

D.M.
RODR. 1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

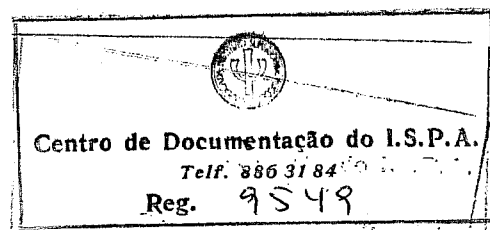
1995

**TESE DE MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA
E PSICOLOGIA CLÍNICA**

POR

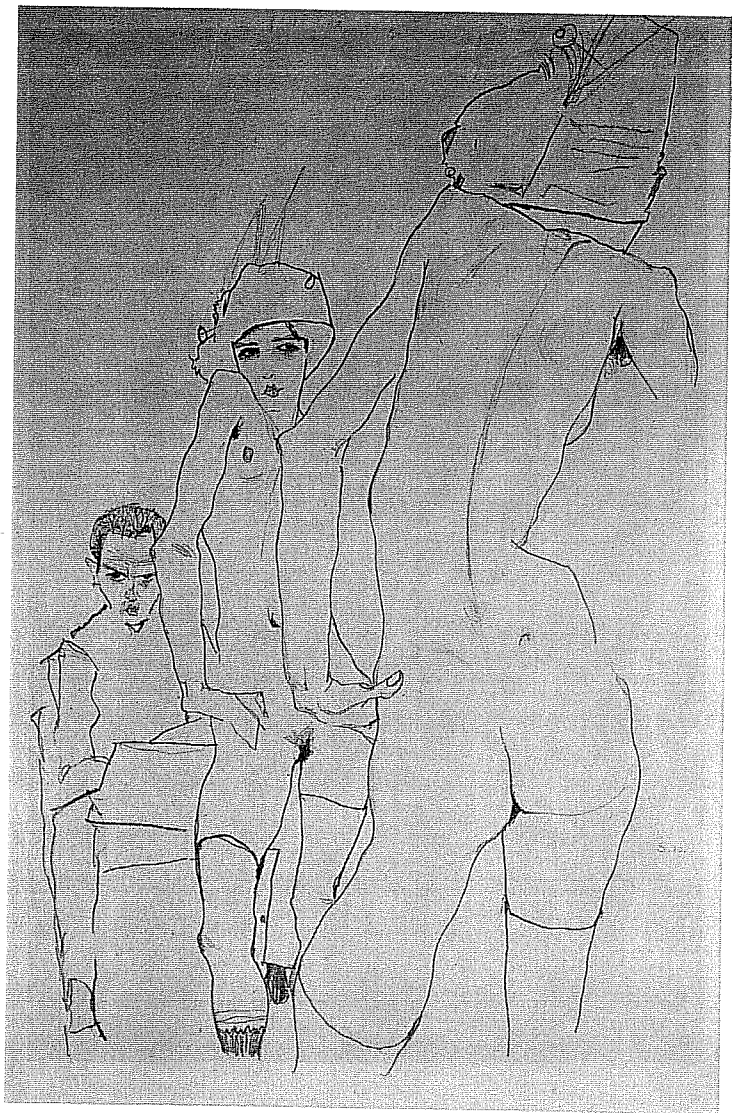
Rui Jorge Xavier Castro Rodrigues

**AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO SEXUAL
EM HEROÍNODEPENDENTES
ESTUDO TRANSCULTURAL: GENÉVE - LISBOA**



ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR FREDERICO PEREIRA

C



Desejo aqui exprimir o meu agradecimento ao Dr. Nuno Silva Miguel, e ao Prof. José Luis Castanheira, pelas facilidades que me foram concedidas a nível profissional, e que tornaram possível o presente trabalho.

*A todos quantos participaram e
colaboraram neste estudo*

*A todos quantos me
permitiram crescer*

Todas as coisas são mesa para os pensamentos

Herberto Helder, " Poesia Toda ", 1981

ÍNDICE

Introdução	4
I Formulação do problema	
Cap. I Das drogas e da sexualidade	
o contexto socio-histórico	18
Cap. II Das Toxicodependências	
Os Produtos e o Consumo	36
Conceitos de Dependência e Independência	37
Factores Socioculturais da Dependência	42
Observação do Fenómeno	46
Um Modelo de Investigação em Toxicodependencia	47
A Relação com o Próprio ou a busca de Identidade	48
Da Experiencia á Toxicodependência	49
A Experiencia	49
A “Lua de Mel”	50
O Consumo Regular	51
A Saída	52
A desintoxicação	54
Cap. III A Toxicodependência - Contributos Teóricos	
Toxicodependência e Psicanálise	55
A personalidade do Toxicodependente	57
Estrutura de personalidade psicótica	61
Estrutura de personalidade neurótica	62
Estrutura de personalidade depressiva (estados limite)	63
A relação terapêutica com o Toxicodependente	66

Cap. IV Da Sexualidade Humana

O Espaço da Paixão ou talvez não	73
As Primeiras Abordagens	75
A Investigação da Sexualidade	78
Atitudes face ao Sexo	80
Formação de Atitudes entre os Adolescentes	82
Variação Sexual	82
Das Normas Sexuais	86
O Interdito	86
As diferentes Normas Sexuais	86
Desejo e Prazer Sexual	89
Perturbações da Sexualidade	91
Perturbações do Desejo e do Prazer Sexual	93
Disfunções da Excitação Sexual	94
Disfunções da Função Orgásmica	95
Etiologias possíveis das Disfunções Sexuais	95
Plano Orgânico	96
Plano Psicológico	96
Causas Psicodinâmicas	98

Cap. V Da Sexualidade e da Toxicodependência

As Primeiras Abordagens	102
Desenvolvimentos Recentes - o fenómeno do SIDA	106
Condutas de risco e grupos alvo	107
Frequência de contactos sexuais	110
Orientação sexual	112
Eleição dos parceiros sexuais	114
Alterações dos Comportamentos Sexuais	120
Para uma abordagem da sexualidade durante os consumos	122

II Metodologia de Investigação

Da Metodologia	126
Definição do Problema	127
Hipóteses de trabalho	128
O modelo de investigação	131
Operacionalização das Variáveis	133
Recolha dos Dados	142
Seleccãodas Amostras.....	145
Caracterização da Amostra	147
Termos de Controle	153
Definição de Conceitos	160
Resultados	164
Tratamento dos resultados	185
Conclusões	213
Léxico	220
Bibliografia	222

ANEXOS

- Anexo I Folha de Apresentação
Feuille de Presentation
População Toxicodependente
- Anexo II Questionário de Recherche Social de Sexo
População Toxicodependente
Versão Feminina
Versão Masculina
- Anexo III Questionnaire de Recherche Sociale de Sexe
População Toxicodependente
Versão Feminina
Versão Masculina
- Anexo IV Instruções de Preenchimento
Instructions de Remplissage
População Não Toxicopendente
- Anexo V Questionário de Recherche Social de Sexo
População Não Toxicopendente
Versão Feminina
Versão Masculina
- Anexo VI Questionnaire de Recherche Sociale de Sexe
População Não Toxicodependente
Versão Feminina
Versão Masculina

Anexo VII Resultados - Grupo G1

Grupo de Heroínodependentes Suiços

Anexo VIII.. Resultados Grupo G2

Grupo de Heroínodependentes Portugueses

Anexo IX Resultados - Grupo G3

Grupo de Não Consumidores Suiços

Anexo X Resultados - Grupo G4

Grupo de Não Consumidores Portugueses

INTRODUÇÃO

Os fenómenos de dependência têm vindo a ganhar, sobretudo durante as duas últimas décadas, um lugar de destaque ao nível da investigação científica, do poder político e da opinião pública em geral. Prova disto, é a quantidade impressionante de artigos científicos e de notícias ou debates políticos difundidas através dos media a que actualmente assistimos, sobretudo no que concerne à(s) toxicodependência(s). No entanto, nenhum outro domínio do comportamento humano, alvo de uma tal mobilização social, se fez alguma vez acompanhar simultaneamente por uma tão importante carga de desconhecimento, falsas noções, preconceitos, e julgamentos morais.

Esta mobilização social prende-se, quanto a nós, numa primeira análise, e deixando para já de lado as tradições culturais, com uma associação empírica estabelecida entre droga e marginalidade, e o alastramento do seu consumo em particular a camadas muito jovens da população, aspecto em que a opinião pública sempre se mostrou particularmente sensível.

Hoje, crianças com idades que rondam os dez anos "embebedam-se" nas ruas de Lisboa com solventes, tornando-se conhecidas através da designação "putos da cola", e "banqueteiam-se" com vapores gasosos ricos em monóxido de carbono, enquanto viajam "à penda nos laranjas", Em Geneve, crianças com doze anos saem para a escola acompanhados da sua seringa.

Numa abordagem da questão a outro nível, pensamos ser a "droga" um fenómeno excepcionalmente condenado e reprimido dado que o "drogado", encarado como o único responsável pela sua situação, representa como que uma caricatura das fraquezas, das carências e das angústias das sociedades actuais. Esta ideia encontra suporte na recusa entre outras das, farmacodependências, que igualmente graves, representam a ingestão diária de soporíferos, tranquilizantes, sedativos ou estimulantes socialmente aceites.

Na presente aproximação à problemática da toxicodependência, procurámos desmontar o "fascínio" actualmente constatado sobretudo, junto dos adolescentes, por este personagem, que envolto por uma auréola de mistério, goza ao mesmo tempo de uma hipotética criatividade e liberdade sexual, e de um atraente anti-conformismo, que frequentemente raia o domínio místico. Desta forma, abordaremos a toxicodependência dentro de uma perspectiva dinâmica, como um sintoma entre outros, do mal-estar e da angustia do sujeito.

Se os inúmeros preconceitos e as críticas morais podem encontrar no receio e no desconhecimento uma parte da sua explicação, é em particular sobre o domínio da sexualidade desta parte da população, que constatamos uma maior incidência desses aspectos

Particularmente associados, o domínio das toxicodependências e da sexualidade, fizeram-se acompanhar ao longo da história de alterações quase simultâneas tanto ao nível do discurso oficial como do das crenças populares. Oscilando entre a banalização e a repressão, o consumo de drogas, encontrou-se sistematicamente ligado a uma utilização que repousava sobre um contexto sexual. Esta relação com a sexualidade, desenvolveu-se tanto ao nível das suas propriedades terapêuticas, mais ou menos próximas da magia (como os filtros de amor ou os tratamentos da impotência), seja ao nível recreativo, enquanto veículo potencializador do desejo e das sensações. Este duplo vínculo viria a dar lugar no séc. XX a uma representação clivada, onde a nível científico a sexualidade é considerada como incompatível com o consumo de drogas, particularmente de opiáceos, e logo inexistente e a um nível mediático que a apresenta como transbordante e promiscua. Este contexto viria a conservar-se inalterado, apesar da restrita informação sistemática disponível sobre o assunto, até ao aparecimento do fenómeno do SIDA, que iria relançar no início dos anos 80, a discussão sobre este domínio. O conjunto de investigações desenvolvidas na sequência do aparecimento deste vírus, irão contribuir para um melhor

conhecimento dos comportamentos sexuais da população toxicodependente. No entanto, ficará em aberto as questões que dizem respeito à sua vivência, à percepção, representação e posicionamento face às normas sociais que regem este comportamento, assim como a importância que este comportamento detém ao nível do processo terapêutico desta população.

Assim, hoje, e cada vez mais, um programa de acção terapêutica não se pode confinar a uma única área de intervenção, implicando necessariamente uma abordagem global do sujeito. A terapia do toxicodependente poderá então definir-se, como o conjunto e a articulação de diferentes intervenções; ao nível medicamentoso, social e relacional, articuladas no interior da relação sócio e psicoterapêutica, uma vez que, um abandono durável da dependência de drogas não pode ser dissociado da restauração da dinâmica pessoal. Se isto é verdadeiro ao nível terapêutico é igualmente correcto para o domínio da prevenção.

Tendo em mente a importância da articulação destas diversas intervenções, o presente estudo tem como objectivo, contribuir para o desenvolvimento de novas formas de prevenção e de intervenção terapêutica, que contemplem o indivíduo na sua totalidade, incluindo então o domínio da sexualidade, e lançar pistas para futuras investigações nesta área.

Duas preocupações fundamentais nortearam a elaboração do presente trabalho, por forma a assegurar a sua objectividade, por um lado, o não nos deixar levar por um “enamoramento” pelo personagem toxicodependente decorrente da experiência repetida do contacto terapêutico com esta população, e por outro, ainda na sequência deste primeiro, o não apresentar esta problemática, especificidade, como a única a merecer a necessidade de novas intervenções terapêuticas ou preventivas que abordem a sexualidade. Efectivamente esta necessidade de informação e discussão em torno da sexualidade humana não se limita à problemática da toxicodependências ou mesmo das dependências, revelando-se um dos domínios mais negligenciados em termos da investigação científica.

Respeitando estas duas preocupações, procuraremos, através de uma leitura da evolução histórica da relação entre a utilização de drogas e a sexualidade, contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno das toxicodependências no actual contexto social. Para num segundo momento, discutiremos o significado dos conceitos presentes na problemática toxicodependente. Analisaremos ainda a validade de um modelo de personalidade típico do toxicodependente e elaboraremos um conjunto de reflexões sobre a especificidade da relação terapêutica com esta população e da importância que a sexualidade detém neste processo..

Seguidamente apresentaremos alguns conceitos fundamentais ao nível da sexualidade e finalmente uma revisão bibliográfica sobre a investigação científica desenvolvida sobre o tema da sexualidade durante o consumo de substâncias tóxicas.

Na segunda parte deste trabalho, procederemos à descrição do delineamento experimental utilizado, à caracterização das amostras , assim como a forma como decorreu o processo de recolha dos dados, posto o que, apresentaremos os resultados obtidos, o seu tratamento e discussão. Por fim, exporemos as conclusões do presente trabalho e as limitações a que estas se encontram sujeitas.

Mais do que a recolha de um conjunto de entrevistas, este estudo viria a permitir-nos participar nas histórias de vida do conjunto dos entrevistados. Fica-nos a sensação de que este manuscrito reflecte assim, nada mais do que uma tímida imagem do conjunto de intensas vivências que a sua realização nos facultou.

I

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

CAPITULO I:

As drogas e da sexualidade: o contexto socio-histórico

As drogas foram descobertas e utilizadas pelo homem desde à milhares de anos e a sua relação com a sexualidade foi desde sempre muito próxima. A história desta relação estende-se desde o Neolítico, em que as drogas eram utilizadas como produto recreativo, e como "poções" indutoras e facilitadoras do amor até às actuais "Rave Partys", passando por exemplo pela utilização de uma panóplia de "afrodisíacos" ou pelo "Sex, Drugs and Rock and Roll". Esta relação pode ainda ser detectada, se analisarmos a evolução paralela que os dois fenómenos sofreram ao longo da história da humanidade e das alterações constatadas ao nível da representação social de cada uma delas.

O objectivo do presente capítulo é, permitir um enquadramento histórico e uma melhor leitura da relação que se constata no contexto socio-cultural actual, entre o fenómeno das toxicodependências e da sexualidade. através de uma breve ilustração desta relação.

Do Neolítico à Grécia Antiga

As plantações de dormideira, do Sul de Espanha e da Grécia, do Noroeste de África, do Egipto e da Mesopotâmia são provavelmente as mais antigas do planeta. Isto explicaria que o seu ópio contenha uma concentração de morfina (substância que viria

a conhecer o estatuto da droga mais popular de toda a história) duas e por vezes, três vezes superior à originária do Extremo Oriente.

A primeira notícia escrita sobre esta planta remonta ao terceiro milénio a.C., numa tábuca Suméria, através de uma expressão que designa igualmente "o gozo sexual".

Hieróglifos Egípcios referem o suco extraído da cabeça de diversas papoilas, o ópio, e recomendam-no como analgésico e calmante, tanto em pomadas como por via anal ou oral. Uma das suas utilizações reconhecidas, segundo o papiro de Ebers, é a de "evitar que os bebés gritem forte" (in: Escohotado,1994).

O ópio surge igualmente mencionado na "Odisseia" de Homero, como algo que *"faz esquecer qualquer pena"*.

Na Grécia antiga Teofrasto, discípulo directo de Aristóteles (384-322 a.C.), descreve já no primeiro tratado de botânica conhecido, a utilização terapêutica do ópio, e também o fenómeno da tolerância, que era considerado nessa época como um mecanismo de auto-imunização. Teofrasto, refere:

"Parece que algumas drogas são tóxicas devido à falta de familiarização, e talvez o mais exacto seja dizer que, a familiarização lhes retira o seu veneno, porque deixam de intoxicar quando a nossa constituição as aceita e prevalece sobre elas."

(Hist. Plant. IX,17,2)

Além de vinhos e cervejas, os Gregos usavam para fins cerimoniais e lúdicos o cânhamo e outras solanáceas (belenho, beladona, mandrágora). Conheciam

igualmente o uso de um estrato de haxixe com vinho e mirra para estimular reuniões privadas. No entanto, nenhuma outra droga viria a alcançar uma popularidade comparável ao ópio. Na época de Hesíodo, a cidade que se viria a chamar Sición, tinha o nome de Mekone, isto é, dormideira, e esta planta sempre foi o símbolo de Démeter, deusa da fecundidade. As mulheres casadas e com filhos, ornamentavam-se com broches e alfinetes com a forma do seu fruto, e os enamorados esmagavam as suas pétalas secas para averiguarem o futuro das suas relações através dos seus fragmentos.

A utilização médica do ópio remonta provavelmente aos primeiros templos de Esculapio, instituições semelhantes aos hospitais actuais, onde à sua chegada os pacientes eram submetidos a um "*incubatio*" ou sonho reparador. O tratado de Hipócrates (460-377 a.C.) sobre a histeria - transtorno que os Gregos, antecipando S. Freud, atribuíam a "sufocações uterinas" - recomenda a utilização do ópio para o seu tratamento.

As primeiras referências aos Comportamentos Sexuais (vide: Definição de Conceitos) e a forma como estes se estabeleciam e desenrolavam remontam precisamente a esta época, possivelmente dada a imagem de homossexualidade e promiscuidade com que a sociedade Grega é retratada actualmente. No entanto, como referiu Foucault (1976, pp. 59) o termo contemporâneo "homossexualidade", surgido apenas em 1870, e utilizado para identificar um "*espécie*" definida por "*uma certa qualidade da sensibilidade humana*" e uma preferência "*exclusiva*" por indivíduos do mesmo sexo, não é adequado para descrever as relações que se estabelecem então entre dois homens.

O apreço dos homens maduros, geralmente casados, por jovens do sexo masculino, surge como uma forma das formas normais do desejo, não dando origem a nenhuma categoria aparte. O essencial para a cultura Grega era que os papéis activo e passivo fossem claramente distintos (desde logo estes eram definidos por "éromène" e "éraste"). A pederastia Grega contém em si um carácter iniciático e implica uma diferença de idade e de condição social separe o éromène, cidadão adulto do éraste, escravo ou jovem impubre. O amor entre homens não é uma fraternidade entre iguais. Tanto mais que estas relações deixavam de ser toleradas quando se estendiam no tempo ou quando o éraste deixava de ser imberbe. Por outro lado, era impensável que o escravo representasse o papel activo da relação. Uma condenação moral era mesmo prevista, no caso de uma inversão sexual e/ou social. Paul Veyne (1984) descreveria fenómenos similares na civilização Roma.

