos de risco (a média global dos comportamentos de risco é de 33,97 pontos). Dizemos *actualmente* porque esta hipótese visava exclusivamente avaliar os comportamentos de risco dos sujeitos que presentemente se encontram nos programas de metadona ou buprenorfina. Os riscos actuais, como já tivemos oportunidade de enunciar, relacionam-se com o consumo de substâncias (quando há consumos), cuidados com a sua saúde e a dos outros, idas ao hospital e toma da medicação, se a ela houver lugar.

O segundo facto é que numa amostra de 30 sujeitos, apenas 6 se encontram dentro do nível considerado normal na escala de Stork. Ou seja, cerca de 80% dos sujeitos apresentam risco de suicídio e 33% apresentam mesmo risco de suicídio importante (grau 4) ou extremamente importante (grau 5). Quer dizer, a nossa amostra de toxicodependentes, em recuperação, infectados com o VIH/SIDA apresenta uma elevada tendência para o suicídio. Diante desta evidência a primeira questão que nos vem à cabeça é a seguinte: qual foi das patologias a que mais contribuiu para esta elevada percentagem? A toxicodependência? O VIH? A mistura das duas?

Mais que não fosse, por tudo o que temos vindo a dissertar relativamente à toxicodependência, poder-se-ia pensar que esta patologia só por si justificaria tais resultados. Fomos demonstrando, repetidamente ao longo deste trabalho, a estreita relação entre a toxicodependência, depressão e suicídio. Aliás, para vários autores o toxicodependente não passa de um potencial suicida, não havendo distinção entre um e outro. Para J. Stork (1975), o autor da escala de suicídio, entre os comportamentos atrás dos quais se podem esconder um estado depressivo, com risco de passagem ao acto suicidário, a toxicodependência está obviamente incluída.

I. Rossow e G. Lauritzen (1999) demonstraram a forte relação existente entre as tentativas de suicídio e as *overdoses*, numa amostra de toxicodependentes. Os autores reconhecem que muitas *overdoses* decorrem de uma propositada tentativa de suicídio. Ambos os comportamentos de ameaça à vida registam-se em sujeitos que, também, assumem riscos na área do VIH (troca de seringas e relações sexuais desprotegidas com seropositivos). A conclusão que resulta do estudo é que existirão causas comuns subjacentes às tentativas de pôr fim à vida (suicídio e *overdose*) entre os consumidores de drogas, verificando-se, igualmente, que estes comportamentos tendem a repetir-se.

M. Duvivier (referida por Matos, 1991b) acha que o suicídio não é mais que a meta final a que vão chegando todos aqueles que tiveram ao longo da vida comportamentos da natureza suicidária. Claro está que, para a autora, as toxicomanias encontram-se entre os equivalentes suicidários.

Estas noções enquadram-se na amostra do nosso estudo, onde se verificou que cerca de 47% dos sujeitos tiveram mais de uma *overdose* e 20% referem três ou mais *overdoses*. Tal como a concebemos, a *overdose* é uma notável equivalente do suicídio.

Quanto à toxicodependência e suicídio estamos conversados. E será que o VIH é um factor relevante na tendência para o suicídio?

Da revisão da literatura anteriormente realizada, verificamos que o VIH, sobretudo as suas limitações decorrentes da progressão da doença, poderá ser um factor de risco para a ideação e tentativa de suicídio. Contudo, as tentativas de suicídio registam-se igualmente noutras doenças igualmente graves, como por exemplo o cancro. O que poderá fazer a diferença entre os sujeitos, infectados pelo VIH, que realizam ou não as tentativas de suicídio poderá ser a sua história de vida cujo passado foi marcado por acontecimentos negativos. Assim, ter-se-á constituído uma personalidade mórbida que terá menos defesas para lutar contra a depressão actual, decorrente da infecção pelo VIH.

Desta perspectiva e retomando a pergunta a que nos propusemos responder – se o VIH é um factor de risco para o suicídio nos sujeitos da nossa amostra – estamos agora em condições de afirmar que sim. Na verdade, e face a um percurso de vida marcado por um enorme equivalente suicidário (toxicodependência), estes sujeitos

encontram-se, indubitavelmente, menos preparados para lidar com o surgimento, e consequências, de uma tão ameaçadora doença. Em caso de agravamento da sua depressão, e não acompanhados por técnicos de saúde mental, o risco de suicídio poderá ser enorme. Risco de suicídio que não implica, necessariamente, a procura directa da morte através de um enforcamento ou de uma defenestração, mas que se transmuda em equivalentes suicidários como infectar-se com outras doenças sexualmente transmissíveis, ter comportamentos sexuais de risco (ter relações sexuais desprotegidas com alguém que sabem que é seropositivo), consumos de drogas (cocaína, álcool ou heroína), ou até mesmo o abandono do programa de manutenção opiácea. A este propósito refira-se que 33% dos sujeitos da amostra abandonaram uma ou duas vezes o programa. Ou seja, voltaram a um estilo de vida altamente autodestrutivo: o consumo de drogas. Posteriormente, retomaram o programa.

Não é portanto de estranhar que, a partir da escala de Stork, se revele uma tão grande percentagem de sujeitos com um elevado índice de suicídio. Tal se deve a poderosa junção das duas patologias: toxicod dependência e VIH. A primeira predispõe para as tentativas de suicídio, a segunda agrava a predisposição. Glosando esta situação, certamente os psicólogos da corrente gestaltista diriam que, na reunião destas duas patologias, o todo é maior que a soma das partes!

Mas esta hipótese visava, antes de mais, discernir se os comportamentos de risco seriam proporcionais ao índice de risco de suicídio no sujeito. Quer dizer, quanto mais elevado fosse este índice maiores seriam os comportamentos de risco. O facto de esta hipótese ser rejeitada significa, muito provavelmente, que a nossa pressuposição foi incorrecta. Por exemplo, a média de comportamentos de risco em sujeitos no último grau da escala de Stork (5º grau - risco de suicídio extremamente importante) é de 28,75 pontos, sendo este valor inferior, por exemplo, ao 3º grau da escala (fraco risco de suicídio) onde a média do comportamento de risco é de 30 pontos. Ou seja, contrariamente ao que se esperaria, parece não existir nenhuma relação entre os diferentes graus (ou índices) de suicídio e os comportamentos de risco no sujeito.

Outro achado que nos deixou, inicialmente, ainda mais admirados relaciona-se com os sujeitos cujo índice na escala de suicídio é normal (ausência de risco de suicídio). Com a **hipótese cinco** procuraríamos comprovar que os sujeitos sem risco de suicídio, não apresentariam comportamentos de risco, mas tal não se verificou.

Muito embora os sujeitos cujo estado é normal na escala de Stork (grau 1) seja apenas de 20% (6 sujeitos), podendo levantar alguns problemas de representatividade dos resultados, estes apresentam uma média de comportamentos de risco de 38,67 pontos, contra uma média total dos sujeitos com risco "anormal" de suicídio (que inclui os graus, 2,3,4 e 5) de 32,79 pontos. Isto é, os sujeitos sem risco de suicídio ainda conseguem apresentar um ligeiro aumento nos seus comportamentos de risco, quando comparados com aqueles que exibem risco de suicídio.

Os sujeitos não estão deprimidos, nem revelam tendências de suicídio, mas manifestam uma conduta de risco que continua a pôr em perigo a sua vida e a vida dos outros. Porque razão tal acontecerá?

Pensamos que há bons motivos para que tal aconteça. Desde logo, pensemos na escala de suicídio. Segundo J. Stork (1977), o perfil da personalidade depressiva suicidária, que ele se propôs avaliar a partir da sua escala, compõe-se de características gerais do estado depressivo, cujo humor negativo é o fenómeno específico. Destaca-se no sujeito suicidário a sua tristeza, a sua melancolia, o seu abatimento, o fechar-se sobre si próprio. Ele encontra-se descontente com a sua pessoa e com a vida em geral. Frequentemente, não experimenta nenhum interesse por nada, sente-se inútil, aborrece-se, é açoitado por pensamentos parasitários e por questões sobre o sentido da vida.

Por outro lado, o instrumento construído por J. Stork (1977) avalia áreas muito sensíveis da vida emocional (e.g., perda de objecto, angústia, agressividade, culpabilidade) e exige alguma disponibilidade psíquica ao sujeito que a ele é submetido. Ora face as características da personalidade depressiva suicidária, acima enunciadas pelo próprio autor, e confrontado no questionário com aspectos tão íntimos e, porventura, tão penosos, pode acontecer que o sujeito se sinta tão esmagado ou envergonhado pela depressão que o acomete que as respostas que dê sejam defensivas e não correspondam aos factos e sentimentos mais autênticos. Consequentemente, os resultados serão desvirtuados. Deste modo, ele revela uma forma de evitar lidar com a sua insuportável depressão, mas também apresenta uma propositada imagem de maior estabilidade emocional face ao entrevistador. Se ele não aceita a sua própria mágoa, há a fantasia de que o psicólogo também não a possa aceitar, correndo o risco de ser rejeitado. Estamos no reino da negação da depressão.

Para Bion, citado por Joan e Neville Symington (1999), “o que determina de forma decisiva o crescimento mental é a opção que o indivíduo faz em favor de evitar ou de tolerar a frustração” (p. 26).

Da mesma forma, acreditamos que os sujeitos que apresentam comportamentos de risco para a sua saúde e para a saúde dos outros e que apresentam um índice de suicídio normal, não deixam de se encontrar intimamente deprimidos. Simplesmente utilizam mecanismos psíquicos que visam preferencialmente evitar a depressão e a externalização dos conflitos, de maneira a não descompensarem emocionalmente ainda mais. A sua estrutura psíquica é tão vulnerável que a sua descompensação seria uma tragédia.

Estes mecanismos, tal como a clivagem, a identificação projectiva, as defesas maníacas, são agidos nos comportamentos de risco, e têm uma função “auto-terapêutica” para o sujeito (Jeammet, 1994), que apesar de o precipitarem numa alienação crescente protegem-no de um risco mortal ou de uma descompensação psicótica (McDougall, 1985; Sorel, 1981). Para Meltzer (1977), a qualidade emocional dos estados psico-sexuais perversos sádicos é sobretudo maníaca. É a aniquilação triunfante da angústia depressiva e mesmo da angústia persecutória. É o triunfo do Eros sobre a morte (McDougall, 1985).

Para nós, esta é uma questão angular da nossa investigação. Reconhecer que sujeitos infectados pelo VIH, com gravíssimos comportamentos de risco, podem-se “apresentar” com índices de depressão e tendência para o suicídio normais. Não fosse a passagem do Questionário de Comportamentos de Risco, correríamos nós o “risco” de não aferirmos esta realidade. Os que passam despercebidos no Escala de Risco Suicidário de J. Stork são aqueles que poderão estar tanto, ou até mais, em sofrimento quanto os que atingem valores elevados neste escala. Há que estar atento a esta realidade e, do ponto de vista psicoterapêutico, intervir adequadamente.

Por fim, quisemos saber se os sujeitos com risco suicidário interrompiam mais as consultas no hospital e se interromperiam mais a medicação antiretroviral (os que a fazem), comparativamente com os sujeitos sem risco suicidário. Para isso, dividimos esta **sexta hipótese** em duas partes.

No que toca à interrupção das consultas, o primeiro dado significativo a reter é que dos 29 sujeitos desta amostra (1 ainda não foi ao hospital) 21 deles interromperam as consultas, ou seja, 72,4%.

O doente que não foi ao hospital ainda não se sente preparado para enfrentar os médicos e pensa que vai ficar realmente doente quando eles o examinarem “Eu sinto-me bem e eles vão-me pôr mal”. Já aqui falámos dos mecanismos de negação da realidade interna e externa, e da opção pelo evitamento da frustração.

Retomando a elevada taxa dos sujeitos que já interromperam as consultas no hospital, afigura-se-nos como oportuno referir um estudo levado a cabo por O'Brien e McLellan, citados por Boucher e Veilleux, (2002), em que demonstraram que as taxas de adesão e os resultados dos tratamentos para pessoas com problemas de adicção eram iguais, senão mesmo melhores, quando comparados com outras doenças crónicas. Assim, a taxa de adesão para os sujeitos dependentes da nicotina, da cocaína, de opiáceos e de álcool, cifrava-se entre 30% e 60%, enquanto que aquela se situava entre os 30% e 50% para os sujeitos atingidos pela diabetes, hipertensão e asma. Os autores referem também que para condições iguais (estatuto sócio-económico, comorbilidade psiquiátrica e ausência de suporte familiar) as características associadas ao paciente que não adere à medicação são idênticas. Embora os autores não refiram que características sejam estas, podemos supor que uma das características que terão em comum estes doentes é a dificuldade em lidar com as suas angústias depressivas, as quais reflectem-se no seu desapego à medicação e, por conseguinte, no seu desapego à vida.

Este estudo enquadra-se numa perspectiva favorável para os toxicodependentes (sejam de opiáceos ou outros). Afinal não são só os toxicómanos que falham os tratamentos. Na verdade, nunca foi nossa intenção circunscrever os comportamentos de risco aos toxicodependentes, em tratamento, seropositivos. Simplesmente são estes que compõem a nossa amostra; mas estamos cientes que as negligências terapêuticas são correntes noutros doentes e noutras doenças crónicas, como aliás outros estudos o demonstram (Giovannini et al., citados por Teixeira, 1993).

Em todo o caso, serve o anterior estudo para reflectirmos sobre uma realidade que se relaciona especificamente com o VIH, sobretudo se o infectado tiver, ou tenha tido, um percurso nas toxicodependências. O que difere, negativamente, os

seropositivos dos doentes diabéticos, dos asmáticos, dos hipertensos ou até mesmo dos doentes com cancro é a estigmatização que sobre eles recai. Continua a existir nos nossos centros de saúde e hospitais, por parte de alguns médicos, e não só, a ideia que os drogados “sidosos” são todos recalcitrantes, ignorantes, de mau carácter e que o investimento no seu tratamento só serve para perder tempo e dinheiro. Há quem diga que a SIDA é a “natural recompensa” para quem optou por seguir trilhos tão licenciosos.