Da Civilização Romana à ascensão do Cristianismo

Na civilização Romana a visão sobre as drogas era idêntica à perspectiva Grega. Na *lex Cornélia*, única legislação que rege a sua utilização desde a época da República até à queda do Império, diz-se:

"(...) droga é uma palavra indiferenciada, que define qualquer coisa que pode servir para matar, para curar ou como filtro de amor, sendo apenas punível a sua utilização criminosa." (in: Lex Cornélia)

No tratado "*Matéria médica*", o mais influente e importante tratado farmacológico da Antiguidade, Dioscórides descreve o ópio da forma seguinte: "*(...) retira totalmente a dor, mitiga a tosse, frena os fluxos estomacais e aplica-se a quem dormir não pode*".

Por este autor sabemos igualmente que a procura desta droga excedia a procura, sendo frequente a sua adulteração.

Mais interessante ainda, é o facto de que, tal como a farinha, o ópio ter sido durante o Império Romano uma mercadoria de preço controlado, com o qual não se permitia a especulação. No ano 312, um censo revela que existem 793 negociantes que se dedicam à venda do produto na cidade de Roma, e que o volume desse negocio representa 15% de toda a colecta fiscal. Ora, apesar deste impressionante volume de consumo o ópio não colocava aparentemente nenhum problema ao nível público ou privado, tanto assim que não existe nenhuma expressão em latim para designar um "opiómano" existindo no entanto cerca de uma dezena de expressões para "alcoólico".

A História está repleta de exemplos que demonstram o desejo do Homem para controlar o desejo sexual. Se o aumento desse desejo, através da utilização de "afrodisíacos", é o mais comentado, a sua redução foi igualmente procurada em diferentes épocas, através de "anafrodisíacos", fossem estes, alimentos, medicamentos ou dispositivos mecânicos. Neste desejo de controle, quer num quer noutro sentido, o recurso a produtos tóxicos assume um papel de destaque.

O mais famoso destes produtos, é o álcool, que tal como Shakespeare (1564-1616) refere (in: "Hamlet", 1604), pode funcionar como um desinibidor ou um depressor, em função das quantidades ingeridas. Produtos como a "*cantaridina*", alcalóide que se encontra em certos escaravelhos, ou a "*yohimbina*", extraído do yohimbé, arvore africana, têm igualmente a reputação de potencializadores do apetite sexual.

A ascensão do Cristianismo, conduziu a uma mudança radical da forma como as drogas eram encaradas. Ao contrario do que até aí se passava, a fé Cristã vai recusar e

interditar toda e qualquer utilização de drogas. A dor é encarada como uma graça divina que permite ao Homem expiar os seus pecados, e o estado de euforia como um sinal de uma "debilidade culposa". Estes dois dogmas, a que se soma a condenação de eutanásia - injustificável dado que a vida é encarada como uma dádiva de Deus -, constituem as bases fundamentais para a adopção de uma postura interdictiva.

A aparição desta nova ética restritiva, far-se-á igualmente sentir sobre a sexualidade, constituindo um acontecimento fulcral na história da sexualidade no Ocidente. Esta perspectiva não será no entanto, uma criação do Cristianismo. Os Estóicos, durante o I e o II século d.C., recomendavam já a moderação e a contenção. A identificação durável da nova ética sexual ao Cristianismo, fica a dever-se ao facto de que este movimento fornece, pela primeira vez na História, uma justificação religiosa às alterações de comportamento quer requer, o que se encontra em qualquer dos casos, na continuidade do enquadramento e controle social estrito que a instituição religiosa asseguraria. (veja-se entre outros: Ariès, 1991). De um apelo à virgindade e à contenção, fundadas sobre uma valorização do corpo humano, com Paulo, passamos com a Idade Média, a uma diabolização do corpo comparado a um lugar de deboche. Mas será sobre o matrimónio, que a nova ética sexual terá as maiores consequências. Para a Igreja, durante e após a Idade Média, o casamento não é nem pode ser marcado pelo pecado da conspurcação necessariamente envolvida no acto sexual. Para evitar que a sexualidade conjugal se transforme em fornicação, a Igreja conduzirá um longo combate por forma a controla-la e impor as suas leis, nomeadamente através da confissão.

Inicia-se assim o combate contra a simbolização, os seus efeitos não se farão tardar.

Um édito do Imperador Valentino, castiga com a pena de morte a celebração ou participação em "cerimonias nocturnas", o que acarreta a ilegalização de todo o rito místico do tipo extásico. No ano 391, o Bispo Teófilo, insta o incêndio da biblioteca de Alexandria. Stº. Agostinho declara o afã científico como uma "curiosidade malsana".

Sucessivos Concílios mandam exterminar ou vender como escravos os droguistas e as suas famílias. O droguista é um mago, e a magia está proibida.

Os medicamentos com melhor reputação nessa época eram as pulverizações de munitia do Egipto e o corno de unicornio moído, no entanto as indulgencias vendidas pelo clero eram consideradas como muito mais eficazes ainda, seguidas de perto pelos santos óleos, a água e as velas benditas.

O recurso às plantas, cognominadas de "diabólicas", era considerado como uma traição à fé, a sua utilização era apanágio de bruxaria, surgindo aos olhos da inquisição como associada ao erotismo. Com efeito, em 1470, pode ler-se num processo da inquisição: "as bruxas confessaram que em certas noites untam um bastão de madeira com um produto que lhes permite voar e que se untam com o mesmo produto nas partes peludas do corpo".

Durante quatro séculos, o entravar do desenvolvimento do conhecimento sobre a aplicação medica de plantas representará para a Europa um retrocesso de 1.500 anos.

Será necessário esperar até ao séc. XIV para que o ópio seja novamente utilizado como anestésico e o seu uso se generalize na Europa. Este fenómeno tornou-se possível a partir do momento em que as Republicas de Genova e Veneza decidiram de

comercializar esse produto em grande escala indo abastecer-se a Alexandria como faziam durante a época do Império Romano.

Com a descoberta do continente americano, os conhecimentos de botânica e das drogas aumentaram consideravelmente. A Europa foi inundada por toda uma gama de novos produtos como o café da Colômbia, o mate e o cacau do México, o guaraná do Brasil e, provavelmente por aquele que viria a conhecer maior sucesso, o tabaco, que era utilizado durante rituais iniciáticos desde o Mississipi até à Patagônia. As referências mais antigas ao ópio no mundo ocidental, devem-se a Duarte Barbosa, um navegador e viajante português. Segundo ele o ópio seria originário da Índia quando de facto este produto foi ai introduzido pêlos Árabes. Duarte Barbosa descreveria junto dos indianos "o costume de comerem ópio desde crianças", começando com pequenas quantidades, as quais iam sendo progressivamente aumentadas ao ponto de "se deixarem de o fazer, morrem imediatamente". Em 1563, o médico português Garcia da Horta (1501-1568), descreve a sua estadia na Índia em 1554, confirmando o "risco de morte" pelo ópio, e sugerindo já então as propriedades soníferas da planta.

Simultaneamente, o mundo ocidental foi marcado por fortes mudanças socio-culturais que facilitaram a aceitação e utilização das drogas. A repressão e o controle religioso foram abrandados dando origem a sociedades urbanizadas e mais livres no anonimato individual que permitem. Fosse o cogumelo *amanita* divulgado junto das famílias ricas na Rússia, o tabaco na Inglaterra ou o ópio e a cannabis na Itália, a utilização de drogas foi entrando nos costumes europeus (Crawshaw, 1979). O consumo de álcool também aumentou, dada a recente introdução de novos métodos de destilação que o

tornaram economicamente acessível, implantando-se definitivamente a sua utilização recreativa.

No séc. XIX, durante o auge da burguesia Vitoriana, "*Em torno do sexo reina o silencio. A lei dita o casal legitimo e procriador. (...) se verdadeiramente há que dar um lugar às sexualidades ilegítimas, então que partam com o seu escândalo para outra parte: onde possam ser reinscritas, se não no circuito de produção pelo menos nos de lucro. O bordel e o manicómio serão esses lugares de tolerância*" (Foucault, vol. I, pp.9-10). "*Nos demais lugares o puritanismo moderno, havia imposto o seu triplo decreto de proibição, inexistência e mutismo*". (Foucault, vol. I, pp.11).

O conhecimento em matéria de drogas vai conhecer um desenvolvimento impressionante durante o séc. XIX a partir da descoberta dos princípios activos de diversas plantas, os denominados medicamentos puros. Esta sucessão de descobertas inicia-se em 1804 com a morfina , à qual se sucedem a codeína em 1832, a anteporia em 1833, a cafeína em 1841, a cocaína em 1860, a heroína em 1883, a messalina em 1896 e os barbitúricos em 1903. O caso da morfina foi especialmente importante> isolada em 1804 pelo alemão Frederick Steiner, como principio activo do ópio, baptizada como morfina em 1817, começaria a ser utilizada por volta de 1825 como analgésico e antídoto à dependência do ópio. O seu uso foi raro até 1850, ano da invenção da seringa hipodérmica. Esta permitiria ,segundo a voz popular, administrar a morfina sem provocar a dependência, uma vez que deste modo o produto químico não penetrava no estômago. Nessa época o público em geral era convidado a comprar seringas e a utiliza-las livremente. A utilização da morfina tornou-se de tal forma generalizada, sobretudo entre os militares, que no fim da Guerra Civil Americana

(1866) e da Guerra Franco-Germânica (1870) a morfinomania era conhecida como a "doença dos soldados". Alguns anos mais tarde em 1874, a heroína, derivado químico da morfina, seria preparada pela primeira vez em Inglaterra, mas o seu uso não se espalharia antes de 1880. E em 1898 a companhia Bayer alemã iniciou a produção comercial de heroína, que era recomendada para curar a morfinomania.

Em 1900, todos estes produtos se encontravam disponíveis em qualquer farmácia ou boticário podendo mesmo ser encomendados pelo correio a partir da América, da Ásia ou da Europa. Nessa época, o consumo e a comercialização desses produtos não levantava nenhuma questão ao nível político, jurídico ou de ética social.

Esta situação iria sofrer uma drástica alteração a partir do momento em que os Estados Unidos desenvolveram uma vigorosa reacção puritana contra os emigrantes que chegavam às grandes cidades, associando o consumo destas substâncias aos diferentes grupos étnicos.

Em 1905, dando ouvidos às primeiras vozes de alarme o Congresso Americano encarregou um Comité Especial de estudar e avaliar o número de "habituaados" aos opiáceos e à cocaína nos Estados Unidos. Este Comité concluiu que deveriam existir cerca de duzentas mil pessoas nessas circunstâncias - numero que representava 0.5% da população da época - mas que o ritmo de aumento das importações das drogas fazia prever uma rápida ampliação desse valor. Segundo o mesmo relatório os "habituaados" ao ópio e à morfina eram maioritariamente indivíduos da segunda e terceira idade, bem integrados social e laboralmente, que haviam começado a consumir essas drogas por prescrição médica e que as consumiam desde uma ou mais

décadas. E ainda de acordo com esse estudo, entre 1906 e 1914, o Estado de Georgia, supostamente o mais flagelado pelo abuso de drogas entre a população negra, assinalou apenas dois casos de pedido de tratamento para este vício. Mais interessante ainda é a completa ausência desse relatório do relato de casos de overdose ou de delitos cometidos sob a influência de ópio ou de morfina. Entre o material analisado por este Comité figuravam alguns recortes de jornais que relatavam o aumento do número de agressões sexuais a mulheres de raça branca por negros sob o efeito de cocaína (fundamentalmente devido à Coca-Cola), mas esse material foi considerado como inconclusivo.

Em 1919, catorze anos depois, um novo Comité Especial encarregado pelo Congresso Americano de avaliar o número de "habitados", que passaram a receber a designação de "aditos", considerou que eles eram 238.000. Este valor não só contrariava as previsões do relatório produzido pelo primeiro Comité, como ainda representava um crescimento inferior ao da população Americana.

No entanto, a América encontrava-se "inflamada por um fervor proibicionista" e a cifra de 238 mil pessoas foi entendida como "monstruosa". A constituição da "Anti Sallon League", que tinha como objectivos a criação de uma América "limpa de ebriedade, de jogo e de fornicação" conduziu em 1920 à aprovação do "Volstead Act" ou "Lei Seca" que proíbe a produção, comercialização e consumo de bebidas alcoólicas. Uma vez mais o puritanismo e a repressão sexual fazem-se acompanhar de medidas repressoras da utilização de drogas. O Senador Volstead, difunde no próprio dia da sua aprovação um comunicado entre o qual se pode ler:

"(...) Os bairros pobres serão de pronto uma coisa do passado. As cadeias e casas correcionais ficarão vazias. Todos os homens voltarão a caminhar erguidos, todas as mulheres sorrirão e todos as crianças rirão. As portas do inferno fechar-se-ão para sempre". (Senador Volstead, 1920, CE. cit. in: Escohotado, 1994)

Três grandes "famílias" - a judia, a irlandesa e a italiana - disputam e repartem entre si o monopólio da violação da "Lei Seca", enquanto os consumidores de álcool alimentam os seus Sallons clandestinos ou recorrem a algum medico para obterem uma receita de whisky, conhaque ou vinho por um preço algo superior.

Em 1933, treze anos depois, a "Lei Seca" é revogada atendendo a que produziu, *"injustiça, hipocrisia, criminalização de grandes sectores sociais, corrupção e a criação do crime organizado"*.

Até então separadas por ferozes rivalidades as três "famílias" acordam uma política de coexistência pacífica, aconselhável face à iminência da ruína que representa o fim da proibição. É então que os chefes dos gangs judio e italiano estudam a possibilidade de se dedicarem ao negócio da morfina e da cocaína, aproveitando a proibição vigente sobre estas drogas. A cocaína não se afigura como uma boa possibilidade uma vez que nesse mesmo ano se havia iniciado a comercialização das anfetaminas - estimulante muito mais potente e de venda livre nas farmácias - , e a morfina surge ainda então como associada a gente dentro da ordem. No entanto, o legislador americano ilegalizou a produção e venda de heroína - utilizada até esse momento como cura para os opiómanos e morfinómanos . E será aqui que estas "famílias" encontrarão o seu negócio.

Por volta de 1950, o uso de produtos tóxicos havia alcançado proporções tais que merece a designação de epidemia. A Organização Mundial de Saúde, propõe então as seguintes definições:

"A toxicomania é um estado de intoxicação periódico ou crônico, engendrado pelo consumo repetido de uma droga, natural ou sintética. As suas características são: um invencível desejo ou uma necessidade de continuar a consumir a droga e a procurá-la por todos os meios; uma tendência a aumentar as doses; uma dependência de ordem psíquica e geralmente física em relação à droga; os efeitos nocivos ao indivíduo e à sociedade." WHO - Technical Report Series, 1957

"A acostumação é um estado resultante do consumo repetido de uma droga. As suas características são: um desejo de continuar a tomar a droga por causa da sensação de bem-estar obtida; pequena ou nenhuma tendência a aumentar as doses; uma certa dependência psíquica em relação aos efeitos da droga mas ausência de dependência física e por consequência, ausência de síndrome de abstinência; os efeitos nocivos; se é que existem, dizem sobretudo respeito ao próprio."

WHO - Technical Report Series, 1957

Em 1955, a Academia de Medicina de New York redigiu um documento em que insistiu sobre o fracasso de uma política nacional baseada exclusivamente sobre a desintoxicação e a repressão mantida depois de 1923, data do encerramento da última clínica dos E.U.A. que praticava a substituição por opiáceos (morfina e heroína) junto de pacientes toxicodependentes crônicos. Estas clínicas, "Narcotics Clinics" haviam alcançado o número de 44. A mesma Academia iria ainda insurgir-se contra o regulamento federal que interdita aos médicos de prescrever opiáceos a toxicodependentes a fim de permitir a estes últimos de levarem uma vida normal e útil

("useful") até que perspectivem uma desintoxicação. Em 1959, um documento conjunto da Associação de Juristas Americanos e a Associação Médica Americana, refere um abrandamento das penas infligidas aos toxicod dependentes e o restabelecimento de programas experimentais de substituição, desta vez através de um novo opiáceo, a metadona.

Durante os anos 60 assistiu-se, na sequência do fim da Segunda Guerra Mundial, e da subsequente explosão demográfica, a todo um conjunto de mudanças sociais. de que os movimentos Pop Flower e Hippie, a contestação juvenil, o Maio de 68, os movimentos de libertação feminina, o lançamento dos anti-conceptivos orais, a prática do divorcio e da possibilidade de interrupção de gravidez foram algumas das faces mais visíveis.

Ora seria durante esta década que ocorreria a explosão do aparecimento de escritos sobre a juventude e a droga.

Em 1969 o WHO Experts Committe propôs uma nova definição de dependência, procurando uma maior adaptação ao que então se passa na nova sociedade de consumo:

"A farmacodependência é um estado psíquico e algumas vezes físico, resultante da interação entre um organismo vivo e um medicamento caracterizando-se por modificações do comportamento e por outras reacções que compreendem sempre uma impulsão para tomar o medicamento de maneira contínua ou periódica, a fim de reencontrar os efeitos psíquicos e por vezes para evitar a privação. Este estado pode acompanhar-se ou não de tolerância. Um mesmo indivíduo pode ser dependente de vários medicamentos." WHO - Technical Report Series, 1969

Esta nova definição, muito mais ampla, vem retirar os termos de toxicomania e acostumação, ao mesmo tempo que introduz novas perspectivas sobre o fenómeno: a modificação sobre o comportamento, a distinção entre dependência física e psíquica, e a revisão da noção de tolerância, esboçando ainda pela primeira vez a noção de politoxicodependência.

E saliente-se ela surge apenas 12 anos depois da primeira, o que demonstra bem a extremamente rápida evolução que o fenómeno das dependências já então evidenciava. Por fim ela veio ainda dar conta do fenómeno inédito na história da Humanidade, que os anos 60 vêm ainda testemunhar, e que Olivenstein (1980) designaria por "*drogas ideológicas*". Este fenómeno corresponderia à utilização do consumo de drogas como porta-estandarte de uma contestação e recusa social, a título de exemplo refira-se T. Learay cuja bandeira foi o LSD.

Ora curiosamente sexo e droga surgem no entanto, de novo lado-a-lado, dado que por forma a contestar o sistema social estes movimentos defendiam o recurso às drogas assim como a prática do amor livre. Neste facto teria origem a ideia de que a toxicodependência representa um dos indicadores do mal-estar e da insatisfação social das sociedades contemporâneas.

Na sequência por um lado, dos movimentos de libertação feminina, iniciados no final dos anos 60, através dos quais estas reivindicam, entre outros, o direito a "dispor dos seus próprios corpos", e por outro lado, da evolução dos métodos de anti-concepção, os modelos relacionais entre os homens e as mulheres e as normas do comportamento sexual conheceram extraordinárias transformações. Tradicionalmente a mulher deveria ser devotada, passiva e submissa à ordem da natureza e do desejo do homem..

Ora a sua progressiva autonomização, permitiu-lhe passar a negociar no seio do casal

novos comportamentos sexuais e partir à busca do seu próprio prazer. Abriu-se assim um espaço de negociação que possibilitou aos parceiros uma verdadeira exploração mútua.

Durante os anos 70 e 80 assiste-se ao aumento do aparecimento e do consumo de substâncias psicotrópicas, e em particular daquelas que afectam o psiquismo e que não são aceites pela sociedade. Estas últimas tendam a assumir um papel cada vez mais importante. A politoxicomania, perante a qual a compreensão pouco pode ajudar, viria como refere C. Dias (1980) a tornar-se a forma mais comum do comportamento toxicómano. Este autor acrescenta ainda que, "*as drogas variam, apresentam os seus próprios ciclos e estendem-se na nova forma de consumo a todo o planeta*" (op. cit., pp.23). Esta realidade foi expressa por exemplo no estudo conduzido durante 4 anos por Cuomo, M. et al. junto de uma população de estudantes universitários nos Estados Unidos. Segundo esse estudo e durante o período entre 1986 e 1990, o consumo de cocaína declinou de 39% para 21%, o tradicional uso de anfetaminas de 22% para 12%. Não foram encontradas diferenças significativas no que respeita ao uso de marijuana 68% em 1986, 64% em 1990, ou de LSD (lysergic acid diethylamide), 14% em 1986, 17% em 1990. No entanto, a utilização de mescaline/psilocybin aumentou de 8% para 24% assim como o de MDMA, conhecido como "Ecstasy" (3,4-methylenedioxymethamphetamine), que passou de 16% para 24%.

E dados mais recentes de uma sondagem realizada em França pela Fondation Toxicomanie et Prévention (Sofres, 1994), referem que 17% da população dos alunos entre os 12 e os 17 anos, haviam sido solicitados para consumir haxixe e que 6% aceitaram essa proposição. As motivações avançadas para este facto foram, por ordem decrescente, a procura de prazer, a curiosidade e a transgressão de um interdito. Este

estudo refere ainda que 2% da população entrevistada havia consumido ou consumia , cocaína e/ou heroína.

Por outro lado, a década de 80 ficará ainda marcada pelo aparecimento do fenómeno do SIDA, que uma vez mais viria relançar a discussão sobre a sexualidade, impondo novas normas de comportamento sexual, e onde os toxicodependentes, na qualidade de "grupo alvo", viriam a desempenhar um papel de destaque.

Assim em consequência, as sociedades contemporâneas assistem actualmente a uma evolução sem precedentes dos "rapports sociaux de sexe" (reportórios sociais de sexo), das relações Homens/mulheres ou Mulheres/homens. Como refere Welzer-Lang (1992), seja esta evolução devida "*à escolarização massiva das mulheres, o carácter misto dessa educação, a sua reaparição sobre o mercado de trabalho salariado, o acesso à contracepção ou ao aborto, a identificação e estigmatização das violências sexistas..., poucos são os sectores, onde a marcha no sentido da igualdade de direitos não produziu efeitos directos ou indirectos*" (op. cit., pp.10). Por outro lado assistimos ainda, ao questionamento, desmantelamento e à reformulação dos modelos relacionais e dos papéis e normas sociais que ameaçam estender-se até aos seus valores mais estáveis. Exemplo disto, o fenómeno da Andrógénia, cada vez mais discutido e patente nas sociedades contemporâneas, tem sido acompanhado por uma indefinição dos papéis (rolles sociaux de sexe) masculino e feminino, e representa bem a dimensão das mudanças em curso.

Desta breve digressão histórica sobre a utilização de substâncias tóxicas e da sexualidade, salientam-se diversos aspectos pertinentes para o presente trabalho.

Ao nível destes dois domínios do comportamento humano, constata-se:

(1) que ambos sofreram ao longo da história diversas formas e representações;

(2) que ambos comportam, para além do plano fisiológico, por um lado, uma componente psicológica e intra-psíquica, mas por outro, uma não menos importante carga social;

(3) que ambos sofreram ao longo do tempo alterações cíclicas ao nível da sua expressão e da sua possibilidade de expressão;

(4) que ambos estão longe de serem domínios tranquilos, passíveis de uma observação objectiva e neutra, isto é, sem a interferência de preconceitos mais ou menos moralizantes, oriundos finalmente da nossa própria história pessoal;

(5) que ambos são por excelência, territórios que desde sempre se prestaram a justificar a estigmatização e a exclusão.

Por um lado, nenhuma destas constatações constituem uma novidade ou se poderiam dizer particulares ou exclusivas da sexualidade e da toxicodependência.

Por outro lado, a sua referência é cada vez mais importante para a compreensão da relação entre toxicodependência e sexualidade nas sociedades contemporâneas.

CAPITULO II

DAS TOXICODPENDÊNCIAS

OS PRODUTOS E O CONSUMO

Os especialistas em drogas têm hoje a tendência para estimar que a natureza do produto e os seus efeitos têm pouca importância no consumo das drogas, e nesse consumo, são somente determinantes a motivação para esse consumo e o significado desse consumo, isto é, a relação entre a pessoa e o produto. Porém se consideramos que o indivíduo não está isolado mas que se desenvolve dentro de um grupo de pares que confere um valor de hierarquização aos consumidores, podemos dar-nos conta que a análise do consumo de drogas não pode limitar-se exclusivamente à relação entre o indivíduo e uma substância. E teoricamente poderíamos pensar que três aspectos, baseados na comunicação poderiam servir de base para desmontar aquela hierarquia:

- (1) desmontar o medo da droga, isto é, propagar a imagem veiculada pelas sociedades actuais, que apresentam as drogas como um problema exótico, misterioso e não manejável;
- (2) situar as drogas ilegais dentro do contexto geral das diferentes drogas disponíveis e destruir assim certos preconceitos sobre os quais se funda a

valorização ou desvalorização social dos comportamentos de consumo;

(3) captar de forma precisa o contexto humano em que os perigos físicos e psicossociais que comportam o consumo abusivo de certas substâncias ou bens de consumo, guardando aqueles que aportam benefícios para o estabelecimento de uma relação custo/benefício mais objectiva.

CONCEITOS DE DEPENDÊNCIA E INDEPENDÊNCIA

1. Se partirmos da linguagem corrente, espelho da cultura de uma sociedade, esta leva-nos a "julgar" os "droga-adictos" em função de valores ou de conceitos gerais:

Indivíduos Normais	X	Toxicodependentes
TÊM:		TÊM:
- Manejo de si mesmo;		- Ausência de vontade;
- Autonomia;		- Alienação;
- Independência;		- Dependência;
- Liberdade;		- Estão prisioneiros;
- Criatividade/combatividade.		- Passividade/desmotivação.

2. De facto estes valores são abstractos. A realidade da vida quotidiana torna-os difíceis de alcançar e vivemos então na contradição.

Exemplo:

Valores	X	Realidade
- Manejo de si mesmo		- Sentimento de incapacidade, por exemplo perante o progresso tecnológico; - Sentimento de ser ultrapassado, perda de controle devido ao stress e nervosismo.
- Autonomia		- Medo das responsabilidades; - Medo do risco; - Medo do confronto com a diferença.
- Independência		- Obrigações impostas pelo mundo do trabalho, pelas necessidades económicas da vida em sociedade.

- Liberdade

- Tendência à submissão face à
autoridade

- Abster-se de...

- Voltar-se para dentro.

- Criatividade/combatividade

- Fatiga, sentimento de "para que
fazer isto ?"

3. Na maior parte do tempo estas contradições e frustrações não colocam problemas.

No entanto implicam um conjunto de necessidades fundamentais do ser humano, que para alcançar a satisfação necessita de meios de compensação, de modos de resolução ou de modos de escape aos conflitos.

As estratégias de adequação a uma vida aceitável são diversas, e em função do indivíduo e/ou das circunstâncias, revelam-se mais ou menos adequadas. As que podem ir no sentido de uma dependência são por exemplo:

Necessidades

X

Comportamento

- de Segurança

- Assegurar-se procurando todo o
tipo de bens de consumo; Fugir do
medo, atordoando-se com todo o
tipo de diversão.

Da observação deste esquema podemos constatar que a estruturação das sociedades actuais tende a transformar os seus elementos em dependentes.

4. A adequação destes meios pode avaliar-se através dos quatro critérios seguintes:

(1) a rapidez com que o indivíduo desenvolve uma dependência;

(2) o benefício retirado pelo indivíduo (prazer, calma, bem estar,...) a curto e sobretudo a longo prazo;

(3) os problemas e consequências que podem causar (saúde física e mental, económicos, repercussões sobre a família e o meio);

(4) a valorização ou ao contrario a condenação de que estes comportamentos são objecto segundo as normas sociais vigentes.

5. Falar-se-há de dependência ou abuso de drogas a partir do momento em que os prejuízos e/ou riscos do consumo das drogas são mais importantes que os benefícios. Falar-se-há de toxicomania quando a dependência se cristaliza e não se modifica com o tempo, conduzindo a uma alienação dos propósitos iniciais.

FACTORES SOCIOCULTURAIS DA DEPENDÊNCIA

INCAPACIDADES PSICOSOCIAIS

Toda uma gama de incapacidades psicossociais podem estar associadas aos problemas ligados ao abuso de álcool e de outras substâncias tóxicas. A natureza da relação entre as incapacidades sociais por um lado, e os problemas que advêm do próprio consumo por outro, são muito complexas e de difícil avaliação. As primeiras podem ser provocadas pelas segundas ou vice-versa, ou ainda, os dois fenómenos podem ser provocados por um terceiro factor ou conjunto de factores. Certas incapacidades psicossociais encontram-se especificamente e directamente ligados ao abuso de substâncias psicoactivas, outras não são mais que associações indirectas, outras ainda não apresentam nenhuma relação com este comportamento. Mais complexo ainda, é o grau de variação que estas associações apresentam em função dos diferentes grupos de substâncias psicoactivas, (álcool, preparações farmacêuticas psicoactivas, preparações caseiras psicoactivas, drogas ilícitas) e em função do tipo de substância dentro de cada um destes grupos (por exemplo, benzodienzebinas, cannabis, cocaína, heroína). A representação social destes comportamentos tem de forma dramática a tendência a generalizar estas atribuições, incorrendo muitas das vezes em simples e reducionistas juízos de valor.

Desta forma, encontramos por vezes face a um conjunto principal de incapacidades psicossociais frequentemente associadas aos problemas ligados ao consumo de

- de Comunicação

- Procurar o calor de um grupo através do consumo de álcool ou cannabis.

- de Afecto

- Pagar uma "rodada"; (vide: Léxico)

- Oferecer bens de consumo;

- Comer muito.

- de Paz e Tranquilidade

- Ultrapassar o stress por meio do consumo medicamentos ou de tabaco

- de Criatividade e Espaço

- Evadir-se em fantasias, sonhos, televisão;

-Oferecer-se uma viagem "(drogas: anfetaminas, ácidos, ecstasy,...);

(vide: Léxico)

- Andar de automóvel/consumir quilómetros;

- Híper investimento profissional

substâncias psicoativas, sem que nenhuma relação causal específica se encontre sistematicamente estabelecida entre os dois fenómenos.

Exemplos disto são as associações comumente estabelecidas entre o alcoólico e o vagabundo ou entre o consumo de drogas denominadas de drogas duras e a delinquência e a promiscuidade sexual.

Existem, no entanto, laços estreitos entre o consumo regular de drogas e outros comportamentos sociais, (como sejam: a entrada precoce na sexualidade, experiências de violação, de incesto, e de insucesso escolar), que passaremos a detalhar, com base num relatório do "Program Substance Abuse" da O.M.S. sobre o tema referido.

Meio Social Comportamento causado pelas drogas

Família: Ausência de contacto ou contacto disfuncional face aos elementos próximos;

Problemas frequentes no estabelecimento de uma relação estável;

Disputas familiares frequentes, violência conjugal, separações, divórcios;

Função parental negligenciada ou irregularmente assumida, maus tratos infligidos à criança.

Educação: Maus resultados escolares, absentismo frequente;

Insucesso escolar, abandono.

Profissão Instabilidade profissional, incapacidade de conservar um emprego;

- emprego:** Maus resultados, absentismo, conflitos com os colegas;
Desemprego.
- Contactos sociais e lazer:** Problemas ao nível da interacção pessoal com os amigos;
Problemas frequentes com os vizinhos;
Dificuldades nas actividades de lazer;
Dificuldades para viver só.
- Alojamento:** Instabilidade;
Más condições de alojamento;
Má manutenção, arrumação, limpeza;
Ausência do domicílio.
- Finanças:** Rendimento insuficiente;
Má gestão financeira;
Dividas.
- Situação jurídica:** Problemas frequentes com a policia e tribunais, detenções;
Delitos ligados à toxicodependência ou não;
Penas de prisão.
- Descendência:** Problemas com a educação dos filhos;
Negligência.

in: "Toxicomanie et enfants de rue"

WHO/PSA/93.5 ANNEXE VI

pp.1

Estes factores encontram-se ainda associados a outras variáveis do meio como:

- a desintegração da célula familiar;
- o fosso entre a escolaridade e a realidade da vida concreta;
- a emigração;
- a mobilidade social;
- a ausência de actividades de prazer acessíveis e úteis;
- a opressão;
- a discriminação;
- a disponibilidade do produto; e
- a pressão dos traficantes.

Os resultados de diversas investigações, demonstram que o fenómeno da toxicodependência é mais frequente nas famílias que não facultam ao jovem um suporte consistente, isto é, marcadas por uma ausência parental e a não implicação nas actividades do jovem. Por outro lado, é ainda patente a grande incidência nestas famílias de histórias de violência física e afectiva e de violações. Torna-se assim evidente que estes indivíduos ao crescerem num meio no qual desenvolveram laços negativos e pouco consistentes, quando na adolescência são confrontados com a sociedade, nela vão projectar todo a sua experiência passada. Na procura do seu lugar, se a estrutura social não comporta as condições suficientes para lhe oferecer, o adolescente tende a partir à busca do seu lugar entre a classe social mais sólida, repleta

de mistérios e de uma grande exaltação de valores sociais, a nova casta social dos nossos marginalizados - os toxicodependentes.

OBSERVAÇÕES DO FENÓMENO

É geralmente admitido que o factor que melhor permite predizer a utilização e o abuso de substâncias licitas ou ilícitas numa qualquer sociedade é precisamente a observação do seu sector jovem. A Adolescência é considerada como um período de curiosidade, de exploração e de busca de identidade. Esta procura comporta já de si, um risco. Este poderia traduzir-se através de uma descoberta precoce ou tardia dessa identidade. Constata-se em diversos países, que os jovens abandonam o núcleo familiar para trabalharem antes de completarem o processo de maturação da adolescência. Neste movimento, o jovem vê-se exposto ao contacto com todo um conjunto de drogas, em particular aquelas a que o acesso é mesmo restrito, como o tabaco, o álcool ou o haxixe. Num meio em que a influência do grupo é predominante, as expectativas da sociedade fazem com que a busca e o consumo de estupefacientes, se transforme numa das facetas do processo de desenvolvimento, numa parte da vida.

No polo oposto, encontra-se o fenómeno, em desenvolvimento crescente na sociedades contemporâneas, dos adolescentes, jovens-adultos, que eternalizam a sua permanência no núcleo familiar, até ao completarem os estudos.

Durante as etapas iniciais do consumo de drogas, a maioria dos indivíduos não desenvolve necessariamente problemas graves, sejam estes físicos, psicológicos,

jurídicos ou sociais. A experiência é uma variante do consumo. Como veremos no capítulo seguinte, na espécie humana, o consumo de drogas é muito mais representativo de um aspecto funcional do que de uma patologia. Quando interrogamos os jovens toxicodependentes, eles apontam o aborrecimento, a curiosidade e o desejo, como as razões principais para o início dos consumos. Contrariamente, os factores que se encontram na base da utilização regular, que conduz à dependência, podem ser muito diferentes. Considera-se actualmente que os jovens que mantêm e aumentam em escalada os consumos de drogas, são mais vulneráveis, como resultado dos problemas adjacentes aos consumos. Regra geral, falta-lhes a possibilidade de acesso a todo um leque de recursos interiores e exteriores exequíveis.

UM MODELO DE INVESTIGAÇÃO

EM TOXICODPENDÊNCIA

Uma das formas de conceptualizar o consumo de drogas, consiste em utilizar o "Modelo Modificado de Stress Social", elaborado pelo Program of Substance Abuse da O.M.S.. Este modelo foi concebido a partir dos trabalhos de Rhodes & Jason (1988) e assenta sobre a avaliação da capacidade de "confrontação" do indivíduo face às dificuldades. Este modelo procura avaliar a forma como a maior ou menor integração das variáveis do meio ambiente, social e cultural são susceptíveis de influenciar o consumo de drogas.

Assim, parece-nos válida a hipótese de que, o risco do abuso de drogas, resulta da falência da capacidade de "confrontação" do indivíduo, face a factores como: o nível de stress, a problemática pessoal. (de que é exemplo a sexualidade), da imagem transmitida pela sociedade, ou grupo social, a propósito das drogas e dos efeitos das mesmas . Quando o indivíduo, se vê ultrapassado ao nível da sua capacidade de "confrontação" social e individual, é impelido para fora do comportamento permitido pela moral quotidiana em que se desenvolve e incapacitado na possibilidade de "confrontação" dos seus valores, perante os desafios e apelos da sociedade contemporânea, encontrará na substancia tóxica o refugio para este conflito insustentável.

A RELAÇÃO COM O PRÓPRIO

OU A BUSCA DE IDENTIDADE

Actualmente, um numero cada vez maior de indivíduos, e particularmente os que vivem nas grandes aglomerações populacionais, sofrem de um terrível sentimento de vazio e aborrecimento, como se esperassem uma coisa não chega jamais. O Cinema, a Televisão, o Desporto e os Eventos Políticos distraem-os durante algum tempo, mas depois dessa diversão esses indivíduos reencontram-se uma e outra vez, cansados perante o deserto da sua própria vida. A única aventura que para o homem actual continua a valer a pena situa-se no reino interior do seu "Eu". É com uma consciência vaga deste facto, que muitos se lançam numa busca exterior do produto ou da pessoa, que lhes vai permitir este encontro. Assim afastam-se completamente dos caminhos

tradicionais, tratando de dar uma quotidiana e constante atenção à sua procura, o que equivale a viver em dois planos ou em dois mundos diferentes ao mesmo tempo. Este processo que implica já a dependência.

DA EXPERIÊNCIA À TOXICODEPENDÊNCIA

Como anteriormente já referimos, as relações de dependência podem ser estabelecidas relativamente aos mais diversos produtos (dentro dos quais se inscrevem as drogas), a outros indivíduos (através do estabelecimento de relações funcionais ou afectivas nas quais se inscrevem as funcionais) ou actividades. No entanto, iremos centra-nos sobre a relação estabelecida com os opiáceos, e em particular com a heroína, já que esta representa aproximadamente 80% dos pedidos recebidos nos centros para toxicodependentes na Europa. A heroína pode ser fumada sniffada e injectada, e cria, depois de um numero reduzido de tomas uma forte dependência física e psicológica. Quando é injectada produz um “*flash*” sensivelmente idêntico ao orgasmo sexual. O processo de dependência passa por diferentes etapas: as primeiras experiências, a “lua de mel”, a toma regular, e a saída. Seguidamente vamos descrever sinteticamente essas 4 fases.

A EXPERIÊNCIA

O primeiro contacto com a heroína desenrola-se habitualmente entre os 15 e os 22 anos, em função do contexto sociocultural, e depois da tomada de outros produtos,

como o álcool, o haxixe, os medicamentos, os ácidos etc. Esse primeiro contacto não implica necessariamente uma dependência, e podem mesmo decorrer vários meses ou anos antes que o indivíduo se torne dependente. O numero de indivíduos que afirmam ser dependentes desde o primeiro contacto é muito reduzido, representando segundo um estudo de caracterização por nós efectuado junto da população acolhida no Centro das Taipas entre 1993 e 1994, aproximadamente 12 % da população total (Rodrigues et al., 1994).

A decisão de um consumo regular acontece mais tarde e vai ser descrita como sendo independente da própria vontade do sujeito: “- Quando me dei conta já lá estava”.

Até esse momento a sexualidade é descrita como rica e mais que satisfatória pela possibilidade de controle do orgasmo que o consumo de heroína então possibilita.

Contudo os indivíduos relatam frequentemente a existência de dificuldades de comunicação com o sexo oposto, e descrevem-se a si mesmo como estando fechados sobre si próprios numa espécie de introspecção.