Atentemos ao que dizem P. Boucher e P. Veilleu (2002):

Um profissional do meio médico que demonstre uma atitude moralizadora e condenatória a propósito do consumo de estupefacientes do seu paciente - antes de se concentrar sobre um plano de tratamento mais de acordo com o modo de vida deste último - só poderá instigar um amargo desencorajamento no paciente, levando eventualmente a um insucesso terapêutico, e demonstrando, ainda, o poder do efeito da profecia que se auto-realiza (p.240).

Se é certo que o toxicodependente já por si não é muito atraído pelo sistema de saúde, não resulta esta falta de atracção, igualmente, do sentimento de rejeição a que ele é votado quando o procura ?

Com isto não queremos inverter o sentido da nossa reflexão. Estamos inclinados a aceitar que os principais motivos, responsáveis pela interrupção da consulta no hospital em 72,4% dos sujeitos, devem ser procurados, designadamente, na sua falta de motivação e receio em viver. Mas entendemos que equacionar a realidade hospitalar e, particularmente, a relação médico/doente toxicómano seropositivo só vêm enriquecer e complementar a nossa reflexão. Que peso tem esta relação, tão privilegiada, na adesão do doente às consultas e à medicação? Não o sabemos, mas seguramente terá algum.

Feito este reparo, resta-nos acrescentar que esta hipótese que pretendia correlacionar positivamente o índice de suicídio com a interrupção das consultas hospitalares foi rejeitada. Dos 21 sujeitos que interromperam a consulta, 23.8% têm risco suicidário normal, 14.3% risco suicidário intermédio, 23.8% têm risco suicidário fraco, 23.8% têm risco suicidário importante e 14.3% risco suicidário muito importante. Isto é, não há qualquer relação entre os graus da escala de Stork e a interrupção das consultas. Não obstante, assinalamos que dos 100% dos sujeitos que interromperam a

consulta apenas 23,8% pertencem ao risco "normal" enquanto 76,2% fazem parte dos sujeitos com risco "anormal", ou seja, com comportamentos de risco.

Outra ângulo de análise dos mesmos dados, mostra que 7 sujeitos - dos 23 com risco de suicídio - nunca interromperam a consulta no hospital. Por sua vez, 5 sujeitos (dos 6) sem risco de suicídio, faltaram ou interromperam as consultas. Para explicar estes resultados podemos-nos apoiar na reflexão, que temos vindo a fazer ao longo desta discussão, sobre a independência que existe entre os graus do risco de suicídio e os comportamentos de risco que, mais uma vez, nesta hipótese foi verificada.

Ainda assim, aventamos a hipótese de que outras variáveis possam ter interferido nos resultados obtidos: a relação médico/doente, o conhecimento da doença por parte da família, dos amigos e conhecidos, o apoio familiar, o estatuto sócio-económico e actividade laboral. Sabemos o quanto é "perigoso" revelar a um patrão que se é seropositivo, donde a esmagadora maioria dos doentes não o revela. Quando assim é, torna-se difícil arranjar justificações para faltar ao trabalho.

Em todo o caso, como não isolámos as anteriores variáveis, não sabemos se elas contribuíram, de alguma maneira, para a interrupção das consultas no hospital.

Finalmente, quisemos saber com a segunda parte desta sexta hipótese, se o índice de suicídio contribuía para a interrupção da medicação antiretroviral. Mais uma vez esta hipótese foi rejeitada. Dos 14 sujeitos que interromperam a medicação, 7.1% têm risco suicidário normal, 28.6% risco suicidário intermédio, 21.4% têm risco suicidário fraco, 21.4% têm risco suicidário importante e 21.4% risco suicidário muito importante. Estatisticamente não há diferenças significativas entre os diferentes graus de suicídio.

Entretanto, refira-se que dos 21 sujeitos que fazem ou fizeram medicação antiretroviral 14 destes já interromperam a medicação. Dito de outro modo, dos que fazem ou fizeram medicação para o VIH, 67% já interromperam, o que aponta para uma pobre adesão à medicação. Diante deste enorme percentagem apraz-nos tecer alguns breves comentários.

Primeiramente, estes resultados vão no sentido global da nossa tese. Numa amostra maioritariamente constituída por sujeitos com elevados índices de suicídio sugerimos que a interrupção da medicação é um relevante comportamento de risco.

A adesão à medicação antiretroviral é um dos principais problemas que se coloca actualmente aos hospitais no tratamento dos seropositivos. Com efeito, algumas omissões, mesmo poucas que sejam, estão correlacionadas com um aumento substancial da carga viral. É um insucesso terapêutico com riscos evidentes do doente desenvolver uma eventual resistência, podendo assim contribuir para o surgimento e transmissão de uma estirpe viral mais resistente.

Mas o que é que se entende por "pobre adesão" à medicação? A literatura refere que o ponto de cesura utilizado para distinguir os pacientes aderentes e não-aderentes se situa a 80% (rácio de dose consumida/dose prescrita). Todavia, este mesmo ponto de cesura não se poderá aplicar ao tratamento antiretroviral pelo facto de que a supressão da replicação viral não será necessariamente assegurada por um tal rácio (Boucher & Veilleux, 2002). Com efeito, o estudo de Stephenson, referido por Boucher e Veilleux, (2002), refere que após três meses de terapia, este objectivo (a supressão da replicação viral) é atingido por 81% dos pacientes cuja adesão à medicação se cifra a 95%, baixando para 64% para os pacientes aderentes de 90% a 95%, 50% para aqueles cuja adesão se situa entre 80% e 90%, 25% entre 70% e 80% de adesão e, enfim, apenas 6% para os pacientes aderentes a menos de 70%. Ou seja, o *nível desejado de adesão normal* roça a perfeição, estabelecendo-se entre os 90% a 100%. Em certos períodos que se encontra a fazer outros tratamentos profiláticos, o doente seropositivo tem que tomar por dia inúmeros comprimidos (por vezes, mais de 20) em estritas condições de horário, de frequência e de alimentação. A isto tudo acrescenta-se, não raras vezes, os terríveis efeitos secundários das medicações: diarreia, vómitos, insónias e mal-estar geral.

Se nos lembrarmos das características de muitos dos nossos doentes - com dificuldades de gestão do tempo, com pouco apoio familiar, com consumos pontuais de drogas, com baixo estatuto sócio-económico, com fortes perturbações emocionais, com uma alimentação desregrada, resumindo, com um estilo de vida completamente desorganizado - a tarefa que acima lhes é pedida parece quase impossível. De facto, não é nada fácil a um toxicodependente, em recuperação, registar grandes níveis de adesão à medicação antiretroviral. Alguns conseguem-no devido a características

favoráveis da sua personalidade ou apoiados pelo forte investimento da família ou da companheira.

Compreende-se agora melhor o porquê de 67% dos sujeitos, já terem interrompido, pelo menos uma vez, esta medicação. Ante esta evidência, cremos ser importante promover estratégias de adesão à medicação nestes doentes. Já neste trabalho foram referidas as inúmeras vantagens dos centros de terapêutica combinada e da utopia que é pô-los em prática no nosso país.

Nesta secção, e para além das hipóteses, impõe-se também discutir alguns elementos relativos à caracterização da amostra. Estes dados foram recolhidos a partir da primeira e da segunda parte do Questionário de Comportamentos de Riscos. Obviamente que estes dados não esgotam o conjunto de questões que compõem estas duas partes do questionário que são, fundamentalmente, dedicadas à caracterização psicossocial dos sujeitos da nossa amostra. No entanto, tendo em conta a especificidade deste nosso trabalho, não seria sensato - dada a grande amplitude de informação apurada pelo questionário - trabalhar a globalidade dos dados recolhidos. Portanto, apenas avaliaremos aqueles dados que foram processados estatisticamente e que consideramos de maior pertinência para os objectivos desta tese.

No que concerne à idade, a larga maioria dos sujeitos (26) situa-se na faixa de idades entre os 27 e os 38 anos. Acima dos 41 anos os restantes 4 sujeitos. A média de idades é de 34 anos.

Se nos lembrarmos que o vírus da SIDA surgiu em 1981, mas que, supõe-se, apenas a partir de meados dos anos 90, em Portugal, ocorreu a sua grande difusão entre os toxicodependentes, constata-se que a larga maioria dos sujeitos da amostra teria na altura a idade compreendida, aproximadamente, entre os 17 e os 30 anos; ou seja, a idade em que o período de consumos de droga será mais intenso. Geralmente, só após vários anos de consumo é que os toxicómanos reconhecem que já não são eles a controlar a droga, mas que são eles que estão completamente escravizados por aquela, donde só no final deste percurso tortuoso surge o pedido de ajuda para parar os consumos¹. Aliando este facto ao período de maior difusão do vírus no nosso país, as idades dos sujeitos que compõem a amostra são expectáveis.

¹ Nesta como noutras questões, veja-se os Relatórios de Actividades do SPTT de 1998, 1999 e 2000.

No que se refere à escolaridade, somente 76,7% dos sujeitos apresentam o 7º ano de escolaridade completa. Também aqui não há novidades. Sabe-se que entre a população toxicodependente os níveis de escolaridade são muito baixos. Pensamos que a exclusão escolar é o primeiro passo para a exclusão social, sendo um dos primeiros factores de risco (CENCD, 1998) que pode levar o jovem a entrar na toxicodependência. Se com 13 ou 14 anos o adolescente sai da escola para onde é que vai? O que vai fazer? Há toda uma discussão por fazer, na nossa sociedade, sobre as estratégias e metodologias a desenvolver para reter mais jovens nas escolas públicas e o impacto extremamente negativo no futuro dos alunos que são “convidados” a abandonar o ensino “convencional”...

Poderíamos ainda aventar a possibilidade de que esta baixa escolaridade dificultaria o acesso à informação e compreensão sobre os modos de transmissão do VIH. Mas precisamente a nossa primeira hipótese (já anteriormente dissecada) mostrou que não há diferenças, ao nível dos comportamentos de risco, entre os sujeitos que têm informação e aqueles que a desconhecem.

Quanto à situação laboral, 63,3% dos sujeitos estão desempregados e apenas 26,7% afirmaram ter uma actividade laboral regular. Se é um facto que a infecção pelo VIH limita a saúde, não deixa de ser menos verdade que para os seropositivos o acesso ao mercado de trabalho encontra-se mais dificultado e muitos queixam-se que não podem concorrer a determinados empregos. “O Código do Trabalho deverá proibir a realização de testes para detecção do VIH, como requisito para aceder ou para manter um posto de trabalho” (p.15), recomenda um documento² da Comissão Nacional de Luta contra a Sida (CNLCS). Lamentavelmente, as recomendações neste país não são acatadas pelas entidades empregadores e o estigma a que é votado seropositivo impede-o de concorrer com os demais cidadãos, em igualdade de circunstâncias, a um trabalho. Temos até conhecimento, através de utentes que acompanhamos de perto, que determinados Centros de Formação Profissional exigem análises ao VIH para inscrição nos cursos de formação profissional. Sendo esta situação ilícita, e sabendo que os centros de formação são estatais, há uma certa ironia no meio disto tudo. Até aqui temo-nos referido aos seropositivos assintomáticos, agora imagine-se se o doente tem que ir ao hospital fazer tratamentos ou a consultas

² O documento a que fazemos alusão intitula-se “Ser positivo no combate ao estigma e à discriminação” e é um documento síntese apresentado pela CNLCS à assembleia da república em 2002. O documento está pejado de recomendações transversais e sectoriais para as diferentes áreas sociais com que se confronta o doente seropositivo (trabalho, educação, saúde e seguros). Resta saber se tantas e tão boas intenções ecoam nos destinatários e se o Estado está capacitado em fazer cumprir as recomendações.

regulares; nestes casos o cenário piora. Ser doente seropositivo, neste país, é um grande passo para o desemprego.

Outro aspecto apurado na nossa amostra foi o de saber quem são as pessoas que habitam com o sujeito. Cerca de 57% dos sujeitos habitam com os pais. Estamos a falar de pessoas cuja média de idades ronda os 34 anos. A nossa explicação para isto divide-se em duas vertentes. A primeira, e apanhando o balanço da reflexão anterior sobre a ocupação laboral, prende-se com os recursos económicos. Se estes sujeitos não trabalham e não ganham dinheiro como podem ter uma habitação própria ou alugar uma casa sozinhos ou com a companheira? Quanto à segunda vertente da nossa explicação, diremos que um dos traços mais marcantes da toxicodependência é a apertada dependência relativamente aos progenitores, comprometendo, inevitavelmente, a autonomia global do sujeito. Viver com os pais, ainda que numa idade avançada, enquadra-se neste tipo de personalidade e neste tipo de patologia.

Quanto ao ano do diagnóstico da infecção, a maioria dos sujeitos (56,7%) tomou conhecimento da doença entre 1998 e 2001. A partir de 1998 houve uma expansão dos serviços de tratamento da toxicodependência, o que fez com que um maior número de utentes fosse atendido, logo, aumentando as possibilidades de detecção do VIH. Os serviços de saúde passaram, de igual modo, a estar mais sensibilizados para esta problemática nos finais dos anos 90. Como a data do diagnóstico raramente é coincidente com a data da infecção do doente, porque só depois de vários anos de consumos é que o pedido de ajuda chega, admitimos que o referido período corresponda à ressaca de uma época (princípios dos anos 90) onde houve uma grande difusão do vírus entre os consumidores de droga por via endovenosa.

A maioria dos sujeitos da amostra (73 %) tomou conhecimento do diagnóstico através de exames realizados nos hospitais ou nos centros de saúde. Muitos resultaram de exames de rotina, outros para estudo de uma qualquer infecção ou doença, ou após uma situação de emergência médica (e.g., *overdose*). Os restantes sujeitos (27%) souberam do VIH aquando das análises realizadas no CAT, na sequência de um projecto psicoterapêutico para tratamento do consumo de drogas. Alguns dos doentes referem-se à “brutalidade” com que receberam o diagnóstico, destacando a falta condições e de preparação dos técnicos de saúde para transmitir este tipo de informação. Nestas circunstâncias o trauma é ainda maior.