A “LUA DE MEL”

Uma vez desencadeada a paixão, como numa relação de casal, o heroinomano vai manter com a sua amante uma relação passional e obsessiva. Como nos jovens casais em busca de isolamento a toma de heroína, que no inicio é partilhada, vai passar a ser

muito rapidamente um comportamento individual isolado. Devido á necessidade de satisfazer a sua paixão, e á tolerância ao produto, o heroinómanos vão progressivamente aumentar as doses e a frequência das tomas. Esse estado de paixão vai-se manter por um período mais ou menos longo em função das possibilidades económicas e da estrutura psíquica do indivíduo. Durante esse período ocorre uma baixa da libido e uma abstinência sexual quase total.

O CONSUMO REGULAR

Esta etapa inicia-se com a tomada de consciência duma dependência física, quer dizer quando o sujeito percebe que se ele não toma o produto ele entra em perda. As doses e a frequência das tomas estabilizam e tornam-se numa conduta obsessiva e compulsiva. A amante tão desejada vai progressivamente transformar-se em pesadelo do qual o indivíduo não consegue acordar. O heroinómano encontra-se num labirinto de que ele não encontra a saída e que é habitado por um Minotauro que lhe devora a vontade de procurar essa saída. Esta fase é acompanhada por uma degradação física e social de que a única saída é por vezes a morte.

Numa perspectiva fisiológica a toma de heroína vai fazer baixar a pressão sanguínea, o que vai provocar disjunções da erecção no homem e criar alterações ao nível hormonal que vão desregular completamente os ciclos menstruais das mulheres. Embora uma regressão sexual seja manifesta, contudo não podemos falar de uma verdadeira incapacidade física, mas uma ausência de desejo ao nível psicológico. De facto vários factores impedem ao indivíduo o desenvolvimento de relações sociais e de casal com a heroína segundo os esquemas impostos pela sociedade: a pressão permanente da

necessidade do produto, a distorção da imagem corporal de si mesmo, e uma diminuição da sua autoestima. Entretanto o fantasma de uma sexualidade normal continua presente no imaginário do toxicómano. Essa normalidade é enquadrada num universo cheio de desejo, onde a sensação física está ausente, donde a busca permanente de satisfação que não se concretiza no plano físico. A anormalidade é portanto vivida como um “ mundo estagnante” que implica relações estáveis e onde uma relação sexual continua é atribuída a pessoas que não tomam o produto e com quem a identificação é impossível ou inaceitável.

A experiência de uma sexualidade sem desejo leva ao estabelecimento de ligações que giram em torno do produto e passam igualmente pelo sexo. O corpo é vivido como um veículo de prazer e utilizado em situações ou relações polígamas sem que isso represente uma real orientação sexual. Isto deixa pensar que os toxicómanos não têm vida sexual mas de facto nenhuma teoria científica veio apoiar esta teoria.

A SAÍDA

A busca do fim da dependência é sempre um processo que leva bastante tempo, marcado por idas e vindas, complexas e dolorosas. Se, ao entrar na dependência o heroinómano “abandona” um mundo que ressentido como agressivo, a saída implica a confrontação com uma realidade ainda mais agressiva, marcada pela dor física e psicológica da falta e sobretudo pela experiência do vazio.

Este processo compreende a resolução de duas etapas: a dependência física e a dependência psicológica. Essas duas etapas são confundidas a maior parte do tempo.

O indivíduo e a sua envolvente buscam a cura através da desintoxicação como resolução mágica de todos os seus problemas.

“Eu não tomo o produto pelo prazer que ele me dá; ao tomo-o apenas para tirar as dores, tomo-o apenas para conseguir ser normal”. É precisamente sobre esse ser normal que o fantasma de uma sexualidade normal vai jogar um papel determinante. Em busca de uma sexualidade normal indecifrável o heroinómano vai tentar concretizar o fantasma de uma sexualidade rígida estável.

“Tudo o que eu peço é levar uma vida normal como toda a gente, um trabalho, uma casa, um companheiro e crianças. “

Esta realidade é sempre descrita como um quadro perfeito e imutável onde o companheiro é sobre investido e sempre imaginado como um não toxicómano. Além disso esse cenário é imaginado como acessível no futuro imediato. Deste modo o processo de desintoxicação é sempre acompanhado por um grande investimento do corpo físico, através do modo como os indivíduos cuidam do seu aspecto exterior: penteando-se fazendo a barba, maquilhando-se , escolhendo a indumentária, alimentando-se ... Esta súbita descoberta do corpo torna necessária a interdição de relações sexuais no interior dos centros de desintoxicação. A confrontação do indivíduo com o prazer do contacto sexual vai aparecer como um verdadeiro flash. A descoberta desse novo prazer vai ter o papel de droga de substituição durante um certo período, mas contrariamente á heroína, de que o indivíduo pode aumentar as doses para obter sensações semelhantes, nas relações sexuais é o numero ocorrências que vai aumentar e o indivíduo nunca obtêm o mesmo prazer. : este facto vai suscitar nos

indivíduos uma grande culpabilidade em relação ao seu fantasma de uma sexualidade normal .

O ex-heroinómano vai tentar encontrar na nova relação de casal um modo de preencher o vazio vivido anteriormente através de uma situação enquadrada e de uma aceitação incondicional. A relação com o outro corre o risco de ser de novo vivida como uma relação de dependência na qual o indivíduo se vai encontrar de novo preso.

A DESINTOXICAÇÃO

O síndrome de abstinência surge após uma paragem completa ou parcial da toma de uma substância que tenha sido consumida de uma forma repetitiva ou massiva, ou ainda na sequência da administração de um alfa antagonista.

Este síndrome é caracterizado por um conjunto de sintomas que podem ser agrupados de diversas formas e cuja gravidade é variável.: (1) humor disfórico; (2) náuseas ou vomitos; (3) dores musculares; (4) epífora ou rinorreia; (5) midríase, erecção pilosa ou suores; (6) diarreia; (7) febre; (8) insónia.

A instalação e evolução do síndrome de desintoxicação é limitada no tempo e apresenta variações em função dos diferentes grupos de substâncias psicoactivas, (álcool, preparações farmacêuticas psicoactivas, preparações caseiras psicoactivas, drogas ilícitas) e em função do tipo de substância dentro de cada um destes grupos. No caso específico dos opiáceos e dos depressores do sistema nervoso central, a administração prolongada produz no sistema nervoso uma "contra-adaptação latente".

CAPITULO III

A TOXICODPENDÊNCIA - CONTRIBUTOS TEÓRICOS

Neste capítulo e em primeiro lugar focaremos brevemente os contributos da teoria psicanalítica para a compreensão da toxicodpendência.

Seguidamente veremos como se processa a implantação das toxicodpendências nas diversas personalidades, definidas a partir da distinção estrutural de Jean Bergeret, não pretendendo, ainda assim, criar padrões de referência fixos que seriam necessariamente reducionistas.

Por fim salientaremos alguns dos aspectos particulares da relação terapêutica com o toxicodpendente.

Toxicodpendência e Psicanálise

Neste domínio, recém surgido, a investigação analítica irá inicialmente apoiar-se sobre algumas intuições de S. Freud, o qual esboçou as grandes linhas de uma nova orientação dinâmica. Antes de mais, e centrada sobre a inevitável procura de uma estrutura inconsciente fundamental, esta estrutura será considerada como única para os casos de toxicomania ou de alcoolismo. Como refere Sami-Ali (1988), o háxixe ver-se-à "metido" entre aqueles dois comportamentos, quando até aí havia sido sistematicamente analisado sob a perspectiva das toxicomanias.

Como salienta Charles Nicolas em "Précis de Toxicomanie" (1983), no que de resto recebe a concordância de quase todos os autores que se debruçaram sobre este tema:

"As dificuldades de ordem afectiva não são com efeito, nunca criadas exclusivamente pelas drogas; elas pré-existem aos consumos e em certa medida determinam o comportamento de escalada".

Estas "dificuldades de ordem afectiva" encontrariam em parte, a sua explicação na clássica inconsistência dos modelos parentais, nomeadamente na ausência de uma figura paterna e na presença de uma mãe superprotectora e invasiva, que se traduziria igualmente sobre o plano sexual. Olivenstein (1982), coloca o acento sobre a figura ausente, débil ou demitida do pai e descreve referindo-se á lei:

"(...) quer por esta ser vivida como inoperante, pelo facto de estarem incluídos aqueles que estão encarregados de encarná-la (pai idoso, impotente ou homossexual, por exemplo, ou melhor, vivido como incapaz de levar a mãe ao gozo)" (op. cit. pp. 67).

Outros autores centrando-se sobre a representação da imagem materna, parecem apontar no mesmo sentido. Por exemplo Bulacio refere que:

"A sedução materna e a correspondente estimulação sexual (nem sempre genital) do filho, é algo fácil de corroborar na história sexual destes pacientes. A sedução materna, a que havíamos chamado, transferência erótica, denuncia um espaço de insatisfação na órbita do desejo materno, onde o filho cumpre um importante papel restitutivo dentro das falências edípicas da mãe. (...) Quero com isto precisar a ideia de que o sintoma - isto é, a adição do filho - constitui o resultado de uma perversão do desejo materno, e que não desnudará o seu fundo causal antes que este não seja interrogado na órbita do desejo e da sexualidade da mãe." (Bulacio, 1986).

Bergert (1981) refere in "Le psychanaliste á l'écoute du toxicomane":

"O comportamento de dependência aparece frequentemente como uma incapacidade de integrar certos aspectos ambivalentes e demasiado angustiantes do imaginário pessoal e dos elementos pulsionais que a ela se encontram ligados, em particular no domínio da violência primitiva. Violência totalmente natural no início da vida, mas que deve logicamente integrar-se em seguida, na elaboração de uma relação libidinal, organizando o conjunto da vida afectiva. (...) uma integração feliz deve conduzir assim do auto-erotismo à objectividade, ao mesmo tempo que da violência à ternura. Nós ficamos a meio caminho nos comportamentos sérios de adicção." (op. cit., pp. 126).

E acrescenta ainda, nas conclusões da mesma obra:

"(...) o déficit afectivo essencial que faz a base de uma toxicomania (como de muitas outras desordens evolutivas das personalidades dos jovens do nosso tempo) respeita à incapacidade na qual se encontram tantos sujeitos de integrar, num movimento libidinal e criador, o essencial do seu universo pulsional e imaginário. Trata-se de um fracasso da tomada em conta de uma ambivalência afectiva (...) e que leva à impossibilidade de sair da clássica crise da adolescência" (op. cit., pp. 221).

A PERSONALIDADE DO TOXICODEPENDENTE

ou a procura de uma saída fácil

O esboço de uma personalidade pode ser avaliado a partir de diversos critérios: (1) físicos; (2) psicológicos; (3) das particularidades de uma evolução "patológica" do sujeito, isto é, comparando a evolução do sujeito face às perturbações consideradas como específicas deste ou daquele tipo de personalidade. A psiquiatria moderna e as diversas escolas psicanalíticas em particular, ajudaram a desenvolver esta última

classificação, articulando-a com os critérios físicos e psicológicos. Parece assim de grande importância a possibilidade de articulação entre os três critérios, e por outro lado, a existência de uma total e manifesta continuidade entre os diversos momentos da personalidade, desde um bom estado de funcionamento e adaptação (conceito de normalidade), até aos estados de patologia mais ou menos passageiros.

Quando se procura um modelo psicológico de personalidade do toxicodependente corre-se o risco de se ser influenciado fundamentalmente por duas atitudes antagónicas, uma que tende a definir um modelo único de personagens toxicodependentes e outra que está em total oposição a uma redução das diferentes formas de toxicodependência a um único modelo de personalidade.

A primeira atitude encontra-se com frequência entre os meios judiciais e policiais, e entre professores e educadores, que se vêm confrontados com esta problemática. Através de uma abordagem simplista estes procuram um "retrato robot", uma formula para identificar o "drogado"; para munidos de tal perfil poderem então procurar, detectar, isolar e eventualmente proteger os outros jovens. Esta concepção permite ainda responder á angustia dos pais que procuram saber se os seus filhos são ou não "drogados".

A segunda atitude encontra-se entre os clínicos com longo contacto com toxicodependentes, e baseia-se nos seguintes factos: (1) as substâncias "ilícitas" não são as únicas a provocar dependência, não sendo também as únicas a provocar desordens psicológicas ou alterações do comportamento, (2) não se pode confundir

um utilizador ocasional com um toxicodependente e (3) que a mesma quantidade de uma mesma substância ingerida por dois sujeitos distintos provoca efeitos diferentes.

Será então lícito, face ao pedido justificado dos primeiros e às exigências lógicas dos segundos, isto é, a definição de uma personalidade toxicodependente?

A propósito das estruturas de personalidade S. Freud recorreu à metáfora do "cristal mineral", que estruturado segundo determinadas linhas, vai, ao cair no solo, quebrar-se não de uma forma qualquer, mas segundo o seu sistema de angulações característico. Estas linhas de clivagem são imutáveis e inobserváveis, pelo menos a "olho nu", enquanto não ocorrer uma fractura. O facto de se considerar a estrutura da personalidade fixa e imutável no adulto, leva os clínicos a negar a existência de um modelo original de estrutura profunda de personalidade rotulada de "normal". Aparece assim excluída a possibilidade de que um sujeito com uma estrutura de personalidade do "tipo normal", possa "navegar" até uma personalidade toxicodependente de um modelo estrutural profundamente diverso, e em seguida regressar a um novo tipo de personalidade "normal" quando interrompidos os consumos. Surge também excluída a possibilidade de se falar de uma forma geral do toxicodependente, pois que não existe de facto uma só categoria de toxicómanos. A cada categoria estrutural definida pela caracterologia contemporânea corresponde uma possibilidade de funcionamento toxicodependente. No entanto, e pelo facto de a toxicodependência se "enxertar" numa estrutura mental já definida, isto não implica necessariamente que esta estrutura se veja automaticamente descompensada.

Assim, a toxicodependência e doença mental mesmo que muito ligadas não se encontram à partida dependentes, nem tão pouco correlacionadas. A

toxicodependência poderá inclusive ser "procurada" por forma a evitar uma descompensação, podendo mesmo funcionar de uma forma operante numa primeira fase, junto de alguns sujeitos, e funcionar sem duvida muitas das vezes, uma vez instalada, como recurso para a manutenção de um certo equilíbrio social.

Apontam neste sentido os resultados obtidos por uma recente investigação conduzida por Stiffman, A. et al.(1992). Estes realizaram entre 1984 e 1990 repetidas entrevistas junto de uma população de jovens adultos por forma a explorar de que forma os sintomas de perturbação mental influenciavam o risco de SIDA. De acordo com os resultados encontrados , a presença de sintomas de perturbação mental durante a adolescência está fortemente associada com a presença de elevados comportamentos de risco, especialmente, a prostituição, a escolha de parceiros de alto risco e o consumo de drogas por via endovenosa, durante a idade adulta. Mais ainda, que, as mudanças ao nível desses sintomas entre a adolescência e o início da idade adulta, se encontravam igualmente significativamente correlacionados com o numero de comportamentos de risco durante a idade adulta.

Em conclusão, considera-se actualmente que não existe uma estrutura de personalidade própria do toxicodependente, nem que a toxicodependência se pode apresentar como exclusiva de um estado mórbido, ou de um estado natural da estrutura do sujeito. Poderemos então concluir, que a dependência, seja qual for a sua natureza química, pode desenvolver-se sobre qualquer tipo de estrutura mental, e pode por outro lado, corresponder a qualquer momento da evolução dessa estrutura, se certas condições se encontrarem presentes.

ESTRUTURA DE PERSONALIDADE PSICÓTICA

Cerca de 30% dos indivíduos das sociedades ocidentais (estimativa etiológica) apresentam uma estrutura de personalidade psicótica, enquanto que o número de doentes psicóticos (tal como acontece em todas as categorias estruturais) representa uma percentagem mínima de casos. Face à frequência relativamente elevada deste tipo estrutural é natural a percentagem de toxicomanias que encontramos sobre "caracteres psicóticos" (estado de "normalidade" de estrutura psicótica).

Sem que a triangulação genital Edipiana tenha tomado um papel organizador da personalidade, este tipo de personalidade caracteriza-se por uma organização económica profunda do psiquismo, centrada em torno da violência. O risco maior para estes sujeitos centra-se na perda do domínio da personalidade, agravado aquando da ingestão de drogas que pode rapidamente conduzir à desestruturação do "eu". A violência e a agressividade surgem assim viradas sobre o exterior e sobre o próprio, ocorrendo assim um episódio patológico (psicótico) mais ou menos grave, mais ou menos prolongado.

Estas estruturas são de difícil diagnóstico, e ainda mais quando recobertas pela toxicod dependência que surge nestes casos a mascarar a verdadeira estrutura subjacente. Assim, quando o diagnóstico desta estrutura é colocado em primeiro plano num projecto de cura, constata-se que este comportamento superficial desaparece rapidamente, embora o processo psico-terapêutico avance mais lentamente. É de salientar que o abandono da utilização de drogas conduz,

aproximadamente ao fim de um mês, a um agravamento dos sintomas psicóticos. Dentro deste quadro podemos distinguir dois tipos de personalidades: os sujeitos que procuram evitar os conteúdos delirantes graças à ingestão de drogas, e os sujeitos que procuram justificar as suas representações já delirantes pela utilização das drogas. Em ambos os casos este tipo de recurso não apresenta especificidade numa perspectiva económica, operando-se a sua actividade a um nível defensivo de superfície.

ESTRUTURA DE PERSONALIDADE NEURÓTICA

Desde o final do séc. XIX até à primeira metade do séc. XX, a toxicoddependência encontrava-se implantada quase que exclusivamente sobre este tipo de personalidade. Os indivíduos em causa eram, apesar da boa reputação das personalidades neuróticas, toxicómanos graves mas pouco numerosos, limitados a certos meios sociais, e que não causavam grande preocupação à sociedade.

Nos anos 60 ocorreu uma mudança de todo este cenário, encontrando-se hoje o número de toxicomanias edificadas sobre este tipo de estrutura drasticamente reduzido, face às incluídas nos outros dois tipos estruturais (dados recolhidos a partir de inquéritos epidemiológicos).

Hoje este grupo é caracterizado por toxicómanos muito jovens, utilizadores de drogas de efeitos severos, mas paradoxalmente pouco "ruidosos". Este facto deve-se à sua persistência no contacto objectal, mantendo-se relativamente bem adaptados à realidade e às condições gerais da vida relacional em que se encontram enquadrados. Os problemas afectivos que colocam são relativos às carências imaginativas, às

dificuldades de funcionamento sobre registo das representações mentais, e a uma necessidade de passagem ao acto. Estes são os indivíduos que mais rapidamente se drogam sós, uma vez que nunca estão sós, pois drogam-se sempre contra alguém.

ESTRUTURA DE PERSONALIDADE DEPRESSIVA

(Estados Limites)

Esta categoria comporta sujeitos com dificuldades de afirmação da personalidade, imaturidade afectiva de fundo depressivo, "vítimas" das insuficiências das imagens parentais. A esmagadora maioria das toxicomanias encontram-se hoje implantadas sobre este tipo de personalidades; para o que muito tem contribuído a evolução dos modelos das sociedades actuais no sentido um relaxamento dos laços afectivos nas relações familiares.

Esta personalidade è caracterizada por uma impossibilidade de estruturação sobre o modo psicótico ou neurótico, nunca chegando a sair da crise da adolescência a não ser ocorra um acidente grave que venha por brutalmente um termo a esta situação. São indivíduos mal estruturados sem sonhos eróticos, sem paixões, sem originalidade e sem ideias realistas, apresentando um pseudo anti-conformismo colectivo de superfície. São sujeitos sempre insatisfeitos com o mundo (uma vez que não estão satisfeitos com eles próprios), muito influenciáveis e sem objectivos específicos. O medo do isolamento é a razão da sua angustia interior, o medo de confiarem em si próprios leva-os a procurarem compulsivamente a integração num grupo que os conduza a um grande conformismo, face ao qual não se diferenciam e passam a

apresentar grande dependência. Desta forma são facilmente aliciados para as primeiras experiências pelo grupo, sucumbindo rapidamente à dependência mesmo perante pequenas quantidades.