Quando se perguntou a quem é que os sujeitos dizem que são seropositivos, metade responderam que só aos familiares próximos, mais propriamente aos pais; 36,7% partilham com familiares e amigos próximos (11 sujeitos); 2 deles não dizem a ninguém e 2 dizem a toda a gente. Consideramos que a grande estigmatização social a que é consagrada esta doença, ainda nos dias de hoje, é a responsável pelos sentimentos de vergonha do doente seropositivo. Dizia-nos um utente que “até gostaria de partilhar (o conhecimento da doença) com o meu irmão, mas a minha cunhada é que não iria compreender e seria depois muito complicado ir lá a casa e brincar com os meus sobrinhos”. O preconceito está também muito ligado à desinformação. A não partilha do diagnóstico prende-se com receios de não ser compreendido, ser rejeitado ou abandonado pelos outros. É uma estratégia de adaptação à realidade, porque em determinados sectores da sociedade, de facto, continua a existir muitos anticorpos relativamente ao VIH. Não dizer a ninguém, mesmo aos elementos de maior proximidade afectiva, é uma atitude que já nos parece enquadrar-se mais num mecanismo de negação da realidade. Não permitindo-se evocar a doença, o sujeito “esquece” que tem que ir ao médico ou recusa os tratamentos, perigando a sua vida e a dos outros.

O ano da entrada nos programas de substituição foi, igualmente, apurado pelo Questionário de Comportamentos de Riscos. Verificou-se que 60% dos sujeitos da amostra entrou em 2001/2002, o que coincide com a época de maior incremento destes programas no tratamento da toxicodependência.

Para além disso, o nosso interesse voltava-se para o tempo que decorreu entre o diagnóstico do VIH e a entrada no programa de manutenção opiácea. E aquilo que se verificou foi que havia uma média de quase 4 anos entre o tempo que decorre entre o conhecimento da infecção e o ingresso num dos programas de manutenção. Dito de outro modo, a esmagadora maioria dos sujeitos sabendo-se infectados continuam a consumir drogas, injectáveis, havendo a elevada probabilidade de dar o seu material de injeção (infectado) ou partilhar águas de lavagem de material com outros toxicómanos, mantendo relações sexuais, nem sempre, protegidas. Aliás a nossa segunda hipótese demonstrou que a propensão para a autodestruição geralmente aumenta quando o toxicómano sabe que está infectado, servindo-se da droga para negar esta realidade e adiando, sucessivamente, o tratamento da toxicodependência e do VIH. Hoje sabemos que não é só a sua destruição, mas também a destruição dos outros, e quanto mais tempo passar maior perigo representa para a saúde pública os consumos do toxicómano infectado. Na amostra temos um indivíduo que só entrou

para o programa após 14 anos de conhecimento da infecção! Contudo, há 20% dos utentes que só tomaram conhecimento quando tiveram consultas no CAT, o que nos permitiu, de imediato, accionar todos os meios para acompanhar o doente. Há quanto estariam infectados não o sabemos.

É importante que se diga que os toxicómanos que não sabem que estão infectados também poderão se re-infectar ou infectar outras pessoas, porquanto continuam a trocar materiais de injeção de droga; isto é, tornam-se do mesmo modo um perigo para a saúde pública.

Salvaguardada que está esta questão, ocorre-nos acrescentar que não basta o seropositivo ter conhecimento de que o é, para se motivar a procurar ajuda para tratar-se. Ao conhecimento cognitivo corresponderá um “desconhecimento” afectivo, suficientemente impeditivo para que o doente se queira tratar logo assim que toma conhecimento da infecção pelo VIH e, como temos visto, a droga desempenha um papel relevante neste processo.

Embora não o saibamos se foi antes ou depois do conhecimento do VIH, a verdade é que mais de metade dos sujeitos da amostra já tiveram, pelo menos, uma *overdose*, havendo mesmo 20% deles que tiveram entre 3 e 5 *overdoses*. Estes números reforçam o carácter autodestrutivo da personalidade do toxicómano, cuja sobredosagem de droga assume-se como um equivalente de suicídio. As repetidas *overdoses* aumentam a probabilidade da morte do consumidor de drogas.

Da mesma forma entendemos que, já depois de entrar para o programa de manutenção opiácea, a interrupção das consultas e da medicação antiretroviral revelam-se comportamentos de risco bastante significativos para o doente seropositivo. Concebemos mesmo esta interrupções como um equivalente suicidário, vincando na sua personalidade os traços autodestrutivos. Na nossa amostra 72,4% dos doentes interromperam a consulta e daqueles que fazem, ou fizeram, medicação 66,7% já interromperam os antiretrovirais. Estes comportamentos, e estes números, corroboram a propensão para o suicídio encontrada na larga maioria dos sujeitos que compõem o nosso estudo.

Neste sentido vão os abandonos do programa de manutenção opiácea, em que 33,3% dos doentes já o abandonaram, pelo menos uma vez, retomando os consumos de droga e os maus tratos infligidos a eles próprios. Posteriormente, voltaram a

reintegrar o programa e restabeleceram o contacto com o terapeuta. Porventura, com menos receio.

CAPÍTULO 7
CONCLUSÕES

Do muito que se tem dissertado e depreendido ao longo deste trabalho as conclusões que dele se retiram, chegados a esta etapa final, serão necessariamente breves. Quase telegráficas. Onde os sinais emitidos, resumidos ao indispensável, não deixarão de transmitir o principal da mensagem. Sejamos, por isso, lacónicos mas perceptíveis.

I

Todos os sujeitos da amostra apresentam comportamentos de riscos, em maior ou menor grau, pondo em perigo a sua saúde e a saúde das pessoas que com eles se relacionam sexualmente ou que partilham drogas injectáveis. O Questionário de Comportamentos de Risco revelou-se um bom instrumento, muito sensível na detecção de condutas de risco dos sujeitos em diferentes momentos do passado e na actualidade.

II

As pontuações obtidas na Escala de Risco Suicidário de J. Stork por 4/5 dos sujeitos estudados, apontam para um qualquer índice de suicídio presente em todos eles. Deste modo, verifica-se que existe uma estreita relação entre comportamentos de risco e tendência para o suicídio.

III

Mas será esta escala de suicídio um bom instrumento para avaliar os riscos em que os sujeitos incorrem? - Sim, porque os sujeitos mais deprimidos e com tendência para o suicídio apresentam comportamentos de risco; - Nem sempre, porque o sujeito pode reincidir em graves riscos e denotar um índice de suicídio normal (grau1) na escala. Isto é, parece não existir, estatisticamente, qualquer relação entre os diferentes índices de suicídio apurados pela escala e a gravidade dos comportamentos de risco.

IV

Ainda que a relação entre tendência para o suicídio e condutas de risco não se tenha verificado em apenas 1/5 dos sujeitos estudados, este aspecto é merecedor da mais cuidada atenção e reflexão. Estes últimos sujeitos, também em risco, parecem impedidos de se deprimir. Fogem à frente da depressão recorrendo ao expediente dos mecanismos de defesa esquizóides e maníacos: identificação projectiva patológica, controlo, triunfo e desprezo. A negação da realidade interior e exterior, empurra-os para situações onde os aspectos destrutivos são apanágio. Destruição deles próprios e, não raras vezes, dos outros.

V

Neles há uma espécie de atracção pelo vazio. Esse vazio de que também falará, podemos supor, Georges Bataille (1988) na sua *História de Ratos*: “Também o vazio me atrai, de outro modo eu não sentiria vertigem – mas se cair morro, e que posso fazer de um vazio senão cair nele? Pudessem eu sobreviver à queda e verificaria a inaniidade do desejo – como mil vezes fiz durante a « pequena morte »¹ (p.50). A injeção no toxicodependente reveste-se de um carácter erótico, onde o *flash* provocado pela droga se assemelha a um orgasmo. Esta repetida tentativa orgástica ocorre em sujeitos onde predomina uma sexualidade medíocre, uma libido inibida, uma homossexualidade latente, resultando em dificuldades significativas no modo de fantasiar, com naturalidade, o outro e o erotismo. “É certo, a «pequena morte» esgota instantaneamente o desejo (suprime-o) e leva-nos ao estado do homem à beira de uma ravina, tranquilo, insensível à feitiçaria do vazio” (p.50). A atracção pela ravina, tão fortemente evidenciada nas *overdoses*, é uma busca desesperada pelo manutenção de um auto-erotismo, sempre cada vez mais fugidio. A morte enlaça-se na inaniidade deste desejo de prazer, mil vezes...

VI

Mas e o Outro? Onde está ele, nesta “história de ratos” que vivem, aparentemente, em solidão? O outro é agora um novo, um neo-objecto, e anuncia-se

¹ Expressão que Bataille utiliza, na sua obra literária, para designar o orgasmo.

como o elemento transformador, prometendo sinais de vida. O neo-objecto, disfarçado com as suas várias máscaras, oculta o efémero e a mentira. O outro é a própria droga, é a compulsividade sexual que se encarregou de substituir o outro pelo acto em si, é a imperiosa necessidade de correr riscos, e fazer outros correrem, para tactear os limites dos sujeito. O outro é também o Destino. A omnipresente expectativa da aprovação de uma incerta existência. De novo Bataille: “ (...) a expectativa arranca-me ao conhecido porque o momento está perdido para sempre; sob a capa do já visto, ardorosamente, procuro o além: o desconhecido” (p. 52).

VII

Alguma coisa foi perdida no passado. Para sempre? O sujeito procura vezes sem conta o outro e não (se) encontra.

VIII

É portanto necessário estabelecer uma outra e nova relação que não seja como todas as outras - transitórias. O terapeuta deve criar as condições para que o sujeito se liberte do fascínio que exerce a “feitiçaria do vazio”. Para tal importa (re)criar um espaço onde, desta feita, estejam presentes os fenómenos de transição. Destes resultarão os processos criativos, as elaborações simbólicas das estimulações pulsionais e do mundo exterior, e a internalização simbólica dos objectos externos (Casimiro, 1986). Um espaço onde ocorrem transformações de verdade, dispensando os préstimos dos neo-objectos.

IX

Os técnicos de saúde mental, os psicólogos nas diversas instituições, são elementos essenciais no fomentar de relações de confiança com estes doentes, tantas vezes abatidos e plenos de sentimentos de solidão. Os comportamentos de risco são maiores quando se sentem pouco compreendidos, pouco contidos.

Portugal é o país da Europa Ocidental com mais casos notificados de doentes seropositivos. As taxas de tuberculose, hepatites b e c são igualmente alarmantes. E apesar disto, verifica-se que não há preocupação para dotar as instituições com técnicos de saúde mental que possam fazer a prevenção destas doenças e trabalhar com os doentes na adesão às medicações. Não se pode ter a veleidade de falar em prevenção e tratamento do VIH/SIDA, ou de outras doenças, quando não há um real investimento nos técnicos e aos poucos que existem não lhes são reconhecidas dignas condições². A prevenção das doenças (mentais ou outras) entre as populações é feita com o profissionalismo de todos os agentes sociais: com os professores nas escolas, com os técnicos de saúde nos hospitais e nos centros de saúde, com a justiça que se impõe nas relações de trabalho. Como se pode fazer prevenção quando diariamente chegam aos centros de saúde jovens com problemas de comportamento, enviados pelas escolas, e não há técnicos para os atenderem? Quando os médicos de família procuram um apoio psicológico para mulheres e homens que estão deprimidos e não se vislumbra resposta? Para onde enviar estas pessoas? Quais são os recursos disponíveis e à disposição dos cidadãos? São poucos ou não existem. Um país que não investe nos seus técnicos é um país que fracassa, sem futuro. Mas é também um país que vota os seus cidadãos à pior das provações: o abandono.

² Sabe-se que, de Norte a Sul do país, os técnicos que trabalham nos CAD - centros criados para rastrear, voluntária e anonimamente, o VIH – têm contratos de tal forma precários que, regularmente, asseguram o funcionamento dos serviços não sendo remunerados. Trabalho voluntário, como voluntários são os utentes que a este serviço se dirigem. Como se assegura estabilidade e se motivam técnicos nestas condições?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2004). *Avaliação do risco suicidário em adolescentes candidatos à licença especial de condução de ciclomotores: estudo das diferenças masculino/feminino*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Associação Abraço (2002). Editorial: para quando um kit melhor? *Abraço*, 7(5), pp.1-2.
- Balier, C. (1985). Réflexion sur le devenir des pulsions agressives. *Revue Française de Psychanalyse*. 49(2), 623-645.
- Bataille, G. (1988). *História de ratos*. Lisboa: Hiena. (Tradução do original em Francês Histoire de rats. Paris: Éditions de Minuit, 1947).
- Bergeret, C. (1984). La personnalité du toxicomane. In J. Bergeret, & J. Leblanc (Eds.), *Précis des toxicomanes* (pp. 63-75). Paris: Masson.
- Bion, W. (1991a). Ataques ao elo de ligação. In E. B. Spillius (Ed.), *Melanie Klein hoje* (Vol.1, pp.95-109). Rio de Janeiro: Imago. (Tradução do original em Inglês Melanie Klein today. London: Routledge, 1988).
- Bion, W. (1991b). Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não psicótica. In E. B. Spillius (Ed.), *Melanie Klein hoje* (Vol.1, pp. 69-86). Rio de Janeiro: Imago. (Tradução do original em Inglês Melanie Klein today. London: Routledge, 1988).
- Bleichmar, N., & Bleichmar, C. (1991). *A psicanálise depois de Freud*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Tradução do original em Espanhol El psicoanálisis después de Freud. s.l.: Eleia Editores, 1989).
- Bollas, C. (1994). O objeto transformacional. In G. Kohon (Ed.), *A escola britânica de psicanálise: the middle group, a tradição independente* (pp. 63-75). Porto Alegre: Artes Médicas. (Tradução do original em Inglês The british school of psychoanalysis – the independent tradition. London: Free Association Books, s.d.).
- Bolognini, M., Laget, J., Plancherel, B., Stéphan, P., Corcos, M., & Halfon, O. (2001). Drug use and suicide attempts: the role of personality factors. *Substance Use & Misuse*, 37(3), 337-356.
- Boucher, P., & Veilleux, P. (2002). Utilisateurs de drogues par voies intraveineuses (UDI), personnes vivant avec le VIH-SIDA (PVVIH) et adhésion thérapeutique : revue critique de la littérature. *Psychologie Canadienne*, 43(4), 233-243.