Em conclusão, apesar das diferenças salientadas entre as diferentes estruturas de personalidade, encontram-se contudo traços comuns aos diversos tipos de personalidades, isto é, características funcionais semelhantes, que são acentuadas pela ingestão de drogas. Destas características, salientam-se as dificuldades de comunicação, (em particular ao nível da expressão afectiva), as dificuldades de acesso á memória, e as carências identificatórias.

É habitual atribuir ao toxicómano maravilhosas capacidades imaginativas, mas de facto a nossa pratica aponta no sentido de uma realidade bem diferente, e em todos os quadros clínicos constatamos a precaridade dessas possibilidades. Saliente-se que existe uma profunda diferença entre imaginário e imaginação: esta ultima pode ser exacerbada pelo "consumo" de determinadas substancias, mas isso não permite a reprodução dessas imagens junto de outros, dadas as referidas dificuldades de comunicação, não implicando por isso uma verdadeira actividade mental e criativa. Assim, apenas no imaginário existe a evocação de cenas fantásticas animadas comunicáveis;. o bom funcionamento do imaginário evidencia um sinal da qualidade afectiva, uma vez que esta capacidade implica um recurso à mentalização por oposição aos comportamentos desafectivos. As carências imaginarias remetem-nos para a incapacidade de antecipação de desejos e prazeres realizáveis na relação com o outro. Assim, o toxicodependente coloca-se numa posição de "espera desesperada"

de uma ajuda "mágica" exterior que, recusada pelos outros, o leva a remete-la para uma substância inanimada, que sob a forma de uma dádiva requer contrapartidas constantes.

A regressão da actividade mental implica necessariamente deslocamento dessa energia psíquica no sentido de manifestações mais elementares no registo comportamental. Esta exacerbação do acting, decorrente da necessidade compensatória das carências afectivas e da não mobilização do universo imaginário, representam a forma mais comum às diversas formas de personalidades toxicod dependentes. Desta forma o toxicómano recorre a uma defesa projectiva que consiste em "aprisionar" no exterior, declarado "maldito", todas as dificuldades, e contra o qual se dispõe a lutar ainda que através de overdoses. Daí a necessidade da "trip", como forma de evitar o mundo ameaçador, que no auge da autodestruição se transforma numa "viagem" sem regresso.

Traços comuns são também as carências de afirmação face aos outros e face ao próprio. O modelo parental actual que reflecte a ausência do pai, conduz a um processo mais de imitação do que de verdadeira identificação. Esta carência identificatória vai ainda limitar o sujeito a uma conduta passiva face às pressões exteriores, do grupo social e dos seus líderes em particular. Destituídos assim de uma razoável modéstia, surgem-nos com ideias pessoais desmesuradas e irrealistas que, não modeladas pela originalidade e o realismo identificatório, redundam na decepção e na frustração. Desta imaturidade sob o registo "ideativo", as regras de conduta social, igualmente necessárias ao bom funcionamento relacional, encontram-se mal interiorizadas. Assim, edificadas sobre o exterior são puramente formais, sádicas e

inoperantes conduzindo inevitavelmente à revolta em detrimento da edificação de um "projecto".

A RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM O TOXICODEPENDENTE

O toxicodependente apresenta-se-nos "exibindo" um corpo maltratado e muitas vezes em risco de vida, uma situação socio-económica arruinada e sem esperança, apelando para a generosidade institucional, e uma preocupação centrada no alívio de um rol de queixas. "Destruídos" que ficaram os processos de mentalização, não tem palavras para nomear os sinais e as queixas de sofrimento psíquico, que em vez de pensadas são agidas.

Na nossa prática clínica somos confrontados com três grandes tipos diferentes de percurso toxicodependente.

(1) Um primeiro tipo, em que, após um primeiro contacto, como se por acaso, com o produto os sujeitos iniciam imediatamente um consumo regular em grande escala e de consequências desastrosas a curto prazo. Dentro deste grupo encontramos sujeitos que não apresentam na sua história pregressa nenhuma outra conduta adicta significativa, que iniciaram os consumos nas mais diversas idades, etapas de vida e contextos sociais. Estes sujeitos não evidenciam nenhuma preocupação relativamente aos porquês da sua conduta, persistindo em permanecerem firmemente ancorados à realidade concreta. Após uma breve investigação é, no entanto, quase sempre possível encontrar na sua história recente um conjunto de factores desencadeantes,

uma marcada ausência de limites ou uma tendência à autodestruição. São sujeitos que, dada a sua "inexperiência" e à exuberância dos seus consumos, muito rapidamente se vêm confrontados com situações críticas a todos os níveis, económico, físico, familiar, profissional, judicial, etc. A este grupo poderíamos atribuir a designação de consumidores "*acidentais*". Esta designação justifica-se, quanto a nós, dado o carácter fortuito com que contactam o produto de que se encontram dependentes e uma vez que não existe uma historia de dependências anteriores, isto é, ficaram prisioneiros desse produto como poderiam ter ficado prisioneiros de qualquer outro ou de qualquer outra actividade ou relação.

Não podemos, deste modo, referenciar um comportamento exploratório, decisório ou selectivo, mas apenas uma conduta auto-destrutiva. Dada a exuberância do seu comportamento e o peso e a actividade das patologias que frequentemente se lhe encontram associadas (psicopatias, esquizofrenias, etc.) são estes indivíduos que depois do inicio dos consumos mais rapidamente pedem ajuda.

(2) Um segundo grupo em que se constata a presença de "vivências traumáticas" na primeira infância, frequentemente experimentadas como "violações psicológicas", que podem ou não de carácter sexual. Estas vivências implicam, por forma a fazer face ao caos, uma desestruturação do ainda rudimentar aparelho mental.. A gestão desta situação vai implicar uma aprendizagem muitas das vezes precoce e forçada, nomeadamente no que toca ao conjunto de regras e normas que regem e orientam as condutas sociais. Se por acaso não se virem confrontados com uma mãe suficientemente forte e consistente, uma "mãe suficientemente boa" capaz de fazer face a esta situação, contendo e transformando as angustias da criança, esta ultima, para salvaguardar algum equilíbrio, vai procurar através de um mecanismo

compensatório, um “refugio”. A procura deste “refugio”, que poderíamos igualmente designar por “espaço contentor substituto”, vai processar-se de forma aleatória, dada a ausência da estruturação de um “aparelho de pensar os pensamentos” (Bion,1972). Este facto poderia explicar a razão porque estes sujeitos se vêem frequentemente confrontados ao longo de toda a sua vida com sucessivas experiências traumáticas.

(3) Um terceiro grupo de sujeitos que apresentam uma toxicoddependencia que poderia ser apresentada como uma procura de respostas, face a uma ausência de respostas por parte do quadro socio-cultural onde se encontram, mas com o qual não logram identificar-se ou encontrar o seu lugar.

Estes dois ultimos grupos (2) e(3), uma vez iniciados os consumos, são em tudo idênticos, salvo no que respeita à empatia que evocam, o que complexifica a sua orientação terapêutica. Ambos, ainda que por razões diferentes, experimentaram entre outros o “produto” droga e decidiram continuar aí dentro. Da procura de um refugio à procura de respostas, ambos decidiram enveredar e perder-se num labirinto, também este habitado por um Minotauro, que a partir de determinado momento lhes devora o desejo e a vontade de sair. Dentro deste labirinto encontramos-nos com todos os cambiantes possíveis, desde os sujeitos ainda encantados com este novo ambiente, os que procura reencontrar este encantamento inicial, até aos que procuram, ainda completamente perdidos, uma saída, passando pelos que tendo já uma ideia de onde estas saídas se podem encontrar, hesitam ou não logram franquea-las.

A forma privilegiada de procura de ajuda é então concretizada através de um pedido de “cura” , que é a forma como os toxicoddependentes se referem ao processo de

desintoxicação. Mas este pedido de desintoxicação tal como é, formulado não respeita apenas ao produto intoxicante. Através da análise do seu conteúdo latente, percebemos que envolve, (principalmente junto dos sujeitos pertencentes aos grupos (2) e (3)), também conteúdos internos não nomeáveis, e vivências muitas vezes profundamente inquietantes e ameaçadoras. O pedido é tanto mais claro, uma vez que quando terminado um processo de desintoxicação, (hoje cada vez mais simples), e destituído agora de um “escudo analgésico”, diluente da angústia, o sujeito se sente incapaz de lidar com o seu mundo interior. Este revela-se o momento ideal para a aceitação de um projecto psicoterapêutico caso este não tenha sido previamente assegurado. Por outro lado, é também usual que o pedido de ajuda não seja formulado pelo próprio, mas pela família, a escola, o emprego ou sistema penal e, embora adoptando a posição de não precisar de ajuda e de não querer ser tratado, é quanto a nós ele próprio que leva muitas vezes, através da sua "postura", a que sejam outros a pressioná-lo nesse sentido, dado que lhe é intolerável assumir-se como alguém que sofre e procura ajuda.

O terapeuta deve então tranquilizá-lo através da sua atenção, procurando a comunicação, evitando as motivações comuns, a pena, e a curiosidade, permitindo uma relação não punitiva onde o doente não se sinta rejeitado por verbalizar os seus sentimentos.

O toxicodependente procura de forma desesperada no terapeuta, uma alternativa à droga, investido como um objecto equivalente. Isto é, por oposição ao prazer farmacológico imediato o terapeuta é também desejado como um objecto mágico e onipotente. É também importante a noção de que o processo de desintoxicação é

muitas vezes sentido pelo toxicod dependente como se de uma amputação de si próprio se trata-se, o que leva a um sentimento de empobrecimento que tem necessariamente de ser compensado. Este posicionamento conduz inevitavelmente à decepção do indivíduo, dada a "indignidade" do terapeuta face à droga mãe. Assim clivado o terapeuta se sente reduzido a um objecto impotente e desvalorizado. Este mecanismo de clivagem está muitas vezes na base do abandono do contrato terapêutico, (tão frequente nestes casos), podendo noutros casos dar lugar a uma situação de transferência massiva.

O sentimento de ódio e profunda arrogância que marcam as relações do personagem toxicod dependente, com os outros, e com os seus objectos internos, tem forçosamente de ter expressão no interior da relação terapêutica. É indispensável ao avanço do processo terapêutico, que o terapeuta possa, através da análise do transfer, sentir este posicionamento do toxicod dependente, sob pena de entrar num complexo processo de contra-transferência, ou de ser seduzido pela imagem de um processo "terapêutico excelente" à custa do escamoteamento de todos os aspectos frustrantes da relação. A função do terapeuta será então, a de reconhecer e conter o conflito interno do toxicod dependente; e dando sentido a esse conflito, na perspectiva da edificação/reparação da capacidade do indivíduo em vivenciar o bom e o mau, o terapeuta ajuda o toxicod dependente a aumentar a sua capacidade de resistência à frustração.

A atitude do terapeuta envolve a compreensão do comportamento do paciente, mas não podendo significar de forma alguma a sua aprovação, há que aceitar que para

este seja valida a segurança que sinta na relação, do que o nosso desejo de ver terminado o consumo.

O terapeuta baseado na personalidade disponível que apresenta, e na relação autentica que possibilita deve funcionar como mediador entre a vivência conflitual patológica que "alimenta" a toxicomania e a vivência resolutiva dos conflitos, a estruturação.

Durante o processo psico-terapeutico vão surgir varias fases, que geralmente se sucedem da seguinte forma.

Numa primeira fase o ex-toxicodependente recém-nascido nega o processo iniciado:

"...agora è que estou mal, sinto-me muito pior...",

Numa segunda fase faz uma identificação total com o mau objecto: " eu sou a mosca no leite " para logo projectar este mau objecto na sociedade sentida como mãe rejeitante. Esta necessidade desenfreada de expulsar a angustia para fora de si, não podendo ainda ser vivenciada no interior da própria relação terapêutica, irrompe no acto em vez de na palavra, através do comportamento delinquente uma vez fora da sessão.

Serão precisos ainda alguns meses para que o sujeito agarre com as suas "mãos" a responsabilidade pelo seu próprio destino face ao aumento crescente da necessidade de mudança.

Depois de um primeiro momento em que procura destruir o passado apagando-o, o toxicodependente passa depois a uma clivagem em que uma parte boa e uma parte má se debatem, indicador de que a mudança não è "deitar fora", mas sim transformar.

Afinal, a validade da "desintoxicação" reside na possibilidade de crescimento interior e não apenas no deitar fora quer das drogas, quer de sentimentos. A transformação das experiências passadas sentidas como profundamente frustrantes e desagradáveis poderão vir a enriquecer o sujeito em termos de conhecimento da realidade e do aumento da capacidade de decisão relativamente aos seus objectos de amor, e ao seu próprio destino, reforçando desta forma uma Auto-Estima profundamente abalada.

CAPÍTULO IV

Da Sexualidade Humana

O Espaço da Paixão ou talvez não

As figuras e os discursos da paixão são clinicamente polimorfos e heterogêneos: desde o Barroco com êxtase místico, à iconoplastia do discurso religioso e das ideologias políticas, passando pelo colecionador fetichista, ou a insanidade paranóica, até à paixão pelo saber ou pelo amor.

Como refere Gori , todas estas posturas representam, *"simultaneamente uma paixão pela vida como pela autodestruição, um processo de auto-conhecimento como uma negação desse conhecimento, uma representação de si como uma não representação de si."* (Gori, R., 1990). A paixão franqueia os limites da amargura, tal como entre outras expressões, o Fado tão bem define, e constitui simultaneamente o motor que nos permite trabalhar e evoluir.

A paixão confronta-nos com o essencial de nós mesmos, com as nossas mais profundas inquietações. O ser, cuja sombra o protege do objecto da paixão, dá um nome e um rosto a esse objecto e recebe em troca as suas marcas. Isto explica porque a paixão sempre se faz acompanhar pelo sofrimento. Mais ainda, a paixão é sofrimento, se tivermos em conta a origem etimológica do termo: até ao séc. XVI, o

termo apaixonado ("passionate") significa alguém que sofre fisicamente. A natureza do objecto da paixão (uma paisagem, uma relíquia, uma frase, uma melodia, ou outro ser) em nada alteram a estrutura do discurso da paixão.

A paixão viu-se ao longo da historia, ora contaminada e mesclada, ora completamente arredada, do domínio dos sentimentos amorosos, tal como sucedeu entre o amor e a sexualidade. Assim, também o discurso da sexualidade, quando foi possível tê-lo, oscilou ao longo do tempo, entre a sequência lógica do amor e a animalidade, até que se viu arrancado neste ultimo século pela medicina e posteriormente pôr todas as outras ciências sociais, para o domínio da Ciência.

Os comportamentos dos indivíduos não se encontram inscritos nos seus genes (o que os deixariam insensíveis às influências exteriores), nem tão pouco dependem das circunstâncias do momento (o que suporia indivíduos sem memória dos episódios anteriores da sua vida). Através da educação recebida e dos processos de socialização desenvolvidos durante a infância, os determinismos familiares e sociais vão criar um quadro que seguramente influenciará o futuro.

As declarações de um sujeito, pôr exemplo no que se refere à sua primeira experiência sexual, permitem estabelecer o desenrolar e a representação, significação desse acontecimento, que não se traduz exclusivamente através de um processo biológico, mas de um fenómeno inscrito num contexto generacional, social e psicológico condicionado pelo sexo do sujeito. O desenrolar desse acontecimento faz

parte dos acontecimentos de vida que marcam a história individual de cada sujeito, mas define igualmente os grupos de pertença social do sujeito e a sua época.

Apesar do presente trabalho não se centrar sobre esta segunda vertente, que diríamos sociológica ou antropológica, não poderíamos não entanto deixar de a referenciar.

Neste sentido, passaremos a apresentar uma breve revisão da evolução que a observação da sexualidade sofreu ao longo da história, para apresentarmos algumas das noções desenvolvidas neste âmbito, após o que concretizaremos como esta investigação se desenrolou no domínio das toxicodependências.

As Primeiras Abordagens

A tarefa de produção de discursos verdadeiros sobre a "sexualidade", expressão que surge pôr volta de 1860, foi inicialmente levada a cabo pela Biologia e pela Medicina. Estas disciplinas vêm tomar o lugar da instituição religiosa, que tradicionalmente, depois da Idade Média, se esforçou pôr dizer, e fazer dizer, a verdade sobre a sexualidade. A sexualidade era então abordada exclusivamente através dos seus "resultados" e das suas traduções institucionais, avaliadas através de índices como: fecundidade, casamento, concepções pré-nupciais, organização da família, etc. Este facto prende-se ainda com a forma como no séc. XIX a Sociologia Durkheimiana, a "estatística moral" e a demografia definiram, (centradas sobre uma necessidade de

cientificidade) o seu objecto, com base numa avaliação só aplicável a comportamentos e fenómenos mensuráveis de forma objectiva.

Apesar do seu carácter mais descritivo, os discursos da Biologia, da Medicina e da Sexologia emergente, continuavam a ser extremamente normativos. Surgiram, nessa época, as definições das grandes perversões (Krafft-Ebing, 1886, op. cit. in: Bozon e Leridon, 1993). A igreja moderava a sua intervenção no domínio da sexualidade conjugal, e o seu discurso viria a ser retomado pela Medicina, que recomendava a moderação aos esposos (Corbin, 1984): pôr exemplo Médicos e Educadores laicos debateram-se contra a masturbação, (Guerrand,1984). Normas estritas foram impostas para impedir a pratica da masturbação sendo os Internatos e os dormitórios objecto de particular atenção.

A aparição da Psicanálise no início do séc. XX, que teve o mérito incontestável de permitir uma nova perspectivação do comportamento sexual, viria no entanto inicialmente, prolongar este movimento de medicalização da sexualidade. Os constructos psicanalíticos reforçar ama ideia de que a actividade sexual seria a expressão de uma

pulsão de origem biológica, que o indivíduo procuraria pôr todos os meios satisfazer, directa ou indirectamente. Se estes impulsos sexuais surgiam reprimidos, isto dever-se-ia ao facto de que durante a infância *"se edificam forças físicas, que se irão impor mais tarde como obstáculos ao curso da pulsão sexual, que tal como um dique entravaram o seu curso"* (Freud, 1905, pp.99). Estas forças canalizantes teriam a sua

origem não tanto na acção do Estado ou do contexto Socio-Cultural mas sim na inculcação familiar. A sexualidade infantil, descrita por Freud no segundo dos "Três Ensaio sobre a Sexualidade", como polimorfa e transbordante, através da canalização das pulsões irá conduzir a grande maioria dos indivíduos adultos a limitar-se em definitivo a uma sexualidade genital, com um parceiro do sexo oposto. Esta imagem pós-romântica do confronto do indivíduo com a sociedade, transposta para o domínio da sexualidade, origina uma leitura deste comportamento como uma forma de instinto. Desta acentuação das bases biológicas e pulsionais da actividade sexual decorre a afirmação "humanista" de que a experiência humana neste domínio seria universal, as suas variantes resultariam apenas dos mecanismos de repressão. Esta afirmação mereceu à época em que foi produzida uma enorme aceitação. Destarte, o seu efeito primordial foi uma "desocialização" da grande parte da actividade sexual e de fazer passar para segundo plano o papel fundamental da construção social e cultural, *"sem o qual nenhum desejo poderia surgir ou manifestar-se"* (Foucault, 1984, pp.10).

Por seu lado, a Sexologia, surgiu enquanto ciência por volta de 1906. Iwan Bloch, define nesta época o objecto da Sexologia, dando-lhe aspirações médicas, como "a arte ou técnica do bom funcionamento sexual" (Béjin, 1990) e não tanto como a ciência da sexualidade. Este domínio científico, ainda hoje muito próximo da medicina, viria a deslocar o seu interesse da observação e descrição das diversas degenerescência do comportamento sexual, para se ocupar das dificuldades sexuais ou disfunções sexuais, desenvolvendo técnicas para a sua resolução, constituindo-se

actualmente como um domínio inter-disciplinar onde convergem a Morfologia, a Fisiologia, a Psicofisiologia, a Etologia, a Antropologia, a Sociologia, a Psicologia e a Psicopatologia..

A INVESTIGAÇÃO DA SEXUALIDADE

Quando o interesse pela sexualidade se deslocou do passado histórico para a época contemporânea, e de sociedades "simples" e distantes para as nossas sociedades actuais, tornou-se possível perspectivar novas modalidades de observação. Se a realização de grandes inquéritos qualitativos permitem a organização de arquivos coerentes e representativos sobre a maioria dos comportamentos humanos, a investigação da sexualidade humana, encerra, um conjunto de dificuldades particulares a diferentes níveis.

Como mostrou Alain Giami, num artigo publicado na revista "Sciences Sociales et Santé" (Alain Giami, 1991), e já John Gagnon (Gagnon, 1988) havia sublinhado, as investigações quantitativas, têm, no domínio da sexualidade, um carácter muito mais descontínuo e muito menos cumulativo que em outros domínios. Estes aspectos têm como consequência primeira a grande limitação da possibilidade de comparação dos resultados entre os diversos estudos. As diferenças metodológicas, nomeadamente ao nível da selecção das amostras, vêm ainda acentuar esta dificuldade. Mas, a dificuldade primeira tem origem, como salienta Giami, na "contingência da suas

problemáticas" (op. cit., pp. 27), isto é, à diferença dos contextos sociais, que produzem à partida diferentes definições do comportamento sexual.

Dos inquéritos realizados nesta âmbito salientam-se:

Inquéritos anteriores ao contexto do SIDA:

- Le comportement sexuel de l'homme (Kinsey et al., 1948)
- Le comportement sexuel de la femme (Kinsey et al., 1953)
- Rapport sur le comportement sexuel des Français (Simon et al., 1972)
- Sex and Morality in the U.S. An Empirical Enquiry under the Auspices of the Kinsey Institute (Klassen et al, 1989).

Inquéritos no contexto do SIDA:

- Projet NORC - Social and Behavior Aspects of Health and Fertility-related Behavior / A Social Science Research Center - University of Chicago.
- Projet GPA/OMS (Carballo et al., 1989): A cross-National Study of Partterns of Sexual Behavior, em duas vertentes: Partner Relations e KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices).
- NATSAL : National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles, U.K. (Wellings et al., 1990)
- The Norwegian Sexual Behavior Study (Sundet et al., 1990)
- The National AIDS Behavior Surveys (Catania et al., 1992).

Dois aspectos são a reter desta listagem: o primeiro é a efectiva orientação das diferentes investigações em função de problemáticas específicas, de que são exemplo, a contracepção (Simon et al., 1972) ou as atitudes face à homossexualidade (Klassen

et al, 1989); o segundo, é a expansão e a orientação quasi-exclusiva, durante os últimos anos, da investigação sobre o fenómeno do SIDA.

Em conclusão, a investigação da sexualidade não se poderá limitar, a analisar utilizando a expressão de Foucault, "*o que fazem os corpos*", uma vez que os seus actores associam significações, não univocas, às suas praticas, e estas fazem parte integrante dos seus comportamentos.

Contributos Teóricos:

As Atitudes face ao Sexo

De acordo com as concepções de alguns psicoterapeutas a forma como pensamos ou percebemos determinados eventos condicionam os nossos sentimentos e atitudes perante eles. De outra forma, a maneira como "falamos com nós mesmos" a respeito dos sucessos da vida, determina a forma como iremos posteriormente responder a esses eventos. De facto, a forma em que nos adequamos intelectualmente aos eventos ou acontecimentos sexuais, moldam as nossas reacções de tal forma que estas se orientam dentro dos parâmetros ditos normais, ou de forma disfuncional ou procurando percursos alternativos.

As nossas atitudes e comportamentos sexuais, são profundamente marcadas pelas nossas crenças, pensamentos e percepções acerca do sexo. Quando as atitudes e comportamentos sexuais "disparam" de uma forma incontrolada, isto pode ficar a dever-se a um processo irracional subjacente ou mal dirigido: Noutros casos, podem existir discrepâncias entre as atitudes e o comportamento, devidas a uma décalage, entre as mudanças de atitude experiênciadas e as crenças que respeitam essas mudanças ou devidas a um atraso maturativo(vide entre outros: Zastrow, 1979).

Evidentemente as solicitações e requisitos de uma cultura em particular, da mesma forma que as diferenças dentro dela também produzem uma ampla gama de atitudes face aos temas sexuais. Pode constituir uma surpresa para muitos apreender por exemplo que os seus pontos condenatórios acerca da actividade sexual antes e depois do casamento não são compartilhados pela maioria das culturas do mundo. De 158 sociedades investigadas num estudo realizados nos anos 60, 70% são tolerantes face ao coito pré-marital, ainda que esta premissividade não se estenda ao ponto de incluir a aceitação de relações adúlteras (Ehrman, 1961).

Investigações antropológicas revelaram de uma forma consistente que as culturas que estimulam as mulheres a serem totalmente livres na sua expressão sexual, produzem mulheres cujas reacções amorosas são tão expressivas e vigorosas como as dos homens. As culturas em que se constata uma aprovação do orgasmo nas mulheres, produzem um índice de orgasmo feminino em muito superior ao conhecido pelas sociedades em que este é ignorado ou recusado. As culturas que impedem este tipo de

prazer produzem mulheres incapazes de experimentar orgasmos (Krolhausin & Krolhausin, 1965).

A Formação de Atitudes entre os Adolescentes

Muitas das alterações ao nível das atitudes sexuais têm origem no período prolongado da Adolescência imposto actualmente à juventude. As nossas sociedades requerem períodos mais prolongados de aprendizagem escolar e vocacional do que antes, o que leva ao entender da Adolescência. Este fenómeno foi descrito pôr E. Erikson em 1968 sob a designação de "Moratória Psicossocial". Não obstante os jovens de hoje são fisicamente maduros com idades consideravelmente mais baixas do que algumas gerações antes. Assim, a Adolescência social tem hoje aproximadamente o dobro da duração do que há cem anos atrás (Bell, R., 1971). Durante esta preparação prolongada para a vida adulta, os dois sexos vão começar a desenvolver atitudes divergentes face à actividade sexual. Os naturais sentimentos de insegurança albergados pela Adolescência e incrementados pelo desenvolvimento hormonal, fazem da Adolescência o terreno mais susceptível para a exaltação da atracção sexual enquanto valor supremo para alcançar a popularidade, o êxito, a admiração e a segurança.

A Variação Sexual

Um dos principais problemas no campo da Sexologia actual, (de resto como se passa ao nível da saúde mental), centra-se em torno da questão: o que é o normal e o que é o anormal, em comportamento sexual? Para muitos, habituados a estigmatizar, toda e

qualquer actividade sexual que se desvie do seu próprio método, será considerada aberrante ou pervertida. Não obstante, no curso da historia da Humanidade as praticas sexuais e a ética que concernem as mesmas, variaram amplamente nas diversas culturas: o que é “normal” numa cultura, pode ser anormal noutra. Além disso, os comportamentos sexuais raro, não são equivalentes à perversão: esta atribuição decorre simplesmente do facto de eles estarem fora do ordinário para uma cultura determinada. Efectivamente, como assinala Juddmarmor, *"A nossas atitudes face ao nu, à virgindade, à fidelidade, ao amor, ao casamento e ao comportamento sexual adequado, são apenas significativas dentro do contexto das nossas tradições culturais e religiosas"*(1979). Ao discutir as diferenças entre comportamento sexual normal ou anormal, este autor acrescenta ainda:

"Na nossa cultura um factor determinante entre o normal e o anormal em comportamentos sexuais, não constitui o facto de se a dita conduta foi motivada pôr um sentimento de amor ou se apenas foi um veiculo para a libertação da ansiedade, hostilidade ou culpa. A sexualidade normal busca o prazer erótico no contexto da ternura e do afecto; a sexualidade patológica está motivada pôr necessidades de confiança ou de alivio de fontes não sexuais de tensão. A sexualidade normal procura dar e receber prazer; as formas neuróticas estão desequilibradas no sentido do dar em excesso ou do receber em demasia. A sexualidade normal discrimina o parceiro sexual; os padrões anormais tendem frequentemente a não serem discriminatórios. A periodicidade da sexualidade normal está primordialmente determinada pôr tensões eróticas recorrentes no contexto do afecto. Pôr outro lado, os desejos da sexualidade neurótica são desencadeados pôr necessidades na sua maioria não eróticas, e

portanto mais aptas a serem compulsivas nos seus padrões de ocorrência".

(Juddmarmor, 1979)

Vários termos são utilizados para descrever o comportamento sexual que se afasta da norma: desvio sexual, anomalia, aberração, perversão e variante. No entanto os profissionais de saúde mental também utilizam o termo "parafilia" para descrever alterações nas quais é indispensável a presença de "imagens pouco usuais ou estranhas para obter prazer sexual" (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4ª Edição, 1994). Cada vez mais se torna claro que a verdadeira anomalia sexual é difícil de assinalar e definir. O termo *variação*, vai no entanto ganhando uma aceitação cada vez mais ampla, com a vantagem de que é o termo menos carregado de uma conotação de aprovação ou desaprovação sociais.

É possível que para um indivíduo encarar-se a si próprio como perverso, simplesmente porque lhe faltam os conhecimentos básicos do que realmente é o comportamento sexual normal. Conseqüentemente este considera que as suas fantasias e o seu comportamento, ou a frequência de qualquer um destes se desvia de forma notória das normas públicas (Everett, 1971). Como refere Auerback, quando os indivíduos se fixam num comportamento sexual anormal autêntico, sobre uma base compulsiva e repetitiva, esta conduta encontra-se fora da relação com as suas necessidades sexuais, antes, constituem uma tentativa simbólico progressivo para resolver problemas pessoais muito profundos (Auerback, 1970).

Os especialistas do comportamento e os Sociólogos em particular, começaram ainda na década de 70, a observar a variação sexual como um processo social e não como uma doença sexual. (Denfeld & Gordon, 1970). Como observou Becker:

"Não deveríamos ver no comportamento variante como algo especial, algo depravado ou algo mágico, mais do que outras condutas. Deveríamos simplesmente observá-lo como uma classe de condutas que alguns desaprovam e que alguns aceitam, estudando o processo que originou a integração de ambas as perspectivas a de aprovação e de recusa". (Becker, 1963)

De uma forma geral, se o comportamento sexual não é nocivo para os seus participantes, se é levado a cabo por adultos que consentem (adultos que desejam assumir toda a responsabilidade pelos seus actos), sem nenhum tipo de coerção e se está fora do alcance da visão e da audição de observadores casuais, deverá considerar-se este comportamento como aceitável, ainda que outros não aceitem participar em actos similares. Então este critério serviria provavelmente como uma base válida para julgar o que é e o que não é uma conduta variante (Ellis, 1958).

A variação sexual pode considerar-se como compreendida dentro de três categorias:

- (1) Variação no método de funcionamento e na qualidade da competência ;
- (2) Variação na eleição do parceiro sexual e/ou objecto sexual; e
- (3) Variação no grau e potência do apetite sexual (Thorpey Cols, 1961).

Se esta conceitualização de comportamento variante, ou de aceitação da diferença do outro, se tem vindo a revelar válida ao nível da Sexualidade Humana, consideramos que a mesma poderia constituir um importante contributo ao nível da reflexão actual sobre as dependências.

Das Normas Sexuais

O Interdito

O interdito exacerba o desejo, da mesma forma que a não repressão inibe o desejo, cabe então ao indivíduo o aprender a navegar entre os dois critérios. Os indivíduos são sexualizados, não existindo sociedade que não emita um conjunto de normas sexuais através da família ou do casamento. Do mesmo modo, não existem sociedades ou organizações sociais assexualizadas, todas comportam normas e/ou códigos sociais que as regem os comportamentos que giram em torno da actividade e do comportamento sexual (vide: Definição de Conceitos).

As diferentes Normas Sexuais

As normas sociais que regem o comportamento sexual podem ser agrupadas em diversos grandes conjuntos em função das às suas origens. Poderemos então considerar:

As Normas Religiosas - o interdito.

Estas exprimem-se sobretudo através da interdição ou de injunções interditórias (interditos encapotados ou disfarçados). Os exemplos sucedem-se: o incesto, a masturbação, a sodomia, as relações sexuais durante as regras, a homossexualidade, o exibicionismo, etc. Estas normas constituem na realidade um conjunto de normas arcaicas, das quais as diferentes religiões se apropriaram, adaptaram e veicularam enquanto parte constituinte das normas religiosas.

As Normas Ideológicas - actos naturais versus actos contra-natura.

A homossexualidade, entre outros, seria considerado como um comportamento anti-natura uma vez que não é constatado na natureza. Até o Vaticano faz referência às normas naturais, embora estas normas não apresentem nenhum tipo de relação com as normas religiosas. As normas são redigidas em regulamentos escritos, como pör exemplo o Código Civil, que interditam certos conceitos sexuais, como pör exemplo o passear-se nu na rua.

Normas Medicas - dialéctica do normal e do patológico.

As práticas sexuais seriam categorizadas em função do seu objectivo, entre as que têm como fim a procriação e as que não têm pör fim esse objectivo, as primeiras seriam consideradas normais e as segundas de anormais. Assim, tudo aquilo que não servia à reprodução seria considerado como anormal e denominado de perversão

(Freud, 1905). As normas medicas irão ainda recorrer a outro critério que envolve a noção do que é saudável ou prejudicial para a saúde.

Normas estatísticas - o frequente e o raro.

A partir de questionários sociológicos e outros, a dialéctica do normal e do anormal vê-se, sobre um plano estatístico, restringida ao escamotear sob a designação de anormal de todo o comportamento que se afasta das praticas utilizadas pela maioria da população.

Normas estéticas - o belo e o feio.

Aqui encontraríamos um conjunto de normas norteadas essencialmente pôr fenómenos de moda, como os constatados com o vestuário. Sob o plano sexual este tipo de normas exerce igualmente o seu poder, assim pôr exemplo a distinção entre erotismo e pornografia, baseia-se sobretudo sobre o facto de o primeiro ser considerado bonito e refinado e o segundo feio e vulgar.

No entanto, não se pode impedir a utilização de um código, e não há códigos sem normas. As normas demasiado estritas exacerbam o desejo, e inversamente, demasiada liberdade inibe o desejo. Estas constatações, de que a história foi repetidamente testemunha, podem fazer crer, como é pôr exemplo o caso de muitos adolescentes, que não são normais. A droga pode então surgir como uma formula mágica, reparadora e recuperadora do desejo perdido. Encontraríamos-nos assim, perante um problema de representação e de percepção social e não de uma questão

pessoal. A mesma atracção pelo consumo, pode ainda coloca-se dada a necessidade do respeito pelas normas dos outros. Ainda que estes sistemas de valor sejam ilógicos e/ou incompreensíveis, não se podem reprimir, logo resta a possibilidade de aprender a viver com estes sistemas ou então procurar escapar-lhes. Em qualquer das hipóteses o indivíduo vê-se confrontado com a culpabilidade, a droga oferece de novo aí uma possibilidade de uma pseudo-conciliação interna. Este processo, poderia estar, tal como nós próprios tivemos oportunidade de constatar, na base da baixa de auto-estima verificada junto dos toxicodependentes (Rodrigues, R., 1989).

O Desejo e o Prazer Sexual

DESEJO	PRAZER
Libido	Bem estar
Pulsão	Felicidade
Motivação	Gozo
Desequilíbrio metabólico	Encantamento

O Desejo

O Desejo poderia ser definido, no quadro da presente abordagem, através de duas definições não exclusivas:

(1) Necessidade Psicológica - necessidades do corpo que não sendo satisfeitas acarretam um estado de mal-estar psicológico. Estas necessidades, podem manifestar-se através de um conjunto de sentimentos agradáveis, mas se a satisfação não tem

lugar, estas transformam-se em algo desagradável. O desejo desencadear-se-ia então, segundo esta perspectiva, durante a adolescência de uma forma, que poderíamos considerar, semelhante ao apetite alimentar. Daniel Vincent afirma, numa dialéctica tecnológica, que "não se pode medir a intensidade do desejo senão através dos conceitos empregados para se chegar ao seu fim"(Vincent, D., 1989).

O Prazer

A tentativa de definição dos sentimentos de prazer associados à sexualidade, pode ser abordada segundo diferentes aproximações:

(1) Orgasmica - "autenticamente sexual", o prazer orgasmico encontra-se directamente associado à descarga nervosa que acompanha este fenómeno. No entanto, nenhum indivíduo tem orgasmos de uma mesma intensidade, independentemente da relação entre os factores seguintes: origem e qualidade da estimulação, natureza e qualidade dos intercâmbios com o próprio corpo ou com o parceiro, estado de saúde e humor, e o intervalo de tempo que o precede, isto é, a duração e qualidade dos preliminares amorosos e da fase de excitação.

(2) Outros prazeres não orgasmicos - caricias e outras estimulações sensoriais agradáveis que não tem pôr objectivo a condução ao orgasmo.

(3) Sublimes - este domínio refere-se ao conjunto de intercâmbios românticos que visam ou não a implementação ultima de estratégias amorosas e/ou sexuais.

Perturbações da Sexualidade

Factores Relacionais

A avaliação dos factores relacionais em Sexologia, envolve a avaliação do sintoma do comportamento provável, ou dos comportamentos prováveis, as circunstâncias de aprendizagem, isto é, o quadro socio-cultural onde se desenrola essa aprendizagem e as suas representações sociais e a cronologia evolutiva. Salientam-se: (1) a falta de conhecimento sobre o seu próprio funcionamento; (2) a imagem da sexualidade do sexo oposto como espelho da sexualidade do próprio sexo; (3) a culpabilidade ou a aversão sexual; (4) o medo dos membros do sexo oposto; (5) o mito do orgasmo simultâneo (Rejean Trenblay); (6) a inibição dos fantasmas sexuais ou eróticos.

A relevância destes factores foi salientada, entre outros, pôr um estudo que analisou ao longo de 5 anos, a resposta sexual de 300 mulheres de nível social médio, Os resultados encontrados revelaram que as mulheres que experimentam o orgasmo através da penetração vaginal, não são emocionalmente mais maduras do que as que apenas o logram através da estimulação directa do clitóris. De facto, aproximadamente 66% das mulheres afirmaram que das duas, preferem a estimulação clitoriana. Provavelmente o mais interessante dos resultados encontrados pôr este estudo, é o facto de que as mulheres com mais facilidade de orgasmo haviam sido criadas pôr pais que estas descreveram como: dependentes, carinhosos e que insistiam que em que as suas filhas reunissem certos níveis e qualidades. Fischer (1973),

Factores Funcionais

Segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edição (1994), as perturbações associadas à sexualidade encontram-se agrupadas num capítulo denominado "*Sexual and Gender Identity Disorders*". Este comporta as Disfunções Sexuais ("*Sexual Dysfunctions*"), as Parafilias ("*Paraphilias*"), os Distúrbios da Identidade de Género ("*Gender Identity Disorders*") e outras que não se enquadram em nenhum destes agrupamentos ("*Sexual Disorder Not Otherwise Specified*"). Esta classificação salienta ainda, que nenhum destes criterios deverá ser utilizado caso estas sintomatologias se inscrevam dentro ou paralelamente a um consumo regular ou abuso de substâncias tóxicas. Existem no entanto um conjunto de disfunções sexuais, pertinentes para o objecto do presente estudo, encontram-se estas caracterizadas, como a perturbação do processo que caracteriza o ciclo de resposta sexual ou pela dor associada à penetração. Utilizando a divisão avançada por Kaplan (1979), o ciclo de resposta sexual foi dividido em 4 etapas:

- (1) Desejo: esta fase é descrita como o conjunto de fantasias sobre a actividade sexual e o desejo para manter uma actividade sexual;
- (2) Excitação: esta fase é acompanhada por transformações fisiológicas e caracterizada pela sensação subjectiva de prazer sexual.
- (3) Orgasmo: consiste na fase em que se atinge um pico de prazer sexual, com o relaxamento da tensão sexual e a contracção da musculatura perenal e dos órgãos reprodutivos. No homem, assiste-se à sensação de uma ejaculação inevitável, seguida pela emissão de semem. Na mulher, constata-se

contrações (nem sempre subjectivamente percebidas), das paredes e do terço exterior da vagina. Nos dois sexos o orgasmo é acompanhado pôr contrações ritmadas do esfíncter anal.