- Brooner, R.K., Greenfield, L., Schmidt, C.W., & Bigelow, G.E. (1993). Antisocial Personality Disorder and HIV Infection Among Intravenous Drug Abusers. *American Journal of Psychiatry*, 150(1), 53-58.
- Caetano, M. (2001). Considerações sobre a prevenção da Sida em toxicodependentes. *Revista Viver*, 3, 30-31.
- Cartwright, D. & Cassidy, M. (2002). Working with HIV/AIDS sufferers: When good enough is not enough. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 149-166.
- Casimiro, M. (1986). Sobre as perversões. *Psicologia*, 5 (1), 33-38.
- CAT, a dificuldade de trabalhar com os utilizadores de drogas (Outubro, 2002). *ContraSida*, 22-23.
- Catalan, J., & Pugh, K.(1995). Suicidal behaviour and HIV infection - is there a link? *Aids Care*, 7(5), 117-121.
- Centre Européen pour la Surveillance du SIDA (2003). *Surveillance du VIH/SIDA en Europe : Rapport du 1º semestre 2003*. Consultado em 10 de Novembro de 2003 através de <http://www.eurohiv.org>
- Centro de Vigilância Epidemiológico das Doenças Transmissíveis (2004). *Infecção VIH/SIDA A situação em Portugal a 30 de Junho de 2004*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde.
- Charles-Nicolas, A. (1991). Toxicomanias e patologias do narcisismo. In J. Bergeret, & W. Reid (Eds.), *Narcisismo e estados-limite* (pp.163-183). Lisboa: Escher.
- Chawarski, M., Pakes, J., & Schottenfeld, R. (1998). Assessment of HIV risk. *Journal of Addictive Diseases*, 17(4), 49-59.
- Cláudio, V., Pereira, M.G., & Robalo, P. (1994). SIDA! A falsa prevenção que o amor tece. *Análise Psicológica*, 12, 211-226.
- Comissão Europeia (1999). *Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu relativa a um plano de acção da União Europeia em matéria de luta contra a droga (2000-2004)*. Consultado em 5 de Outubro de 2003 através de http://www.emcdda.eu.int/multimedia/actionplan/action_eu
- Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (2002). *Ser positivo no combate ao estigma e à discriminação*. Lisboa: Autor.

- Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga (1998). *Estratégia nacional de luta contra a droga*. Lisboa: Autor.
- Commission of the European Communities (2002). *Communication from the commission to the council and the european parliament on the mid-term evaluation of the EU action plan on drugs (2000-2004)*. Consultado em 18 de Outubro de 2003 através de http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/Communication_mid-term_evaluation
- Corcos, M. & Jeammet, P. (2000). Conduites de dépendance à l'adolescence. Aspects étiopathogéniques et cliniques. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37-216-G-30, 6 pp.
- Dias, C.A. (1988). *Para uma psicanálise da relação*. Porto: Edições Afrontamento.
- European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (2001). *Injecting drug use, risk behaviour and qualitative research in the time of Aids*. Lisboa: Autor.
- European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (2002a). *Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union*. Consultado em 29 de Dezembro de 2003 através de http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/strategies_report/national_strategies
- European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (2002b). *EU action plan on drugs (2000-2004)*. Consultado em 18 de Novembro de 2003 através de http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan
- Esteban J., Gimeno, C., Aragones, A., & Barril, J. (2003). Prevalence of infection by HIV and hepatitis C virus in a cohort of patients on methadone treatment. *Medicina Clínica*, 120(20), 765-767.
- Farate, C. (2001). *O acto do consumo e o gesto que consome*. Coimbra: Quarteto.
- Farrell, M., Neeleman, J., Griffiths, P. & Strang, J. (1996). Suicide and overdose among opiate addicts. *Addiction*, 91, 321-323.
- Fleming, M. (1995). *Família e toxicoddependência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Folkman, S., Chesney, M.A., Pollack, L., & Phillips, C. (1992). Stress, Coping, and High-Risk Sexual Behavior. *Health Psychology*, 11(4), 218-222.
- Gras, M. (1995). Parler à quelqu'un. «allô, sos Sida». In A. Ruffiot, & J. Martin (Eds.), *Les familles face au Sida* (pp.89-99). Paris : Dunod.

- Instituto de Droga e Toxicoddependência (2003). *Relatório Anual 2002-A situação no país em matéria de droga e toxicoddependência : vol 2-Actividades desenvolvidas em 2002*. Lisboa: Autor.
- Instituto Português de Droga e Toxicoddependência (2001). *30 objectivos na luta contra a droga e a toxicoddependência. Plano de acção nacional de luta contra a droga e a toxicoddependência – Horizonte 2004*. Lisboa: Autor.
- Jeammet, P., (1990). Les destins de la dépendance a l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfant*, 38(4-5), 190-199.
- Jeammet, P., Alléon, A., Birot, E., & Cremniter, D. (1994). Le fonctionnement mental de l'adolescent et du jeune adulte suicidants. In P. Jeammet, & E. Birot (Eds.), *Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte* (pp. 88-132). Paris : PUF.
- Kalichman, S. (1998). *Understanding aids: advances in research and treatment*. Washington: APA.
- Kalichman, S. (1999). Psychological and social correlates of high-risk sexual behaviour men and women living with HIV/AIDS. *Aids Care*, 11(4), 415-428.
- Kalichman, S. (2003). *Continued Unsafe Sex practices among HIV seropositive persons: Implications for intervention*. Consultado em 10 de Novembro de 2003 através de <http://www.apa.org/pi/aids/kalichman.html>
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Bahr, G.R., Koob, J.J., Morgan, M.G., Kalichman, S.C. et al. (1993). Factors associated with severity of depression and high-risk sexual behaviour among persons diagnosed with human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Health Psychology*, 12(3), 215-219.
- Kline, A., & Strickler, J. (1993). Perceptions of risk for AIDS among women in drug treatment. *Health Psychology*, 12(4), 313-323.
- Komiti, A., Judd, F., Grech, P., Mijch, A., Hoy, J., Lloyd, J., et al. (2001). Suicidal behaviour in people with HIV/AIDS: a review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 747- 757.
- Korff-Sausse, S. (2003). La femme du pervers narcissique. *Revue Française de Psychanalyse*, 3, 927-942.
- Leconte, C. (1995). Parler aux siens : Sida et souffrance familiale en Guyane. In A. Ruffiot, & J. Martin (Eds.), *Les familles face au Sida* (pp.101-111). Paris : Dunod.

- Leconte, M.-G. (1995). La problématique narcissique familiale. In Ruffiot, A., & Martin, J. (Eds.), *Les familles face au Sida* (pp.143-159). Paris : Dunod.
- Lindesmith Center-Drug Policy Foundation (2000). *About methadone*. New York: Author.
- Lintzeris, N. (2004). *Induction into buprenorphine treatment*. Comunicação satélite apresentada no XVII Encontro das Taipas, Lisboa.
- Manuila, L.; Manuila A.; Lewalle, P., & Nicoulin, M. (2001). *Dicionário Médico*. Lisboa: Climepsi.
- Marzuk, P.M., Tardiff, K., Leon, A., Hirsch, C., Hartwell, N., Portera, L. et al. (1997). HIV seroprevalence among suicide victims in New York City, 1991-1993. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1720-1725.
- Matos, M. (1991a). *Uma contribuição psicológica à prevenção da síndrome de imunodeficiência adquirida*. Prova Complementar apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Matos, M. (1991b). *Factores de risco psicológico em jovens condutores de motorizada e sua influência relativa na ocorrência dos acidentes*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Matos, M. (1994). Sida: prevenção impossível. *Análise Psicológica*, 12(2/3), 201-209.
- McDougall, J. (1985). *Theaters of the mind*. Nova Iorque: Brunner/Mazel. (Tradução do original em Francês *Théâtres du je*. Paris: Gallimard, 1982)
- Meltzer, D. (1977). *Les structures sexuelles de la vie psychique*. Paris : Payot. (Tradução do original em Inglês *Sexual states of mind*. Perthshire: Clunie Press, 1972)
- Moatti, J., Carrieri, M., Spire, B., Gastaut, J., Cassuto, J., Moreau, J. et al. (2000). Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users : the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. *Aids*, 14, 151-155.
- Nascimento, L. (1998). A menina dança? In Sindicato Nacional dos Psicólogos (Ed.), *A psicologia na viragem do século – actas do IV encontro nacional dos psicólogos (171-175)*. Lisboa: Climepsi.

- National Institute of Public Health and the Environment (1999). *Workshop – The impact and costs of HCV, HBV and HIV infections in injecting drug users in European Union*. Consultado em 29 de Dezembro através de http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/injecting_report.pdf.
- Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroinodependentes*. Lisboa: Universitária Editora.
- Nuttall, J. (2000). Fairbairnian object relations as an intra-social paradigm in the gay community's response to HIV. *European Journal of Psychotherapy, Counseling & Health*, 3(2), 213-227.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2000). *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia*. Lisboa: Autor.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2003a). *Drugnet Europe*, 40, p.1.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2003b). *Drogas Europe*, 44, p.2.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2003c). *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega*. Lisboa: Autor.
- Olievenstein, C. (1984). Le toxicomane et son enfance. In J. Bergeret, & J. Leblanc (Eds.), *Précis des toxicomanes* (pp. 53-61). Paris: Masson.
- Olievenstein, C. (1987). *La clinique du toxicomane*. Paris: Éditions Universitaires.
- Patrício, L. (2002). *Droga, para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.
- Quirk, A., Rhodes, T. & Stimson, G.V. (1998). Unsafe protected sex: qualitative insights on measures of sexual risk. *Aids Care*, 10(1), 105- 115.
- Rado, S. (1975). La psychanalyse des pharmacothymies. *Revue Française de Psychanalyse*, 4, 603-618.
- Remien, R.H., Carballo-Diequez, A., & Wagner, G. (1995). Intimacy and Sexual behavior in serodiscordant male couples. *AIDS Care*, 7(4), 429-438.
- Reynaud-Maurup, C., Carrieri, M.P., Gastaud, J.-A., Pradier, C., Obadia, Y., Moatti, J.-P., & Manif 2000 Study Group (2000). Impact of drug maintenance treatment on injection practices among French HIV-infected IDUs. *Aids Care*, 12(4), 461-470.

- Rhodes, T., Donoghoe, M., Hunter, G., & Stimson, G. (1993). Continued risk behavior among HIV positive drug injectors in London: implications for intervention. *Addiction*, *88*, 1553-1560.
- Rhodes, T., & Cusik, L. (2000). Love, intimacy and relationship risk management: HIV positive and their sexual partners. *Sociology of Health and Illness*, *22*, 1-26.
- Rocha, M., Pereira, S., Ferreira, L., & Barros, H. (2003). The role of adherence in tuberculosis HIV-patients treated in ambulatory regimen. *European Respiratory Journal*, *21*(5), 785-788.
- Rosenfeld, H. (1961). De la toxicomanie. *Revue Française de Psychanalyse*, *25*, 885-899.
- Rosengard, C., & Folkman, S. (1997). Suicidal ideation, bereavement, HIV serostatus and psychosocial variables in partners of men with aids. *AIDS Care*, *9*(4), 373-394.
- Rossow, I., & Lauritzen, G. (1999). Balancing on the edge of death: suicide and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction*, *94*(2), 209-219.
- Roy, A., (2003). Characteristics of HIV patients who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*, 41-44.
- Ruffiot, A. (1995). Le Sida n'est pas une maladie honteuse. In A. Ruffiot, & J. Martin (Eds.), *Les familles face au Sida* (pp.63-75). Paris : Dunod.
- Sambamoorthi, U., Warner, L., Crystal, S., & Walkup, J. (2000). Drug abuse, methadone treatment, and health services use among injection drug users with AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*, *60*, 77-89.
- Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago (Tradução do original em Inglês Introduction to the Work of Melanie Klein. London: The Hogart Press, 1973).
- Segal, H. (1978). On symbolism. *International Journal of Psychoanalysis*, *59*, 315-319.
- Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (2000). *Relatório de actividades, versão abreviada*. Lisboa: Autor.
- Singh, S., & Crofts, N. (1993). HIV among injecting drug users in North -East. *Aids Care*, *5*(3), 273-282.

- Singh, S. (2003). Study of the effect of information, motivation and behavioural skills (IMB) intervention in changing Aids risk behaviour in female university students. *Aids Care*, 15(1), 71-76.
- Sorel, P. (1981). Suicide et homicide, aspects psychodynamiques. In J. Védrinne, O. Quénard, & D. Weber (Eds.), *Suicide et conduits suicidaires* (Vol.2) (pp. 73-81). Paris : Masson.
- Soubrier, J.-P. (1981). Conduite suicidaire et mort du toxicomane. In J. Védrinne, O. Quénard, & D. Weber (Eds.), *Suicide et conduits suicidaires* (Vol.2) (pp. 125-131). Paris : Masson.
- Stenbacka, M., Leifman, A., & Romelsjo, A. (2003). The impact of methadone treatment on registered convictions and arrests in HIV-positive and HIV-negative men and women with one or more treatment periods. *Drug Alcohol Review*, 22(1), 27-34.
- Stork, J. (1977). Echelle d'évaluation de risque suicidaire. *La psychiatrie de l'enfant*, 20(2), 493-517.
- Stork, J. (1988). Suicide et adolescence – réflexions psychodynamiques. In A. Braconnier (Ed.), *Conflictualités: annales internationales de psychiatrie de l'adolescence* (pp.115-123). Paris : Puf.
- Symington, J., & Symington, N. (1999). *O pensamento clínico de Wilfred Bion*. Lisboa: Climepsi. (Tradução do original em Inglês *The clinical thinking of Wilfred Bion*. London: Routledge, 1997).
- Teixeira, C. (1993). *Psicologia da saúde e da Sida*. Lisboa: ISPA.
- Thomé-Renault, A. (1995). Une intervention paternelle bénéfique. In A. Ruffiot, & J. Martin (Eds.), *Les familles face au Sida* (pp.171-183). Paris : Dunod.
- Tustin, F. (1982). *The protective shell in children and adults*. New York: Karnac.
- UNAIDS (2003). *Aids epidemic update: December 2003*. Consultado em 29 de Dezembro de 2003 através de <http://www.unaids.org>
- Valleur, M., & Bucher, C. (1997). Une addiction exemplaire : le jeu pathologique. *Toxicoddependências*, 3(1), 59-72.
- Vedhara, K., Nott, K., Bradbeer, C., Davidson, A., Ong, E., Snow, M. et al (1997). Greater emotional distress is associated with accelerated Cd 4+ cell decline in HIV infection. *Journal of psychosomatic research*, 42, 379-390.

Vidigal, M. J. & Guapo, M.T. (2003). *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo*. Lisboa: Trilhos.

Wiessing, L. (1999). Prevenção do HIV e hepatite nas prisões. *Drugnet Europe*, 18, p.4.

Wiessing, L. (2001). *Estimating coverage of harm-reduction measures for injection drug users in Europe*. Global Research Network on HIV Prevention in Drug-Using Populations. Third Annual Meeting. Consultado em 5 de Julho de 2003 através de http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/infections_diseases_2001_nov/wiessing_article_final.pdf

Winnicott, D. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnelles. In D. Winnicott (org.), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 109-125). Paris : Payot. (Tradução do original em Inglês D. Winnicott, Collected Papers. London: Tavistock, 1969).

Winnicott, D. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In D. Winnicott (org.), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 168-174). Paris : Payot. (Tradução do original em Inglês D. Winnicott, Collected Papers. London: Tavistock, 1969).

Winnicott, D. (1960). La théorie de la relation parent-nourrison. In D. Winnicott (org.), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 237-256). Paris : Payot. (Tradução do original em Inglês D. Winnicott, Collected Papers. London: Tavistock, 1969).

SIGLAS

SIGLAS

CAT	Centro de Atendimento a Toxicodependentes – Ministério da Saúde
CAD	Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH
CDI	Consumidores de Drogas Injectáveis
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
CE	Comissão Europeia
CEC	Commission of the European Communities
CENCD	Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga
CESS	Centre Européen pour la Surveillance du SIDA
CNLCS	Comissão Nacional de Luta Contra a Sida
CTC	Centros de Terapêutica Combinada
CVEDT	Centro de Vigilância Epidemiológico das Doenças Transmissíveis
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction
HGO	Hospital Garcia de Orta
IDT	Instituto de Droga e Toxicodependência – Ministério da Saúde
NIPHE	National Institute of Public Health and the Environment
OEDT	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
ONU	Organização das Nações Unidas
PMO	Programas de Manutenção Opiácea
QCR	Questionário de Comportamentos de Risco
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SPTT	Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência – Ministério da Saúde
UNAIDS	Orgão da ONU que se ocupa da SIDA
VHC	Vírus da Hepatite C
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

ANEXOS

Anexo 1

Questionário de Comportamentos de Risco (QCR)

QUESTIONÁRIO DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO

Parte I

Data _____

1. Idade _____ 2. Sexo _____

3. Etnia: Branca.. Cigana.. Negra.. Indiana.. Muçulmana..

4. Escolaridade _____

5. Profissão _____

6. Actualmente está: empregado.. desempregado.. reformado..
inválido.. devido _____

7. De onde provêm os seus rendimentos? _____

8. Pais:

Casados/Juntos.. Desde: ___/___

Divorciados/Separados.. Desde: ___/___

Viúvo (a).. Desde: ___/___

Ambos faleceram.. Pai.. Desde: ___/___ Mãe.. Desde: ___/___

9. Se os seus pais se separaram ou divorciaram, que idade você tinha nessa altura? _____ anos

Mãe:

10. A sua mãe é viva? Sim.. Não..

11. Idade _____ anos

12. A sua mãe está: empregada.. desempregada.. reformada.. inválida..

13. Profissão: _____

14. A sua mãe tem/teve doenças físicas? Não.. Sim.. Qual/
Quais? _____

15. A sua mãe já foi acompanhada psicológica ou psiquiatricamente?

Não.. Sim.. Devido a _____

16. É ou foi consumidora de alguma substância? Não.. Sim.. Qual? _____

17. Se a sua mãe faleceu, que idade você tinha nessa altura? _____ anos

Pai:

18. O seu pai é vivo? Sim.. Não..

19. Idade _____ anos

20. O seu pai está: empregado.. desempregado.. reformado.. inválido..

21. Profissão: _____

22. O seu pai tem/teve doenças físicas? Não.. Sim.. Qual/
Quais? _____

23. O seu pai já foi acompanhado psicológica ou psiquiatricamente?

Não.. Sim.. Devido a _____

24. É ou foi consumidor de alguma substância? Não.. Sim.. Qual? _____

25. Se o seu pai faleceu, que idade você tinha nessa altura? _____ anos

26. Irmãos

Número de Irmãos _____

Idade						
Sexo						
Alcoolismo						
Heroína/Cocaína						
Outros tóxicos						
V.I.H. positivo						

27. Filhos Não.. Sim.. Idades: 1°
2°
(assinalar os seropositivos) 3°

28. Com quem você habita habitualmente? _____

Parte II

29. Desde quando sabe o diagnóstico de V.I.H? _____

30. Como tomou conhecimento do diagnóstico? _____

31. A quem diz que é portador do V.I.H.? _____

32. De que modo pensa ter contraído o vírus? _____

33. Tem ou teve doenças

Transmissíveis Sexualmente? Não.. Sim.. Qual/Quais? _____

Outras? Não.. Sim.. Qual/Quais? _____

34. Programa de Substituição: Metadona.. Subutex.. Desde: ____/____

35. Já houve abandonos do Programa de Substituição? Não.. Sim.. Quantos? ____

Devido a _____

36. Quantas consultas teve com o seu terapeuta, no C.A.T., no último ano? _____

Parte III

Antes da entrada no Programa de Substituição sem conhecimento do V.I.H.

37. Partilhou materiais no uso de drogas? *

Seringas? Não.. Sim.. ____

Outros Materiais (água, algodão, colher, carica)? Não.. Sim.. ____

Com alguém que, na altura, sabia que era V.I.H. Não.. Sim.. ____

*se só deu assinalar com D

se só recebeu assinalar com R

38. Teve relações sexuais? Não.. Sim..

39. Número aproximado de parceiros _____

40. Tipo de parceiros:

Único.. (A) Múltiplos.. (B)

Especificar (A): _____

(B): _____

(tipo de relação, parceiras toxicod dependentes/e ou prostitutas, circunstâncias das relações, etc...)

41. Destes parceiros quantos, na altura, você sabia que eram (C) V.I.H. + ?

(A): _____

(B): _____

Obs: _____

42. Utilização do Preservativo:

Sempre.. _____ Nem sempre.. _____ Nunca.. _____

Definir *nem sempre* _____

43. Sabia os modos de transmissão do V.I.H.?

Sim.. Informação incompleta..

Que informação incompleta? _____

Parte IV

Atenção: Esta Parte só deve ser preenchida quando o conhecimento do V.I.H. ocorre antes da entrada no programa de substituição.

Antes da entrada no Programa de Substituição com conhecimento do V.I.H.

44. Partilhou materiais no uso de drogas? *

Seringas? Não.. Sim.. _____

Outros Materiais (água, algodão, colher, carica)? Não.. Sim.. _____

Com alguém que, na altura, sabia que era V.I.H. Não.. Sim.. _____

45. Teve relações sexuais? Não.. Sim..

46. Número aproximado de parceiros _____

47. Tipo de parceiros:

Único.. (A) Múltiplos.. (B)

Especificar (A): _____

(B): _____

(tipo de relação, parceiras toxicod dependentes/e ou prostitutas, circunstâncias das relações, etc...)

48. Destes parceiros quantos, na altura, você sabia que eram (C) V.I.H. + ?

(A): _____

(B): _____

Obs: _____

49. Utilização do Preservativo:

Sempre.. _____ Nem sempre.. _____ Nunca.. _____

Definir *nem sempre* _____

50. A (O) parceira (o) tomou conhecimento do seu V.I.H.?

Sempre.. _____ Nem sempre.. _____ Nunca.. _____

Definir *nem sempre* _____

Parte V

Depois da entrada no Programa de Substituição

Que substâncias consumiu ou consome?

51. Álcool: Não.. Sim.. { Regular.. Esporádico..

Obs. _____

52. Haxixe: Não.. Sim.. { Regular.. Esporádico..

Obs. _____

53. Heroína e/ ou Cocaína: Não..

Sim.. { Regular.. _____ Fumada.. _____

Esporádico.. _____ Injectada.. _____

obs. _____

54. Partilha materiais no uso de drogas? *

Seringas? Não.. Sim.. _____

Outros Materiais (água, algodão, colher, carica)? Não.. Sim.. _____

Com alguém que, na altura, sabia que era V.I.H. Não.. Sim.. _____

55. Consumos de outras substâncias

Não..

Sim.. Quais? _____

Regular.. Esporádico..

Obs. _____

56. Tem relações sexuais? Não.. Sim..

57. Número aproximado de parceiros _____

58. Tipo de parceiros:

Único.. (A) Múltiplos.. (B)

Especificar (A): _____

(B): _____

(tipo de relação, parceiras toxicodependentes/e ou prostitutas, circunstâncias das relações, etc...)

59. Destes parceiros quantos, na altura, você sabia que eram (C) V.I.H. + ?

(A): _____

(B): _____

Obs: _____

60. Utilização do Preservativo:

Sempre.. _____ Nem sempre.. _____ Nunca.. _____

Definir *nem sempre* _____

61. A (O) parceira (o) tomou conhecimento do seu V.I.H.?

Sempre.. _____ Nem sempre.. _____ Nunca.. _____

Definir *nem sempre* _____

62. Sabe os modos de transmissão do V.I.H.?

Sim.. Informação incompleta..

Que informação incompleta? _____

Parte VI

Depois da entrada no Programa de Substituição

63. Já teve consultas, no hospital, para o V.I.H.?

Sim..

Não.. porque _____

64. Alguma vez interrompeu as consultas ou os tratamentos programados ?

Não..

Sim.. porque _____

65. Faz medicação anti-retroviral?

Actualmente sim .. Já fez ..

Nunca fez porque _____

66. Alguma vez interrompeu os anti-retrovirais sem conhecimento médico?

Não..

Sim.. porque _____

67. Gostaria de ver melhorada alguma coisa relativamente ao hospital?

Não..

Sim.. _____

Parte VII

68. Já alguma vez teve alguma overdose?

Não..

Sim.. Quantas vezes? _____

Devido a _____

69. Alguma vez esteve preso?

Não..

Sim.. Quantas vezes? _____

70. Partilhou, na prisão, materiais no uso de drogas? *

Seringas? Não.. Sim.. _____

Outros Materiais (água, algodão, colher, carica)? Não.. Sim.. _____

Com alguém que, na altura, sabia que era V.I.H. Não.. Sim.. _____

*se só deu assinalar com D

se só recebeu assinalar com R

Observações:

(Autoria de Luís Nascimento, 2003)

Anexo 2

Folha de Cotação do QCR

R - Comp. de Risco: partilha materiais; rel. sexuais; m. de transmissão; infor. parceiro

X - Antes do Diag. VIH+ Antes do P.M.O.	Y- Depois do Diag. VIH+ Antes do P.M.O.	A- Dep. do Diag. VIH+ Incluído no P.M.O.
<u>37</u> a)- b)- c)- s.-total=	<u>44</u> a)- b)- c)- s.-total=	<u>54</u> a)- b)- c)- s.-total=
<u>42</u> d)- e) (c/ seropositivo)- s.-total=	<u>49</u> d)- e) (c/ seropositivo)- s.-total=	<u>60</u> d)- e) (c/ seropositivo)- s.-total=
Total 1=	Total 1=	Total 1=
	<u>50</u> g)- Total 2=	<u>61</u> g)- Total 2=
<u>43</u> f)- Total 3=		<u>62</u> f)- Total 3=
Total X (1+3)=	Total Y (1+2)=	Total A (1+2+3) =

Partilhou materiais no uso de drogas? (37, 44, e 54)

- a) Seringas? Não.. - 0 Sim.. - 5
b) Outros Materiais (água, algodão, colher, carica)? Não.. - 0 Sim.. - 3
c) Com alguém que, na altura, sabia que era V.I.H. Não.. - 0 Sim.. - 10

Utilização do Preservativo (42, 49, 60)

- d) Sempre.. - 0 Nem sempre.. - 5 Nunca.. - 10 (máximo de 10)

- e) (c/ seropositivo) (Se teve relações com alguém seropositivo, com quem Nem sempre ou Nunca usou preservativo deve Adicionar 10 pontos)

Sabia os modos de transmissão do V.I.H. (43 e 62)

- f) Informação Completa.. - 0 Informação Incompleta.. - 10

(O) parceira (o) tomou conhecimento do seu V.I.H.? (50 e 61)

- g) Sempre.. - 0 Nem sempre.. - 5 Nunca.. - 10 (Se Nem Sempre ou Nunca usou preservativo)
g) Sempre.. - 0 Nem sempre.. - 0 Nunca.. - 0 (Se Sempre usou preservativo)

B - Comp. de Risco: Overdoses e consumos na prisão

68 - (5 pontos por cada overdose)

70 - a)- (ver modo de pontuar pág. 1)

b)-

c)-

Total B =

C - Comp. de Risco (actuais): abandonos do P.M.O.; consumos; consultas e medicação

35 - (10 pontos por cada abandono)

51 -

a) -

a) álcool..... regular – 10 esporádico – 3

b) -

b) haxixe..... regular – 10 esporádico – 3

53 -

c) -

c) heroína..... regular – 10 esporádico – 3

d) -

d) cocaína.... regular – 10 esporádico – 3

s.-total=

55 -

e) comprimidos ... regular – 10 esporádico – 3

63 -

Sim.. – 0 Não.. – 10

64 -

Sim.. – 10 Não.. – 0

66 -

Sim.. – 10 Não.. – 0

Total C =

Comportamentos de risco:

Nº de Processo:

Total X =

Total Passado (X+Y+B) =

Total Y =

Total B =

Total Actual (A+C) =

Total A =

Estado de Suicidio =

Total C =

(Autoria de Luís Nascimento, 2003)