(4) Resolução: esta fase corresponde à sensação de relaxação muscular e bem estar geral. Durante esta fase, o homem, contrariamente à mulher, experimenta um período de duração variável, fisiológico de refracção para uma nova erecção ou orgasmo.

A presença de disfunções sexuais pode verificar-se em uma ou em várias das fases do processo de resposta sexual.

Perturbações do Desejo e do Prazer Sexual

Kaplan utilizou a terminologia S. D. I. - "*Sexual Deasairer Inibition*", este modelo propõe uma conceptualização trifásica das disfunções sexuais, que contempla para além dos problemas de excitação ou associados ao orgasmo, a observação das dificuldades de que se pode fazer acompanhar a fase inicial da relação sexual. Para a sua análise Kaplan salienta os seguintes aspectos:

Tranquilidade - reconhece o facto do medo do excesso de sensualidade;

Inibição total ou periódica - é importante diferenciar as imagens de desejo elaboradas pelos sujeitos e a realidade, devido à diferença entre o desejo sobretudo visual no masculino e emocional no feminino.

Nomeadamente, ao nível da penetração, este acto depende do abandono da atenção e a escuta das suas próprias sensações, que acompanham a fase de excitação. Uma

estratégia terapêutica, deverá então visar a alteração dos obstáculos pessoais que impedem a relaxação (angústia, medo do outro, medo da sua própria excitação). Outro factor determinante ao nível das perturbações da fase de excitação, prende-se com a percepção e a vivências associadas aos primeiros contactos sexuais. Quando o jovem homem ou mulher não é capaz de compensar (“conteract”) as primeiras experiências negativas, o problema pode entrar em escalada até uma séria disfunção sexual (op. cit., pp. 178)

Disfunções da Excitação Sexual

Na mulher:

Falta de resposta sexual

No Homem:

Falta de desejo sexual

Disfunção erétil primária

Disfunção erétil secundária

 Impotência Orgânica

 Impotência Funcional

 Impotência Psicogénica

Disfunções da Função Orgasmica

Na mulher:

Falta de resposta sexual

Anorgasmia total e primária (compreende a masturbação).

Anorgasmia relacional

Anorgasmia coital frequente

No Homem:

Disfunção erétil primária

Disfunção erétil secundária

Ejaculação precoce

Ejaculação retardada

Em Sexologia a população divide-se:

30% - sem desejo

30% - dificuldades em manter a excitação

40% - dificuldades orgânicas

10% - anorgásmica

Etiologias possíveis das Disfunções Sexuais

1. Plano Orgânico

- Órgãos são e funcionais: integridade anatómica, histológica e bioquímica;
- As reacções orgânicas são vulneráveis, sensíveis ao stress, à afectividade, ao inconsciente, aos acontecimentos de vida "life events";
- Os factores orgânicos estão sempre embricados com os factores psíquicos: sejam estes preexistentes, ou decorrentes de experiências traumáticas repetidas;
- As diversas doenças que exercem uma influência sobre a sexualidade (diabetes, obesidade, anorexia...);
- Os diversos medicamentos que exercem uma influência sobre a sexualidade (neurolepticos, anti-depressores...);
- As intervenções cirúrgicas, exemplo a prostatectomia provoca a impotência;
- As drogas que exercem uma influência sobre a sexualidade.

2. Plano Psicológico

2.1 Causas Actuais

- Déficit de experiências efectivas;
- Deficiência sensorial - com origem na infância, a criança em excesso ou pôr defeito, viveria sistematicamente a frustração na experiência sensorial, do qual decorre uma postura de "retraimento" ou "ausência";

- Não separação da imagem materna;
- Incapacidade de adoptar um comportamento sexual eficaz: ignorância, falsas ideias, falsos modelos (pornografia, literaturas...);
- Erotização da perspectiva masculina da relação sexual - tudo é sexo, nada é emocional ou relacional;
- Sobrecarga de papéis femininos - acumulação de tensão, devida a inúmeros fracassos, procura da dor e do sofrimento, através da concretização de expectativas;
- Ansiedade desencadeada pelo sexo: medo do fracasso, ansiedade / exigências do parceiro, obsessão pela satisfação do parceiro, falta de confiança em si...;
- Defesa contra as sensações eróticas evitamento constante da culpabilidade consciente da sensualidade (inibição social);
- Falta de comunicação entre os parceiros;
- Causas aprendidas, aprendizagem defeituosa (educação rígida, vivência de interditos...)
- Eterna procura - procura incessante do novo, da qual decorre uma permanente insatisfação (ninfomanias) que remetem fundamentalmente para uma ausência do desejo, e a;
- Distorção da realidade - no sentido neurótico ou psicótico.

2.2 Causas Conjugais

- Decepção do casamento ou da relação presente;
- Sabotagem sexual;
- Incapacidade de comunicar;
- Falta de confiança no outro, ciúme patológico;
- Luta de poder dentro do casal, o plano sexual é a expressão de um conflito mascarado;
- Raiva do parceiro.

2.3 Causas Psicodinâmicas

Mulheres

- Medo do homem;
- Impossibilidade de identificação maternal;
- Medo de ser abandonada;
- Abusos sexuais, incesto, violações mesmo não consumadas mas que representam um abuso de poder;
- Imagem do casal parental inaceitável, conflitos entre os pólos passivo e activo, dependência, independência;

Homens

- Medo da mulher;
- Ansiedade de performance pôr medo de rejeição pôr parte da mulher, rivalidade permanente com os outros homens;
- Abusos sexuais, incesto, violações mesmo não consumadas mas que representam um abuso de poder;
- Aversão, culpabilidade;
- Dificuldades com as imagens parentais.

Em conclusão, em qualquer circunstância, o que envolve igualmente as situações de disfunções acompanhadas ou decorrentes do consumo de substâncias tóxicas, haverá sempre que considerar a diferença entre a palavra do sujeito e a realidade dos factos.

Um indivíduo pode referir, pôr exemplo, uma ausência de orgasmo, sem que esta exista realmente, encontrando este relato a sua origem num problema de representação fantasmática. Este facto é particularmente patente na contraposição entre o orgasmo vaginal e o orgasmo clitoral, ou no que concerne a representação do orgasmo simultâneo, a qual implica necessariamente uma aprendizagem sensitiva do próprio corpo. Outro aspecto determinante é o risco de projecção masculina, isto é, de que tudo depende do homem e a mulher não tem nenhuma responsabilidade no decurso da sexualidade e dos problemas com que esta se confronta.

CAPITULO V

DA SEXUALIDADE E DA TOXICODEPENDÊNCIA

Com base no que até aqui referimos, poderemos afirmar que a dependência em geral e o abuso e a dependência de substâncias tóxicas em particular, se assemelham à paixão. Também aí nos defrontamos com uma perda e ausência de limites e um desejo incontrolável de ir mais além, de ir sempre mais longe. Também aí nos confrontamos com a impossibilidade de eleição uma vez desencadeado o processo, isto é, podemos optar apaixonarmo-nos ou não, entrar ou não, mas uma vez que entramos não podemos interromper ou modelar o processo.

Assim, se estabelece a diferença relativamente ao conceito de "risco", ao qual se encontra sempre associada a noção de limites que procuramos, de uma forma mais ou menos consciente, conhecer, dominar e ultrapassar.

O interesse e as questões suscitadas em torno da sexualidade junto da população toxicod dependente, apresentam, para além dos efeitos das diferentes drogas e da avaliação do seu risco, diversas origens, por um lado os dados epidemiológicos, por outro os resultantes das anamneses e da relação terapêutica e finalmente os decorrentes dos diferentes constructos teóricos.

Ao nível epidemiológico, ressalta desde logo, a marcada e sistemática diferença entre a distribuição por sexo da população toxicodependente.

Com efeito, e aparentemente de forma independente do tipo de produto consumido, do contexto socio-cultural, raça, grupo étnico ou etário, esta população surge distribuída em valores que rondam sistematicamente os 3/4 de homens para 1/4 de mulheres.

Nos dados anamnésicos destes pacientes, constatamos com frequência uma história de abuso sexual e de violação, sejam estes físicos ou psicológicos.

Antes de mais haverá que diferenciar dois tipos de dados. Os primeiros que concernem a utilização das diferentes drogas por forma a interferir sobre a função sexual, os afrodisíacos e os anafrodisíacos, cuja utilização popular se viu ao longo da história envolta de crenças e secretismos (vide: Capítulo I). Refira-se a título ilustrativo que a utilização médica de drogas para o tratamento de disfunções sexuais é muito recente remontado apenas aos anos 80. O segundo conjunto de dados, dizem respeito aos efeitos e às consequências sobre a sexualidade, do consumo regular de drogas, tema sobre o qual nos debruçamos neste trabalho. A proximidade e tentação do estabelecimento de relações simplistas e reducionistas entre estes dois domínios, alimentou durante vários anos a confusão e interferência de inúmeros preconceitos no que respeita à abordagem da sexualidade junto da população toxicodependente.

AS PRIMEIRAS ABORDAGENS

As primeiras referências ao comportamento sexual dos consumidores de produtos tóxicos, foram originalmente suportadas por inferências sobre os dados resultantes do estudo farmacológico e bioquímico dos efeitos desses produtos sobre as funções sexuais.

Neste sentido, foram realizados inúmeros estudos, sobretudo durante as décadas de 50 e 60, nomeadamente, sobre o efeito depressor dos opiáceos sobre a sexualidade. Todas as drogas actualmente utilizadas de forma ilícita, desde o haxixe, a marijuana, até ao ópio, a morfina, e a cocaína ou o LSD, são reputadas de "afrodisíacos", no entanto nenhum dado concreto suporta esta crença. Churchill (1968) afirma: *"a semelhança dos opiáceos, o haxixe e a marijuana, como verdadeiros afrodisíacos são um verdadeiro fracasso"*.

A propósito dos opiáceos, Jarvik, M. e Brecher, E. (in: Money, J. e Musaph, H., 1977) referem que estes vêm estabelecer a ponte entre o que designam por *"folk medicine"* e a medicina científica. O ópio, seria tradicionalmente consumido na Índia, por forma a prolongar a eracção e retardar o orgasmo (vide: Capítulo I). Referindo ainda a título ilustrativo a existência de relactos anedóticos, que sugeririam que as prostitutas Americanas durante o séc. XIX, induziriam o consumo de ópio e morfina junto dos seus amantes para obterem este tipo de efeitos. Este género de relatos atesta uma vez mais a carga social que pesa sobre este comportamento, supondo-se neste caso que, seriam as prostitutas as únicas mulheres a procurarem o prazer sexual.

No entanto, o consumo de opiáceos encontra-se classicamente associado a uma perturbação fisiológica da função reprodutiva. Com efeito os opiáceos actuam sucessivamente sobre o hipótalamo e sobre a hipófise para alterarem o sistema reprodutivo. Esta acção sobre o eixo hipótalamo-hipofisário conduz a uma inibição da função endócrina das gónadas. Face às hormonas que têm uma influência em certa maneira permissiva, as drogas como os narcóticos, que actuam sobre o sistema nervoso central e vegetativo, têm uma acção mais imediata, ligada directamente ao aspecto funcional da relação sexual. Este efeito, junto da população masculina, traduzir-se-ia por uma limitação da capacidade erectil, dada a baixa de tensão arterial produzida nomeadamente pela heroína, e junto da população feminina pela amenórea (ausência da menstruação) e a infertilidade apelidados por Vedrinne, J. de "*dados clássicos junto da jovem heroínomana, em relação com a queda da secreção de hormonas gonadotropicas*" (in: Charvet et al., 1982, pp. 70)..

Utilizando o modelo trifásico da resposta sexual avançado por Kaplan (1979) (vide: "Perturbações da Sexualidade", Cap. IV), Sandler et al. (1980) referem que os narcóticos, como a codeína, a morfina, a heroína e a metadona, quando em grandes quantidades, produzem respectivamente: a ausência do desejo, a impotência e a inibição do orgasmo.

As duvidas subsistem, quando por exemplo, Chusman refere na sequencia dos resultados de um estudo conduzido em 1973 junto de uma amostra de pacientes, do sexo masculino, inscritos num programa de manutenção à base de Metadona (Chusman, 1973). Este autor, constatou um aumento progressivo, a partir de níveis iniciais muito baixos, da libido, da potência, da função ejaculatória, para níveis

normais, o que sugere o gradual desenvolvimento de uma tolerância aos efeitos depressores dos opiáceos sobre a sexualidade. Este domínio viria assim rapidamente, ao nível da comunidade científica, a converter-se num "terreno estéril" e contorverso, uma vez que, centradas sobre os efeitos dos produtos, iriam negligenciar aspectos fundamentais como são a sugestibilidade, ou efeito placebo, a politoxicod dependência e o contexto socio-cultural em que estes comportamentos têm lugar, criando um fosso intransponível entre a teoria e a realidade.

Efectivamente, durante várias décadas a imagem, veiculada através dos média junto do grande público, é a de uma "ameaçadora" e "atraente" perda de controle e de limites, nomeadamente ao nível sexual, experimentada sobre os efeitos de tais produtos. (vide: Cap. I) Este contexto viria a criar, como refere Donoghoe (1992), "uma tensão entre os utilizadores de drogas e o resto da sociedade, dada a percepção desinibidora do efeito das drogas sobre a libido e a sua associação à promiscuidade" (pp. 405). Se a investigação sobre a sexualidade humana sempre conheceu uma forte influência da moral social vigente, esta far-se-ia sentir de uma forma ainda mais acentuada ao nível da sexualidade desta população em particular, através da adopção de uma política de silêncio, o que representava para o caso, a concordância e aceitação da representação socialmente formulada.

Durante várias décadas reina a imagem de uma sexualidade-toxicod dependente, cientificamente "ausente" e socialmente "promiscua".

O limitado numero dos que ousam franquear esta barreira cairiam facilmente na armadilha lançada pelo discurso social vigente. Num capitulo intitulado "Les médicaments psychotropiques on des effets contradictoires sur la sexualité" (in Charvet et al., 1982) Frédérich, A. e Sportouch, M. referem por exemplo:

"O seu efeito é difícil de precisar devido ao caracter complexo da toxicomania, a sua aura de transgressão de tabus, a inversão dos valores sociais que reina no universo dos drogados. Mais ainda, a mistura frequente de produtos assim como as impurezas contidas nas preparações complicam a avaliação de aspectos específicos." (op. cit., pp. 66).

Encontramo-nos assim, mesmo no inicio da década de oitenta, perante um discurso científico profundamente colorido por um conjunto de valores moralizantes e normativos, o qual se poderia traduzir da seguinte forma: dadas diversas dificuldades é difícil avaliar de forma clara este comportamento no entanto é claro que este se encontra fora das normas. Estes autores iriam mesmo mais longe, afirmando mais adiante:

"O LSD diminui o apetite sexual, o qual é suplantado pela procura do toxico, o prazer produzido pela injeção ultrapassa o prazer sexual. Os opiáceos moderam a actividade sexual pelo mesmo processo, jogando por vezes um papel desinibidor para certos

comportamentos eróticos latentes (homossexualidade, sadomasoquismo, ...)" (op. cit., pp. 68).

Onde nos reencontramos mais uma vez com o aspecto curativo das drogas, que na ocorrência facilitariam ao sujeito, através da desinibição, a livre expressão dos seus verdadeiros sentimentos, mas que contraditoriamente se fazem acompanhar por um desinteresse sexual.

DESENVOLVIMENTOS RECENTES :

A PROPÓSITO DO FENÓMENO DO SIDA

Este contexto viria a sofrer uma verdadeira transformação na sequência do fenómeno SIDA. Se até à primeira metade da década de 80, se constatava uma quase total ausência de discussão sobre o comportamento sexual dos consumidores de produtos tóxicos, a ameaça que este grupo, já então promovido a "classe social", constituía para o resto da sociedade, veio alterar completamente esta situação de silêncio. Depois de se ter constatado, que a transmissão do vírus não se limitava às populações de risco, rapidamente a investigação científica se orientou para o estudo dos processos de transmissão, recaindo inevitavelmente sobre o grupo que representava o maior risco e sobre o qual menos se conhecia. Neste sentido apontam o impressionante número de artigos científicos publicados a este propósito, que ascende só para os anos de 93 e 94 a mais de 3.000. De 81 artigos recenseados, entre Janeiro de 1987 e Junho de 1994 publicados sob as palavras chave "Drug-abuse" e "Psychosexual-behavior" apenas 14

não se centram sobre o âmbito da transmissão do HIV. Durante o mesmo período e sob as palavras chave "Drug abuse" e "Sexual-attitudes", este número limita-se a 3 artigos.

A análise da evolução da orientação das diferentes investigações desenvolvidas no âmbito do SIDA junto da população consumidora de drogas, contém três pontos de interesse para o presente trabalho: (1) foi neste âmbito que ocorreu a "redescoberta" da sexualidade junto dos toxicod dependentes, e que pela primeira vez se tentou observar-la de uma forma científica e sistemática; (2) a evolução deste tipo de estudos é reveladora da carga social que pesa ainda hoje sobre estes dois comportamentos; (3) estes estudos produziram não só um manancial de informação pertinente ao nível do HIV e da sexualidade, mas igualmente franquearam as portas, para uma melhor compreensão do fenómeno das dependências. Estes aspectos encontram-se na base da opção pela análise que passaremos a efectuar.

CONDUTA DE RISCO E GRUPO ALVO

Inicialmente, no início dos anos 80, um interesse particular e praticamente exclusivo, foi consagrado ao risco envolvido na partilha de material infectado, particularmente das seringas e agulhas, rotulados à cabeça como os comportamentos de risco "major". Evidencia deste facto é a "proliferação" de programas de prevenção - leia-se informação - centrados sobre mensagens como: "*Don't Inject AIDS*" ou "*Pas de veine pour le SIDA*", ou ainda a importância consagrada à implementação de programas de troca de seringas. Vários estudos viriam assim, durante a década de 80, a ser conduzidos por forma a demonstrar e avaliar o risco implicado por este comportamento

junto desta população. Entre outros salienta-se o exemplo paradigmático da investigação de Battjes, R. et al. conduzido entre 1984 e 1989 publicado 1992 sob o título "Age at first injection and HIV risk among intravenous drug users." O seu objectivo era precisamente o de explorar a relação entre a idade do primeiro consumo injectado o comportamento sexual e o risco de SIDA através da comparação de 3 grupos de consumidores que haviam iniciado o consumo: (1) durante a adolescência, (2) enquanto jovens adultos e (3) durante a idade adulta, em termos da frequência de comportamentos de risco e da prevalência de aparecimento do vírus HIV. Os resultados encontrados revelam que: os elementos do 1º grupo referiam de uma forma consistente, níveis mais elevados de comportamentos de risco associados ao consumo de drogas, ("higher levels of drug-using risk behaviors"), como sejam, a frequência do consumo, e de partilha de seringas. Entre as mulheres, a bibliografia refere uma particular tendência para se implicarem em comportamentos sexuais de alto-risco ("high-risk sexual behavior"), tais como, a manutenção de múltiplos parceiros sexuais e a prostituição. Nenhuma correlação foi no entanto encontrada no que toca aos três factores estudados e a as variáveis: idade à data da entrevista; sexo; a raça ou a presença a grupos étnicos.