Anexo 3

Escala de Risco Suicidário de J. Stork

Escala de Risco Suicidário de J. Stork

INSTRUÇÕES

1. Leia com atenção cada frase do questionário pela ordem apresentada

2. Cada questão dispõe de uma alternativa: Verdadeiro/ Falso

3. Assinale a primeira resposta que a frase lhe sugerir.

Se a considerar Falsa assinale o F rodeando-o com um círculo

Se a considerar Verdadeira assinale o V rodeando-o com um círculo

4. Trabalhe com rapidez, não pensando muito na resposta a dar

Escala de Risco Suicidário de J. Stork

1.	O facto de me sentir isolado e solitário desespera-me	V	F
2.	Sou da opinião de que todo o ser humano pode em todas as ocasiões decidir livremente	V	F
3.	Penso muitas vezes no meu passado	V	F
4.	Tenho muitas vezes a impressão de ser perseguido pela pouca sorte	V	F
5.	Sinto-me culpado perante a minha mãe	V	F
6.	Os meus pais têm para mim aspirações demasiado elevadas (eles sobrestimam-me)	V	F
7.	Sou muitas vezes atormentado pelo remorso e arrependimento	V	F
8.	A minha mãe é demasiado ansiosa	V	F
9.	A morte tem, também, algo de tranquilizante e de pacífico	V	F
10.	Às vezes passo noites sem dormir por causa de grandes preocupações	V	F
11.	Sinto-me por vezes possuído por cóleras violentas e destrutivas	V	F
12.	Sou muito agarrado à minha mãe	V	F
13.	Experimento facilmente um sentimento de culpabilidade	V	F
14.	Alguém da minha família ou dos meus conhecimentos já se suicidou	V	F
15.	A minha infância foi muito feliz	V	F
16.	Os meus pais sabem (souberam) associar de modo feliz a serenidade e o afecto	V	F
17.	Não me sinto perdido numa situação difícil	V	F
18.	Sinto-me ou já me senti muitas vezes desesperado ou esquecido pelos meus pais	V	F
19.	Penso muitas vezes na morte	V	F
20.	Sinto desejo de saltar para o espaço quando estou no cimo de uma ponte	V	F
21.	Tenho muitas vezes dificuldade em obedecer	V	F
22.	Perco muitas vezes a confiança em mim próprio	V	F
23.	Sinto-me às vezes oprimido com o peso do destino	V	F
24.	Só com dificuldades consigo arranjar amigos	V	F
25.	Estou muitas vezes só	V	F
26.	Já me encontrei em situações que me pareciam absolutamente sem saída	V	F
27.	A minha mãe é muito nervosa	V	F
28.	Posso compreender que alguém se mate para se unir na morte a um ente querido	V	F
29.	O álcool ajuda-me a ultrapassar as situações difíceis	V	F
30.	Pode dizer-se que a minha vida familiar é harmoniosa	V	F
31.	Com uma tentativa de suicídio pode pôr-se à prova o destino, Deus ou a providência	V	F

32. Perco-me demasiadas vezes em sonhos	V F
33. Já mudei mais de três vezes de local de trabalho	V F
34. A minha mãe é demasiado possessiva	V F
35. Revolto-me muitas vezes contra Deus	V F
36. Penso que poderia drogar-me se tivesse oportunidade disso	V F
37. Desconheço o sentimento de grande desespero	V F
38. Gostaria de recomeçar a minha vida noutras circunstâncias	V F
39. Acho a vida de todos os dias demasiado monótona	V F
40. Insurjo-me muitas vezes contra a autoridade	V F
41. Sinto a minha liberdade entravada	V F
42. A minha mãe está muito ligada a mim e procura muitas vezes junto de mim consolação	V F
43. Deixo-me impressionar facilmente por decepções e fracassos	V F
44. Considero-me fechado sobre mim e um pouco melancólico	V F
45. Tenho muitas vezes pesadelos	V F
46. Tenho frequentemente tantos pensamentos no meu espírito que não consigo adormecer	V F
47. O meu pai influencia-me ou força-me na escolha da minha profissão	V F
48. Tenho muitas vezes um sentimento de aborrecimento, falta de interesse e inutilidade	V F
49. Tenho tendência a gaguejar	V F
50. O meu pai tem poucas razões para se orgulhar de mim	V F
51. Os meus pais impuseram-me demasiadas vezes a sua vontade	V F
52. Existiram na minha família casos de doenças nervosas sujeitas a internamento numa clínica ou consulta psiquiátrica	V F
53. Fico muitas vezes obcecado com pensamentos inúteis, que me fazem perder o meu tempo	V F
54. O meu pai devia ter-me dado mais directrizes, devia ter-se ocupado mais de mim	V F
55. Uma pessoa pode castigar-se a si própria com a morte	V F
56. A minha mãe é para mim um exemplo	V F
57. Num acesso de cólera já tive intenção de matar alguém	V F
5.8. Sinto-me muitas vezes melancólico e deprimido	V F
59. A minha profissão dá-me pouca alegria	V F
60. Os meus pais não me deram a possibilidade de me desenvolver harmoniosamente	V F
61. Não tenho estima suficiente por mim próprio	V F
62. A temeridade e a embriaguez da velocidade seduzem-me	V F
63. Bateram-me muitas vezes quando era criança	V F
64. A minha mãe foi muitas vezes demasiado severa	V F

65. Não condenaria o suicídio por razões morais	V F
67. Não dou (ou dei) à minha mãe muita alegria	V F
68. Sou muitas vezes demasiado impulsivo. Demasiado impaciente, ajo demasiado depressa	V F
69. O meu pai é para mim um exemplo	V F
70. Tenho falta de confiança em mim mesmo	V F
71. Sinto-me muitas vezes exagerado, atormentado ou oprimido pelo passado	V F
72. Os meus pais não deviam ter-me imposto tanto a sua vontade	V F
73. Enquanto bebé ou criança pequena ainda fui colocado durante meses num infantário, separado da minha mãe	V F
74. A morte não representa para mim algo de ameaçador, de assustador	V F
75. Cometi já uma vez um delito sem ter sido descoberto pela polícia	V F

Anexo 4

Tabelas de Análises Estatísticas

HIPÓTESE 1

Conhecimento das formas de trans.

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid completo	11	36,7	36,7
incompleto	19	63,3	100,0
Total	30	100,0	

37a)1p.seringas

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 0	8	26,7	26,7
5	22	73,3	100,0
Total	30	100,0	

37b)1p.materiais

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 0	8	26,7	26,7
3	22	73,3	100,0
Total	30	100,0	

37c)1p.c/serop.

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 0	23	76,7	76,7
10	7	23,3	100,0
Total	30	100,0	

X-SUBTOTAL 37

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 0	6	20,0	20,0
3	2	6,7	26,7
5	2	6,7	33,3
8	13	43,3	76,7
18	7	23,3	100,0
Total	30	100,0	

42d)1util.preserv.

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 0	5	16,7	16,7
5	12	40,0	56,7
10	13	43,3	100,0
Total	30	100,0	

42e)1c/serop.

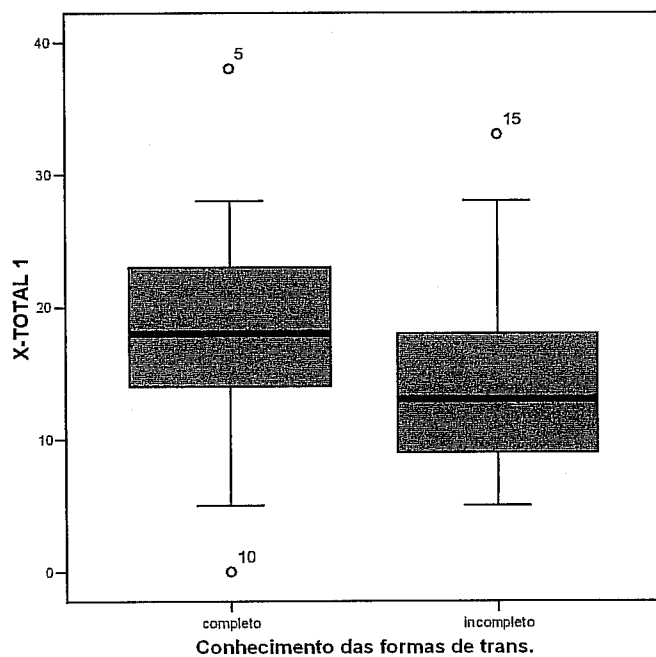
	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 0	26	86,7	86,7
10	4	13,3	100,0
Total	30	100,0	

X-TOTAL 1

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	3,3	3,3
5	2	6,7	10,0
8	4	13,3	23,3
10	3	10,0	33,3
13	6	20,0	53,3
15	2	6,7	60,0
18	4	13,3	73,3
23	3	10,0	83,3
28	3	10,0	93,3
33	1	3,3	96,7
38	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	

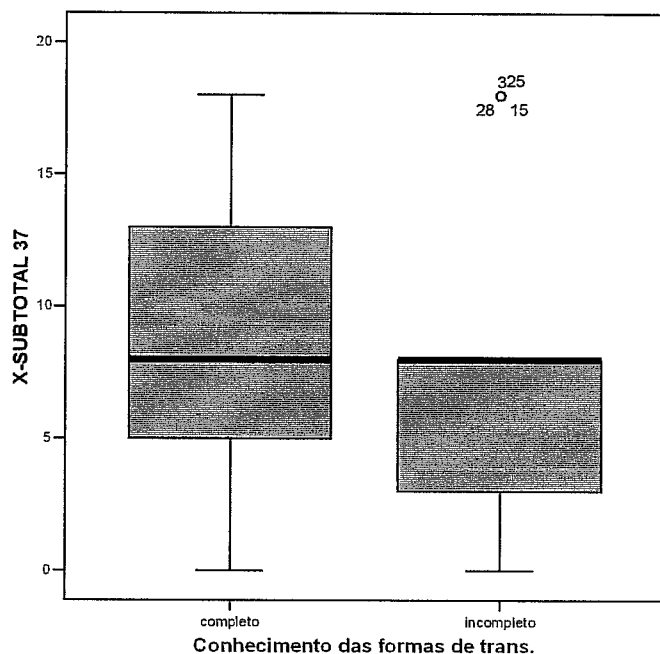
Descriptives

Conhecimento das			Statistic	Std. Error			
X-TOTAL 1	completo	Mean	17,82	3,142			
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound		10,82 24,82		
		5% Trimmed Mean	17,69				
		Median	18,00				
		Variance	108,564				
		Std. Deviation	10,419				
		Minimum	0				
		Maximum	38				
		Range	38				
		Interquartile Range	10				
		Skewness	,177		,661		
		Kurtosis	,602		1,279		
		incompleto			Mean	14,74	1,821
					95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	
5% Trimmed Mean	14,26						
Median	13,00						
Variance	62,982						
Std. Deviation	7,936						
Minimum	5						
Maximum	33						
Range	28						
Interquartile Range	10						
Skewness	1,106			,524			
Kurtosis	,277			1,014			



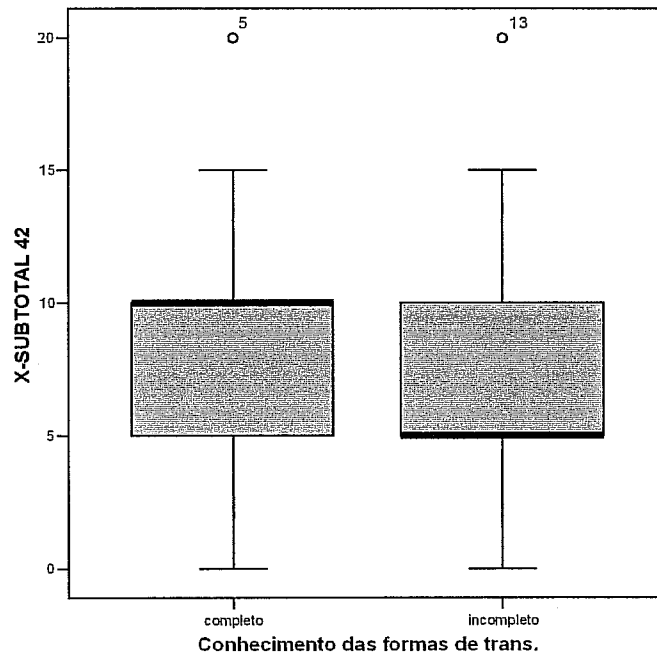
Descriptives

Conhecimento das		Statistic	Std. Error			
X-SUBTOTAL 37	completo	Mean	8,73	2,000		
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 4,27 Upper Bound 13,18			
		5% Trimmed Mean	8,70			
		Median	8,00			
		Variance	44,018			
		Std. Deviation	6,635			
		Minimum	0			
		Maximum	18			
		Range	18			
		Interquartile Range	13			
		Skewness	,401	,661		
		Kurtosis	-,934	1,279		
			incompleto	Mean	7,89	1,437
				95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 4,88 Upper Bound 10,91	
5% Trimmed Mean	7,77					
Median	8,00					
Variance	39,211					
Std. Deviation	6,262					
Minimum	0					
Maximum	18					
Range	18					
Interquartile Range	5					
Skewness	,487			,524		
Kurtosis	-,626			1,014		



Descriptives

Conhecimento das		Statistic	Std. Error	
X-SUBTOTAL 42	completo	Mean	9,09	1,626
		95% Confidence Interval for Mean	5,47	
		Lower Bound		12,71
		Upper Bound		
		5% Trimmed Mean	8,99	
		Median	10,00	
		Variance	29,091	
		Std. Deviation	5,394	
		Minimum	0	
		Maximum	20	
		Range	20	
		Interquartile Range	5	
		Skewness	,430	,661
		Kurtosis	,828	1,279
	incompleto	Mean	6,84	1,222
		95% Confidence Interval for Mean	4,28	
		Lower Bound		9,41
		Upper Bound		
		5% Trimmed Mean	6,49	
		Median	5,00	
		Variance	28,363	
		Std. Deviation	5,326	
		Minimum	0	
		Maximum	20	
		Range	20	
		Interquartile Range	5	
		Skewness	,693	,524
		Kurtosis	,657	1,014



Mann-Whitney Test

Ranks

	Conhecimento das	N	Mean Rank	Sum of Ranks
X-TOTAL 1	completo	11	18,00	198,00
	incompleto	19	14,05	267,00
	Total	30		
X-SUBTOTAL 37	completo	11	15,91	175,00
	incompleto	19	15,26	290,00
	Total	30		
X-SUBTOTAL 42	completo	11	17,86	196,50
	incompleto	19	14,13	268,50
	Total	30		

Test Statistics^b

	X-TOTAL 1	X-SUBTOTAL 37	X-SUBTOTAL 42
Mann-Whitney U	77,000	100,000	78,500
Wilcoxon W	267,000	290,000	268,500
Z	-1,193	-,204	-1,173
Asymp. Sig. (2-tailed)	,233	,838	,241
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,250 ^a	,866 ^a	,268 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Conhecimento das formas de trans.

HIPÓTESE 2

X-TOTAL 1

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	3,3	3,3
	5	2	6,7	10,0
	8	4	13,3	23,3
	10	3	10,0	33,3
	13	6	20,0	53,3
	15	2	6,7	60,0
	18	4	13,3	73,3
	23	3	10,0	83,3
	28	3	10,0	93,3
	33	1	3,3	96,7
	38	1	3,3	100,0
	Total	30	100,0	

Y-TOTAL 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	30,0	37,5	37,5
	3	1	3,3	4,2	41,7
	5	1	3,3	4,2	45,8
	10	2	6,7	8,3	54,2
	13	1	3,3	4,2	58,3
	15	2	6,7	8,3	66,7
	18	3	10,0	12,5	79,2
	23	1	3,3	4,2	83,3
	30	1	3,3	4,2	87,5
	38	3	10,0	12,5	100,0
	Total	24	80,0	100,0	
Missing	System	6	20,0		
Total		30	100,0		

X-SUBTOTAL 37

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	20,0	20,0
	3	2	6,7	26,7
	5	2	6,7	33,3
	8	13	43,3	76,7
	18	7	23,3	100,0
	Total	30	100,0	

X-SUBTOTAL 42

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	16,7	16,7
	5	10	33,3	50,0
	10	11	36,7	86,7
	15	2	6,7	93,3
	20	2	6,7	100,0
	Total	30	100,0	

Y-SUBTOTAL 44

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	14	46,7	58,3	58,3
	3	1	3,3	4,2	62,5
	10	1	3,3	4,2	66,7
	13	2	6,7	8,3	75,0
	18	6	20,0	25,0	100,0
	Total	24	80,0	100,0	
Missing	System	6	20,0		
	Total	30	100,0		

Y-SUBTOTAL 49

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	14	46,7	58,3	58,3
	5	1	3,3	4,2	62,5
	10	3	10,0	12,5	75,0
	15	2	6,7	8,3	83,3
	20	4	13,3	16,7	100,0
	Total	24	80,0	100,0	
Missing	System	6	20,0		
	Total	30	100,0		

Frequencies

		N
Y-TOTAL 1 - X-TOTAL 1	Negative Differences ^{a,b,c}	14
	Positive Differences ^{d,e,f}	8
	Ties ^{g,h,i}	2
	Total	24
Y-SUBTOTAL 44 - X-SUBTOTAL 37	Negative Differences ^{a,b,c}	11
	Positive Differences ^{d,e,f}	7
	Ties ^{g,h,i}	6
	Total	24
Y-SUBTOTAL 49 - X-SUBTOTAL 42	Negative Differences ^{a,b,c}	10
	Positive Differences ^{d,e,f}	4
	Ties ^{g,h,i}	10
	Total	24

- a. Y-TOTAL 1 < X-TOTAL 1
- b. Y-SUBTOTAL 44 < X-SUBTOTAL 37
- c. Y-SUBTOTAL 49 < X-SUBTOTAL 42
- d. Y-TOTAL 1 > X-TOTAL 1
- e. Y-SUBTOTAL 44 > X-SUBTOTAL 37
- f. Y-SUBTOTAL 49 > X-SUBTOTAL 42
- g. Y-TOTAL 1 = X-TOTAL 1
- h. Y-SUBTOTAL 44 = X-SUBTOTAL 37
- i. Y-SUBTOTAL 49 = X-SUBTOTAL 42

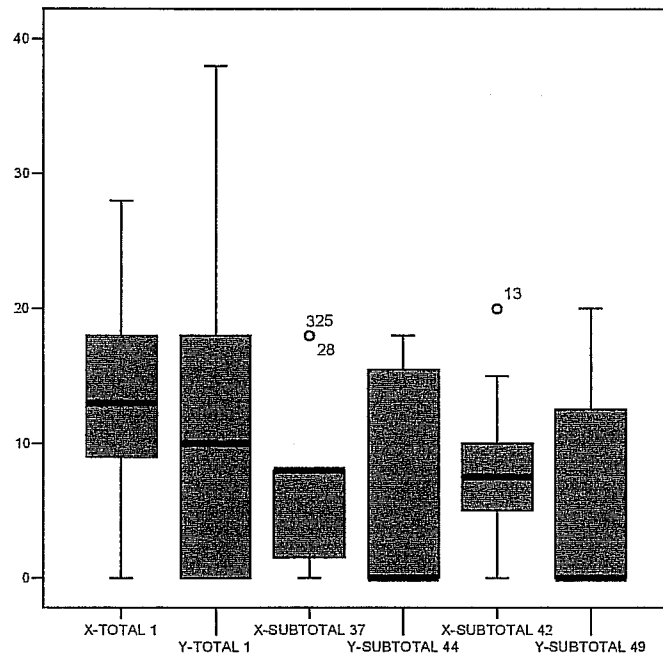
Test Statistics^b

	Y-TOTAL 1 - X-TOTAL 1	Y-SUBTOTAL 44 - X-SUBTOTAL 37	Y-SUBTOTAL 49 - X-SUBTOTAL 42
Exact Sig. (2-tailed)	,286 ^a	,481 ^a	,180 ^a

- a. Binomial distribution used.
- b. Sign Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	X-TOTAL 1	13,88	24	7,036	1,436
	Y-TOTAL 1	12,17	24	13,242	2,703
Pair 2	X-SUBTOTAL 37	6,58	24	5,532	1,129
	Y-SUBTOTAL 44	6,13	24	8,050	1,643
Pair 3	X-SUBTOTAL 42	7,29	24	4,885	,997
	Y-SUBTOTAL 49	6,04	24	8,073	1,648



HIPÓTESE 3

A-TOTAL 1

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 0	20	66,7	66,7
5	3	10,0	76,7
8	1	3,3	80,0
10	1	3,3	83,3
18	1	3,3	86,7
20	1	3,3	90,0
23	1	3,3	93,3
33	1	3,3	96,7
38	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	

A-SUBTOTAL 54

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 0	25	83,3	83,3
8	2	6,7	90,0
13	1	3,3	93,3
18	2	6,7	100,0
Total	30	100,0	

A-SUBTOTAL 60

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 0	22	73,3	73,3
5	3	10,0	83,3
10	1	3,3	86,7
15	1	3,3	90,0
20	3	10,0	100,0
Total	30	100,0	

Frequencies

	N
A-TOTAL 1 - Y-TOTAL 1	
Negative Differences ^{a,b,c}	11
Positive Differences ^{d,e,f}	1
Ties ^{g,h,i}	12
Total	24
A-SUBTOTAL 54 - Y-SUBTOTAL 44	
Negative Differences ^{a,b,c}	8
Positive Differences ^{d,e,f}	1
Ties ^{g,h,i}	15
Total	24
A-SUBTOTAL 60 - Y-SUBTOTAL 49	
Negative Differences ^{a,b,c}	6
Positive Differences ^{d,e,f}	1
Ties ^{g,h,i}	17
Total	24

- a. A-TOTAL 1 < Y-TOTAL 1
- b. A-SUBTOTAL 54 < Y-SUBTOTAL 44
- c. A-SUBTOTAL 60 < Y-SUBTOTAL 49
- d. A-TOTAL 1 > Y-TOTAL 1
- e. A-SUBTOTAL 54 > Y-SUBTOTAL 44
- f. A-SUBTOTAL 60 > Y-SUBTOTAL 49
- g. A-TOTAL 1 = Y-TOTAL 1
- h. A-SUBTOTAL 54 = Y-SUBTOTAL 44
- i. A-SUBTOTAL 60 = Y-SUBTOTAL 49

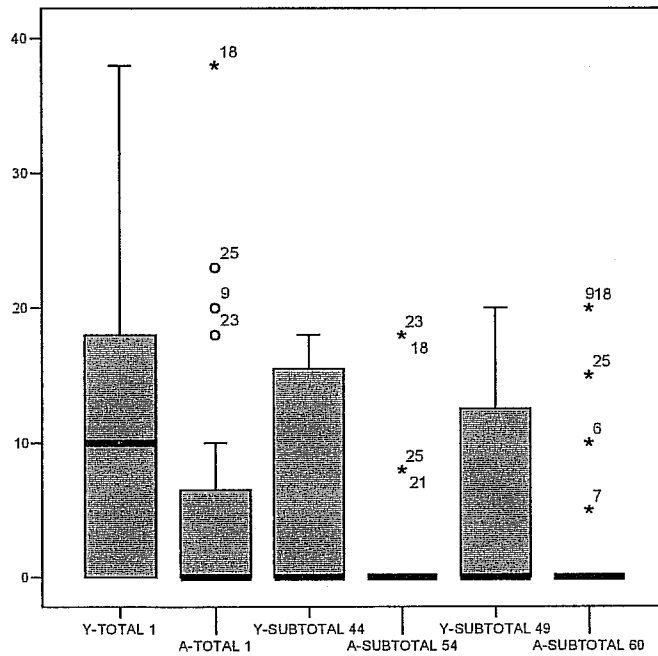
Test Statistics^b

	A-TOTAL 1 - Y-TOTAL 1	A-SUBTOTAL 54 - Y-SUBTOTAL 44	A-SUBTOTAL 60 - Y-SUBTOTAL 49
Exact Sig. (2-tailed)	,006 ^a	,039 ^a	,125 ^a

- a. Binomial distribution used.
- b. Sign Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Y-TOTAL 1 A-TOTAL 1	12,17 5,08	24 24	13,242 9,925	2,703 2,026
Pair 2	Y-SUBTOTAL 44 A-SUBTOTAL 54	6,13 2,17	24 24	8,050 5,370	1,643 1,096
Pair 3	Y-SUBTOTAL 49 A-SUBTOTAL 60	6,04 2,92	24 24	8,073 6,413	1,648 1,309



HIPÓTESE 4

Escala de Stork

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valíd	Estado Normal	6	20,0	20,0
	Estado Intermedio	5	16,7	36,7
	Fraco risco	9	30,0	66,7
	Risco suic. importante	6	20,0	86,7
	Risco suic. extrem. importante	4	13,3	100,0
	Total	30	100,0	

Escala de Stork

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Risco normal	6	20,0	20,0
	Risco anormal	24	80,0	100,0
	Total	30	100,0	

TOTAL ACTUAL

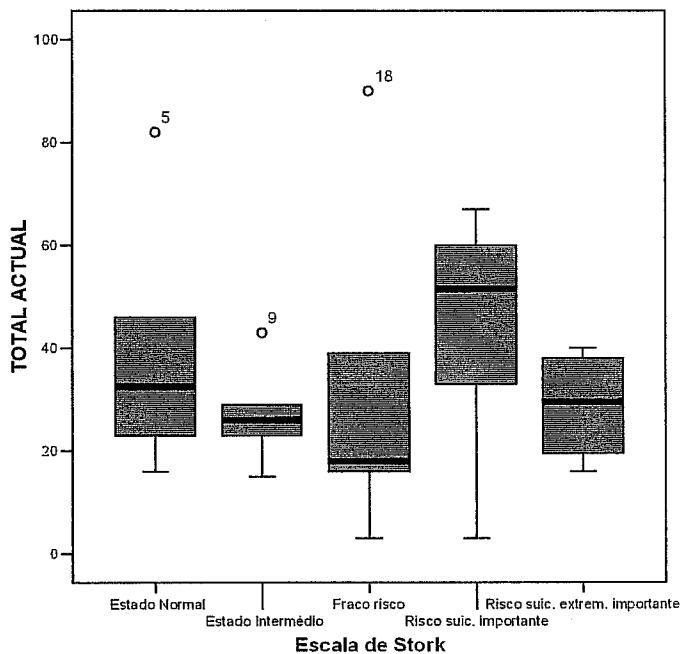
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	3	2	6,7	6,7
	13	1	3,3	10,0
	15	1	3,3	13,3
	16	4	13,3	26,7
	18	1	3,3	30,0
	23	4	13,3	43,3
	26	1	3,3	46,7
	29	1	3,3	50,0
	33	1	3,3	53,3
	36	2	6,7	60,0
	39	2	6,7	66,7
	40	1	3,3	70,0
	42	1	3,3	73,3
	43	1	3,3	76,7
	46	2	6,7	83,3
	57	1	3,3	86,7
	60	1	3,3	90,0
	67	1	3,3	93,3
	82	1	3,3	96,7
	90	1	3,3	100,0
Total		30	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TOTAL ACTUAL	30	3	90	33,97	21,263
Valid N (listwise)	30				

Descriptives

Escala de Stork		Statistic	Std. Error				
TOTAL ACTUAL	Estado Normal	Mean	38,67	9,912			
		95% Confidence Interval for Mean	13,19				
		Lower Bound					
		Upper Bound	64,15				
		5% Trimmed Mean	37,52				
		Median	32,50				
		Variance	589,467				
		Std. Deviation	24,279				
		Minimum	16				
		Maximum	82				
		Range	66				
		Interquartile Range	34				
		Skewness	1,309		,845		
		Kurtosis	1,634		1,741		
		Estado Intermedió	Estado Intermedió		Mean	27,20	4,587
					95% Confidence Interval for Mean	14,46	
Lower Bound							
Upper Bound	39,94						
5% Trimmed Mean	27,00						
Median	26,00						
Variance	105,200						
Std. Deviation	10,257						
Minimum	15						
Maximum	43						
Range	28						
Interquartile Range	17						
Skewness	,795			,913			
Kurtosis	1,578			2,000			
Fraco risco	Fraco risco			Mean	30,00	8,622	
				95% Confidence Interval for Mean	10,12		
		Lower Bound					
		Upper Bound	49,88				
		5% Trimmed Mean	28,17				
		Median	18,00				
		Variance	669,000				
		Std. Deviation	25,865				
		Minimum	3				
		Maximum	90				
		Range	87				
		Interquartile Range	25				
		Skewness	1,726	,717			
		Kurtosis	3,620	1,400			
		Risco suic. importante	Risco suic. importante	Mean	44,33		9,591
				95% Confidence Interval for Mean	19,68		
Lower Bound							
Upper Bound	68,99						
5% Trimmed Mean	45,37						
Median	51,50						
Variance	551,867						
Std. Deviation	23,492						
Minimum	3						
Maximum	67						
Range	64						
Interquartile Range	36						
Skewness	-1,262			,845			
Kurtosis	1,301			1,741			
Risco suic. extrem. importante	Risco suic. extrem. importante			Mean	28,75	5,588	
				95% Confidence Interval for Mean	10,97		
		Lower Bound					
		Upper Bound	46,53				
		5% Trimmed Mean	28,83				
		Median	29,50				
		Variance	124,917				
		Std. Deviation	11,177				
		Minimum	16				
		Maximum	40				
		Range	24				
		Interquartile Range	21				
		Skewness	-,219	1,014			
		Kurtosis	-3,609	2,619			



Descriptives

TOTAL ACTUAL	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Estado Normal	6	38,67	24,279	9,912	13,19	64,15	16	82
Estado Intermedió	5	27,20	10,257	4,587	14,46	39,94	15	43
Fraco risco	9	30,00	25,865	8,622	10,12	49,88	3	90
Risco suic. importante	6	44,33	23,492	9,591	19,68	68,99	3	67
Risco suic. extrem. importante	4	28,75	11,177	5,588	10,97	46,53	16	40
Total	30	33,97	21,263	3,882	26,03	41,91	3	90

ANOVA

TOTAL ACTUAL	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1256,750	4	314,188	,663	,624
Within Groups	11854,217	25	474,169		
Total	13110,967	29			

HIPÓTES 5

Escala de Stork

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Risco normal	6	20,0	20,0
Risco anormal	24	80,0	100,0
Total	30	100,0	

TOTAL ACTUAL

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 3	2	6,7	6,7
13	1	3,3	10,0
15	1	3,3	13,3
16	4	13,3	26,7
18	1	3,3	30,0
23	4	13,3	43,3
26	1	3,3	46,7
29	1	3,3	50,0
33	1	3,3	53,3
36	2	6,7	60,0
39	2	6,7	66,7
40	1	3,3	70,0
42	1	3,3	73,3
43	1	3,3	76,7
46	2	6,7	83,3
57	1	3,3	86,7
60	1	3,3	90,0
67	1	3,3	93,3
82	1	3,3	96,7
90	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TOTAL ACTUAL	30	3	90	33,97	21,263
Valid N (listwise)	30				

T-Test

Group Statistics

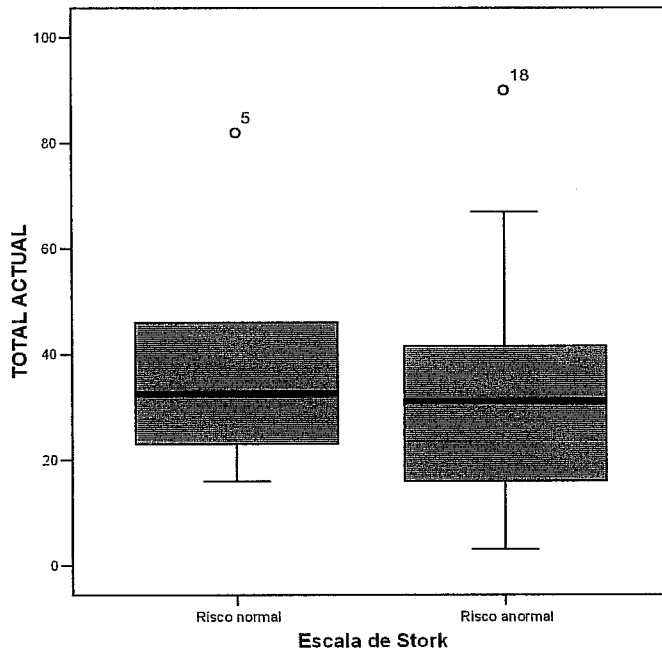
	Escala de Stork	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTAL ACTUAL	Risco normal	6	38,67	24,279	9,912
	Risco anormal	24	32,79	20,849	4,256

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
TOTAL ACTUAL	Equal variances assumed	.107	.746	.599	28	.554	5,875	9,814	-14,229	25,979
	Equal variances not assumed			.545	6,962	.603	5,875	10,787	-19,660	31,410

Descriptives

Escala de Stork				Statistic	Std. Error	
TOTAL ACTUAL	Risco normal	Mean		38,67	9,912	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13,19		
			Upper Bound	64,15		
		5% Trimmed Mean		37,52		
		Median		32,50		
		Variance		589,467		
		Std. Deviation		24,279		
		Minimum		16		
		Maximum		82		
		Range		66		
		Interquartile Range		34		
		Skewness		1,309	,845	
		Kurtosis		1,634	1,741	
		Risco anormal	Mean		32,79	4,256
			95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	23,99	
				Upper Bound	41,60	
			5% Trimmed Mean		31,48	
Median			31,00			
Variance			434,694			
Std. Deviation			20,849			
Minimum			3			
Maximum			90			
Range			87			
Interquartile Range			26			
Skewness			,942	,472		
Kurtosis			1,094	,918		



HIPÓTESE 6 a)

Escala de Stork

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid 35	1	3,3	3,3
40	1	3,3	6,7
42	1	3,3	10,0
51	1	3,3	13,3
55	1	3,3	16,7
56	1	3,3	20,0
65	1	3,3	23,3
71	1	3,3	26,7
73	1	3,3	30,0
75	1	3,3	33,3
79	1	3,3	36,7
81	1	3,3	40,0
84	1	3,3	43,3
85	2	6,7	50,0
87	1	3,3	53,3
88	1	3,3	56,7
90	1	3,3	60,0
93	1	3,3	63,3
95	1	3,3	66,7
98	1	3,3	70,0
99	1	3,3	73,3
101	1	3,3	76,7
105	1	3,3	80,0
106	2	6,7	86,7
113	1	3,3	90,0
114	1	3,3	93,3
116	1	3,3	96,7
138	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	

Escala de Stork

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Estado Normal	6	20,0	20,0
Estado Intermédio	5	16,7	36,7
Fraco risco	9	30,0	66,7
Risco suic. importante	6	20,0	86,7
Risco suic. extrem. importante	4	13,3	100,0
Total	30	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Escala de Stork	30	35	138	84,20	24,667
Valid N (listwise)	30				

Interrupção da Consulta

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	não	8	26,7	27,6
	sim	21	70,0	100,0
	Total	29	96,7	
Missing	System	1	3,3	
Total		30	100,0	

Correlations

		Interrupção da consulta	Escala de Stork
Interrupção da consulta	Correlation	1	-,042
	Sig. (2-tailed)	.	,828
	N	29	29
Escala de Stork	Correlation	-,042	1
	Sig. (2-tailed)	,828	.
	N	29	30

Escala de Stork * Interrupção da Consulta Crosstabulation

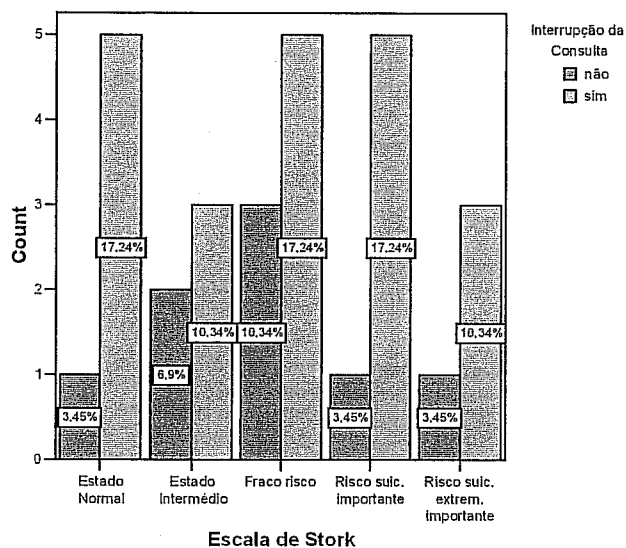
			Interrupção da Consulta		Total
			não	sim	
Escala de Stork	Estado Normal	Count	1	5	6
		% within Escala de Stork	16,7%	83,3%	100,0%
		% within Interrupção da Consulta	12,5%	23,8%	20,7%
		% of Total	3,4%	17,2%	20,7%
	Estado Intermédio	Count	2	3	5
		% within Escala de Stork	40,0%	60,0%	100,0%
		% within Interrupção da Consulta	25,0%	14,3%	17,2%
		% of Total	6,9%	10,3%	17,2%
	Fraco risco	Count	3	5	8
		% within Escala de Stork	37,5%	62,5%	100,0%
		% within Interrupção da Consulta	37,5%	23,8%	27,6%
		% of Total	10,3%	17,2%	27,6%
	Risco suic. importante	Count	1	5	6
		% within Escala de Stork	16,7%	83,3%	100,0%
		% within Interrupção da Consulta	12,5%	23,8%	20,7%
		% of Total	3,4%	17,2%	20,7%
Risco suic. extrem. importante	Count	1	3	4	
	% within Escala de Stork	25,0%	75,0%	100,0%	
	% within Interrupção da Consulta	12,5%	14,3%	13,8%	
	% of Total	3,4%	10,3%	13,8%	
Total	Count	8	21	29	
	% within Escala de Stork	27,6%	72,4%	100,0%	
	% within Interrupção da Consulta	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	27,6%	72,4%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,509 ^a	4	,825
Likelihood Ratio	1,535	4	,820
Linear-by-Linear Association	,003	1	,958
N of Valid Cases	29		

a. 9 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,10.

Bar Chart



HIPÓTESE 6 b)

Interrupção da Medicação Anti-retrov.

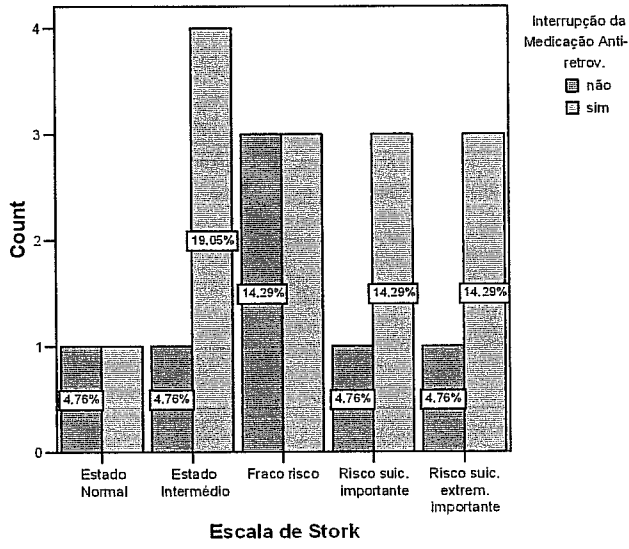
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	não	7	23,3	33,3
	sim	14	46,7	100,0
	Total	21	70,0	
Missing	System	9	30,0	
Total		30	100,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,650 ^a	4	,800
Likelihood Ratio	1,642	4	,801
Linear-by-Linear Association	,132	1	,717
N of Valid Cases	21		

a. 10 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

Bar Chart



Escala de Stork * Interrupção da Medicação Anti-retrov. Crosstabulation

			Interrupção da Medicação Anti-retrov.		Total
			não	sim	
Escala de Stork	Estado Normal	Count	1	1	2
		% within Escala de Stork	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Interrupção da Medicação Anti-retrov.	14,3%	7,1%	9,5%
		% of Total	4,8%	4,8%	9,5%
Estado Intermédio	Count	1	4	5	
	% within Escala de Stork	20,0%	80,0%	100,0%	
	% within Interrupção da Medicação Anti-retrov.	14,3%	28,6%	23,8%	
	% of Total	4,8%	19,0%	23,8%	
Fraco risco	Count	3	3	6	
	% within Escala de Stork	50,0%	50,0%	100,0%	
	% within Interrupção da Medicação Anti-retrov.	42,9%	21,4%	28,6%	
	% of Total	14,3%	14,3%	28,6%	
Risco suic. importante	Count	1	3	4	
	% within Escala de Stork	25,0%	75,0%	100,0%	
	% within Interrupção da Medicação Anti-retrov.	14,3%	21,4%	19,0%	
	% of Total	4,8%	14,3%	19,0%	
Risco suic. extrem. importante	Count	1	3	4	
	% within Escala de Stork	25,0%	75,0%	100,0%	
	% within Interrupção da Medicação Anti-retrov.	14,3%	21,4%	19,0%	
	% of Total	4,8%	14,3%	19,0%	
Total	Count	7	14	21	
	% within Escala de Stork	33,3%	66,7%	100,0%	
	% within Interrupção da Medicação Anti-retrov.	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	33,3%	66,7%	100,0%	

Anexo 5
Partilha Indirecta

PARTILHA INDIRECTA

Esta definição é usada para designar todos aqueles comportamentos de risco, na área da injeção de drogas, que estão para além da partilha directa das agulhas e das seringas

- Lavagem prévia de seringas usadas, na água comum que foi utilizada para preparar a droga e a injeção;
- Usar a seringa de apenas de um utilizador para puxar água para dissolver a droga;
- Partilhar a borracha do final do êmbolo da seringa para misturar água com droga;
- Usar a seringa de um utilizador para medir e distribuir pelos outros a solução de droga para cada participante;
- Partilhar o mesmo algodão para filtrar a droga;
- Fazer retornar a droga ao fogão comum, ou directamente a outra seringa de um utilizador, quando inadvertidamente foi retirada mais droga do que a sua conta;
- Fazer retornar a droga ao fogão ou directamente à seringa de outro utilizador para que outros a possam provar;
- "Bater o algodão" que outros utilizaram para filtrar a sua dose;
- Lavagem de seringa usada, na água onde outros previamente usaram-na para lavar as suas seringas

Fonte: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2001). *Injecting drug use, risk behaviour and qualitative research in the time of AIDS*. Lisboa: Autor.