Os autores salientam ainda que o grupo de adolescentes consumidores de drogas injectáveis constituem um importante "grupo alvo" em termos de prevenção do SIDA.

Este estudo, aparte o mérito de ser um dos trabalhos pioneiros neste domínio, apresenta quanto a nós, graves limitações e problemas ao nível metodológico. Antes de mais, ao partir de uma noção teórica de comportamentos de risco, já actualmente

ultrapassada, para verificar a sua presença ou ausência junto da população, incorre no mesmo tipo de risco que representa, a aplicação de uma escala de inteligência verbal a um analfabeto e concluir que este apresenta uma debilidade mental. Por outro lado, estes comportamentos, ditos de risco, foram cruzados com a frequência da presença do vírus HIV, negligenciando o facto de que este se encontrava ainda no início da sua expansão, o que obviamente compromete a actualidade e a pertinência deste estudo. Finalmente, a recomendação de que os esforços preventivos deveriam incidir sobre o "grupo alvo" de adolescentes, representa ainda quanto a nós, um risco de desresponsabilização junto de toda a restante população. Infelizmente este género de posicionamento não é tão raro como poderíamos imaginar e viria a marcar, ainda durante algum, tempo o discurso elaborado em torna desta problemática. A actual constatação da incorrecção deste tipo de posicionamento, que circunscreve e projecta no exterior a nossa responsabilidade, poderá no entanto servir, para nos recordar que esta é a nossa reacção primeira, face ao medo do desconhecido.

Rapidamente se viria a verificar que esse conjunto de comportamentos ditos de risco, havia sofrido alterações depois do conhecimento publico do aparecimento do vírus. Neste sentido, *"existem actualmente evidencias de diversos países que indicam que estes comportamentos estão a mudar, e que o risco de HIV através da partilha de seringas está a diminuir"*, (Donoghoe, 1992, pp. 405). Este autor acrescenta ainda, no sentido do que já anteriormente referimos que:

"O risco de transmissão sexual tem sido negligenciado, e não unicamente no caso dos consumidores de drogas injectáveis, mas para todos os heterossexuais sexualmente activos. É importante que os utilizadores de drogas não sejam encarados como a fonte ou a via de contaminação uma vez que isso nega a responsabilidade que todo o indivíduo, consumidor de drogas ou não, tem sobre o seu próprio comportamento sexual" (Donoghoe, op. cit., pp. 405).

A partir de 1990, varias investigações viriam efectivamente a debruçar-se sobre a importância da transmissão sexual do virus junto dos toxicodependentes, permitindo, o que poderíamos denominar como, uma verdadeira redescoberta da sexualidade dos utilizadores de drogas. Estas investigações, têm vindo a revelar um conjunto de dados surpreendentes e a contribuir para a "desmistificação" e clarificação da imagem e da sexualidade desta parte da população. Estes dados, em função atenção que viriam a merecer, podem ser agrupados de forma cronológica em quatro categorias fundamentais, que passaremos a analisar: (1) Frequência de Contactos Sexuais; (2) Orientação Sexual; (3) Eleição dos Parceiros Sexuais, e (4) Alterações dos Comportamentos Sexuais.

FREQUÊNCIA DE CONTACTOS SEXUAIS

O primeiro dado inesperado foi o constatado ao nível da frequência de contactos sexuais entre a população de consumidores.

Donoghoe e colaboradores, referem já em 1989, através de um estudo de follow-up, uma percentagem de 77% de sujeitos que referem ter tido pelo menos um parceiro sexual durante o período de consumo de drogas (Donoghoe, M. et al., 1989).

Em Inglaterra, 82% dos utentes de quatro programas de troca de seringas, afirmam terem mantido uma sexualidade activa durante o ano anterior (Dolan et al., 1990). Klee et al. em 1990, avançam uma percentagem de 88% para os consumidores de drogas injectáveis do Noroeste Inglês (Klee et al., 1990). Van den Hock, refere que 77% dos consumidores em Amsterdão apresentam uma heterossexualidade activa entre os 4 e os 6 meses que precederam à entrevista (Van den Hock et al., 1990). No Sul da Florida 93% é o valor avançado por Chitwood & Comerford (Chitwood & Comerford, 1990) e 80% o encontrado por York Ehrhardt e colaboradores entre uma amostra de mulheres consumidoras de drogas injectadas na cidade de Nova (Ehrhardt, Y. et al, 1990).

Em 1992, Anthony Kim, a partir de uma investigação conduzida junto de pacientes psiquiátricos internados com uma história de abuso de crack ou cocaína constatam que enquanto a maioria dos sujeitos desenvolviam um desinteresse e/ou disfunções sexuais através da utilização prolongada destes produtos, alguns mantinham-se sexualmente activos ou aumentavam mesmo essa actividade desenvolvendo relações promiscuas. E precisam que a relação entre estes consumos e o comportamento sexual é influenciado por diversos factores, a saber; (1) a quantidade consumida; (2) a sexualidade pré-existente; (3) o sexo dos indivíduos e (4) a presença ou ausência de distúrbios psiquiátricos.

Um estudo realizado por Bjerregaard e Smith em 1993 na Carolina do Norte, comparou adolescentes, entre os 13 e 15 anos, com elevado risco para a delinquência e adolescentes que participavam em gangs e já com comportamentos delinquentes.

Os resultados revelaram, junto de ambos os sexos, que o envolvimento em gangs, se encontrava associado a um aumento do numero de comportamentos delinquentes, do abuso de substâncias toxicas e da actividade sexual (Bjerregaard, B. & Smith, C., 1993).

Um recente estudo conduzido em 1993 na Escócia, publicado sob o titulo "Sex Surveys and Drug Users", revela a propósito do risco de disseminação do H.I.V. que a população de consumidores por via endovenosa, com uma marcada dependência de opiáceos e tranquilizantes é sexualmente activa, e nalguns casos mesmo mais activa, quando comparada com a população "normal"- leia-se de não consumidores (Goldberg, D. et al., 1993).

Estes dados vieram atestar da existência de uma sexualidade activa, contrariando a imagem até então estabelecida.

ORIENTAÇÃO SEXUAL

Quasi simultaneamente, resultados surpreendentes foram igualmente encontrados no que toca à baixa percentagem de indivíduos consumidores com historia de contactos ou vivências homo ou bissexuais. Segundo diversos estudos (vide entre outros: Dolan

et al., 1990, Sasse et al., 1991), estes representariam, junto da população consumidora de drogas injectadas sem patologia mental declarada percentagens que nunca ultrapassam os 5%.

Num estudo efectuado por Stall & Ostrow, junto da população homossexual de São Francisco, estes autores haviam, identificado já em 1989, dois subgrupos distintos, (1) um de homens inicialmente identificados como consumidores de drogas injectadas e que posteriormente iniciam uma actividade homossexual, e um outro, (2) de homens inicialmente identificados como homossexuais que consumiam drogas injectadas. Os sujeitos do grupo (1) eram geralmente de um baixo nível socio-económico e/ou pertenciam a grupos étnicos minoritários, apresentando uma maior tendência para o consumo crónico de opiáceos. Os do grupo (2) pertenciam a níveis socio-económicos mais elevados e apresentavam de forma sistemática um consumo episódico de anfetaminas ou cocaína.

A filiação a grupos étnicos não se revelou significativa na relação entre sexo e drogas, no entanto, a idade, o nível educacional, e a iniciação precoce dos contactos homossexuais revelaram-se factores determinantes para esta relação. (Stall & Ostrow, 1989)

Em 1993, Dulit e colaboradores, conduziram um estudo junto de pacientes internados com um diagnóstico de distúrbio borderline da personalidade ("borderline personality disorder"). Os resultados sugerem que o abuso de substâncias tóxicas era quase universal junto da população masculina estudada e que os homens apresentam um

risco mais elevado do que as mulheres para a politoxicod dependência. Ao nível da conduta sexual salientam ainda que, 22% dos homens eram homossexuais, 26% bissexuais contra apenas 3% de mulheres homossexuais. (Dulit, R. et al., 1993).

Seidman e colaboradores (1994), referem junto de uma amostra de 382 sujeitos do sexo masculino em Atlanta, que nos três meses precedentes, 14% não havia mantido contactos sexuais, 80% haviam-nos mantido exclusivamente com parceiros do sexo oposto, 4% com parceiros de ambos os sexos e 2% exclusivamente com parceiros do mesmo sexo. Comparada com a população de não consumidores, os indivíduos desta amostra, evidenciavam ainda uma maior tendência para de uma forma regular ou sistemática consumirem álcool ou outras drogas antes de um contacto sexual (Seidman et al., 1993).

Desta forma, viria rapidamente a "desmantelar-se" a hipótese, suportada por diversos preconceitos sociais, de que o consumo estaria necessariamente associado à promiscuidade sexual e à homossexualidade. Os resultados encontrados foram de tal forma significativos, que este âmbito de investigação viria rapidamente a ser abandonado.

ELEIÇÃO DOS PARCEIROS SEXUAIS

Outro conjunto de dados importantes, e que viria a justificar a continuação do interesse pelo grupo de consumidores de drogas injectadas, seria a constatação de uma

manifesta preferência destes consumidores, por parceiros sexuais não consumidores, sobretudo entre a população masculina.

Já em 1987, Brown haviam referido que, sobre 758 contactos sexuais de 97 consumidores em tratamento na cidade de Nova York, mais da metade haviam ocorrido com parceiras não consumidoras (op. cit. in: Donoghoe, 1992). Relativamente à mesma característica, uma percentagem de 84%, havia sido avançada em 1990, tendo por base uma amostra de consumidores em Glasgow (McKeganey & Bernard, 1990).

Klee et al. (1990), referem igualmente a preferência dos consumidores de drogas injectadas por parceiras não consumidoras. Klee sugere que este facto deve a que o consumo de drogas não é atraente ("unattractive") nas mulheres, e que a relação entre prostituição, consumo e HIV, poderá impedir alguns utilizadores de terem contactos sexuais com mulheres consumidoras. Esta hipótese parece-nos no entanto, reducionista e moralista no sentido em que exclui uma percentagem importante de casos de sujeitos que iniciaram o consumo regular depois da escolha de uma parceira estável, e que por outro lado, da nossa experiência clínica, no consumidor masculino a orientação da escolha de uma parceira se processa com base na busca de uma reparação da auto-imagem, só possível então junto de uma parceira não consumida.

De particular interesse é o artigo publicado em 1991 por Hartmut Sasse que transcreve os resultados de uma importante investigação que procura avaliar o potencial de transmissão do vírus HIV na população consumidora de drogas por via intravenosa

(C.D.I.s). Este estudo, comparou entre Junho de 1985 e Junho de 1985, 3 grupos de toxicodependentes, num total de 1214 sujeitos, que recorreram a 34 centros públicos especializados em 20 Províncias Italianas. Foram comparados (1) C.D.I.s exclusivamente com parceiros não consumidores de drogas, (2) C.D.I.s com parceiros consumidores e não consumidores e (3) C.D.I.s exclusivamente com parceiros consumidores. Estes foram comparados com o objectivo de avaliar de que forma a eleição de um tipo de parceiro sexual estava associado ao número de diferentes parceiros sexuais, a frequência do uso de preservativo e as alterações do comportamento sexual (Sasse, H. et al., 1991).

Desde logo interessante é a distribuição da população constatada por cada um dos grupos, situada respectivamente em 43%, 23.4% e 33.1%.

Assim, 43% dos C.D.I.s de ambos os sexos, afirmaram haverem mantido ao longo de toda a sua vida contactos sexuais apenas com parceiros não consumidores de drogas.

Dentro deste grupo os homens representam a maior percentagem (50.5% contra 21.4%), enquanto que as mulheres apresentam uma prevalência entre o grupo (3) que mantêm contactos sexuais apenas com parceiros consumidores (42.8% contra 17.1%).

O grupo de mulheres apresenta uma predominância entre os sujeitos que tiveram um único parceiro ou mais de 10, enquanto que os homens uma predominância entre os sujeitos que tiveram entre 2-10 parceiros sexuais.

Mais extraordinário ainda, é o facto de que 90% das mulheres exclusivamente com parceiros consumidores, afirmam terem tido apenas um parceiro sexual ao longo de toda a sua vida. O que representa uma taxa de divórcio entre os casais consumidores, em muito inferior à apresentada pela população de não consumidores, e vêm uma vez

mais, contrariar a imagem de promiscuidade entre esta população. Este dado vêm ainda ao encontro da nossa experiência clínica, em que uma parte significativa da população feminina inicia os consumos após o início de uma relação estável com um parceiro consumidor.

Este estudo revela ainda que uma percentagem de 29% das mulheres com parceiros não consumidores afirma haver sempre utilizado preservativos, sendo esta percentagem ainda mais elevada (65%), quando se tratam de mulheres com mais de 10 parceiros. Desta forma estes dados vêm suportar a hipótese, já avançada entre outros por Padian et al.(1990), de que a transmissão do vírus seria mais eficaz quando operada de uma mulher para um homem do que no sentido inverso

Actualmente, procurando ir mais longe, o domínio da investigação orienta-se para a procura de explicações sobre a forma como se estabelecem as relações emocionais entre os consumidores de drogas.

Williams, M. e Johnson, J., conduziram neste sentido em 1993, um estudo de campo sobre as redes sociais ("Social network structures") junto de um grupo de consumidores de drogas injectadas, no Houston, Texas. A noção de "Social network structures" introduzida neste domínio por Klovdahl em 1985, representa a soma dos "laços" ("links") ou relações entre um grupo definido de indivíduos. Estes "laços inter-pessoais" variam, segundo Auslander e Granovetter (1973) (po.cit. in: Williams, M. e Johnson, J., 1993) em função de diferentes factores predominantes: a extensão da interacção, a frequência do contacto, o numero de contactos e a dimensão dos laços emocionais. A análise destes factores permite a constatação da presença de "laços

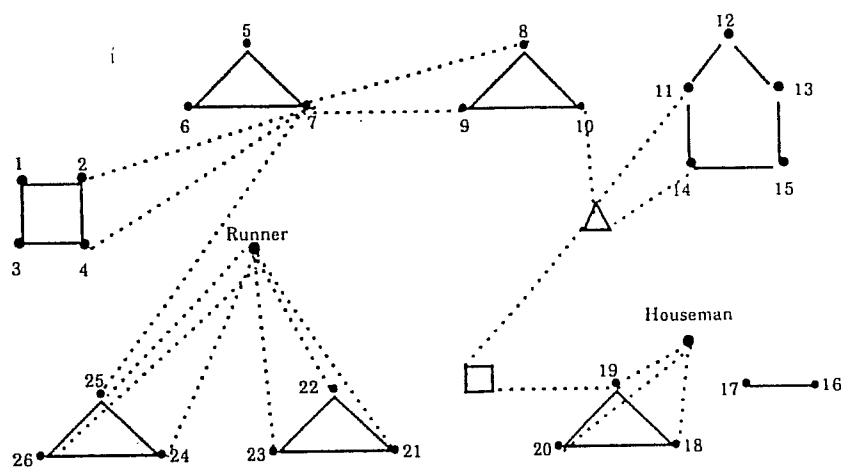
inter-pessoais fortes" e de "laços inter-pessoais fracos" e a construção de padrões de rede no interior de um grupo.

Os "laços inter-pessoais fortes" foram definidos como relações frequentes mantidas durante um longo período de tempo, homogéneas, limitadas a um número relativamente restrito de pessoas e que evidenciavam uma forte componente emocional.

Os "laços inter-pessoais fracos" foram definidos como relações irregulares, não duráveis no tempo, heterogéneas, envolvendo um número relativamente grande de sujeitos com diferentes tipos de relação e que evidenciavam uma fraca componente emocional.

Neste estudo, os "laços inter-pessoais" de cada um dos sujeitos foram cruzados com os seguintes factores: número e duração, heterogeneidade, composição e intensidade emocional das relações estabelecidas entre os elementos. Da análise destes factores, resultou a constatação da existência de padrões de rede entre os consumidores, dos quais a imagem seguinte é representativa .

MODEL DRUG INJECTION AND SEXUAL SOCIAL NETWORK STRUCTURE IN HOUSTON, TEXAS



- laços inter-pessoais fortes —
- mulher consumidora de crack □
- runner - formiga (vide: Léxico)
- laços inter-pessoais fracos, consumidor de drogas injectadas ●
- consumidor de drogas injectadas e de crack △
- houseman - (vide: Léxico)

Através deste esquema podemos observar que a maioria dos sujeitos estabelecem "laços inter-pessoais" fortes com um numero variável entre 1 e 4 outros consumidores. Constatou-se ainda que estes "laços inter-pessoais" eram igualmente limitados por factores geográficos e por factores étnicos e raciais. Mas e curiosamente, que estes tinham origem sobretudo no facto de, a sua presença se tornar menos notada aos olhos da policia, quando frequentam a vizinhança do lugar onde habitam e quando se fazem acompanhar por indivíduos com os mesmos hábitos sociais e da mesma raça. Este tipo

de relação têm, como explicaram os entrevistados, uma dupla função, por um lado, a de assegurar uma protecção mutua, ("*watch each other's backs*") mas igualmente, a de zelar para que o consumo não venha demasiado detriorante ("*going down*"), isto é, impedir que o consumo ultrapasse certos limites que façam perigar a relação e cada indivíduo. Será interessante notar que estas relações, que implicam um elevado grau de confiança e cumplicidade mutua, apresentam um paralelo com as funções que, actualmente cada vez mais, parecem cumprir as relações entre os elementos do casal das sociedades contemporâneas.

Assim, junto da amostra estudada, a grande maioria das partilhas de consumo e dos contactos sexuais ocorriam entre sujeitos com "laços inter-pessoais" fortes. As partilhas de consumo e os contactos sexuais ocorridos entre sujeitos com "laços inter-pessoais" fracos, eram menos frequentes e eram atribuídos ao acaso.

ALTERAÇÕES DOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS

Os primeiros indícios de alterações ao nível do comportamento sexual entre os toxicodependentes, foram assinalados por Donoghoe, M. et al. em 1989.

Estes autores referem, no estudo já anteriormente citado, que aparentemente os sujeitos avaliados se encontram a modificar os seus comportamentos sexuais no sentido de uma redução do risco de contaminação, através da não manutenção de parceiros sexuais, uma redução do numero de parceiros junto dos sujeitos com

múltiplos parceiros sexuais e um ligeiro aumento do numero de sujeitos com um único parceiro sexual estável

Dolan et al. (1990) e Klee (1990), registaram igualmente, através de estudos de follow-up, pequenas mas significativas alterações do comportamento sexual, que apontam no sentido de uma redução do numero de parceiros sexuais, respectivamente em Londres e no Noroeste Inglês.

Chitwood & Comerford (1990), encontraram resultados que apontam igualmente para uma redução do numero de parceiros e de encontros ocasionais entre a população de consumidores de drogas injectadas na Sul da Florida. Neste estudo, estes autores, compararam três grupos constituídos em função dos produtos consumidos: (1) exclusivamente opiáceos, (2) de opiáceos e cocaína e (3) exclusivamente cocaína. De uma forma idêntica a maioria dos sujeitos de todos os grupos haviam partilhado seringas ou agulhas e efectuado durante o processo de consumo outras operações de risco. Em contrapartida dois terços dos elementos de cada um dos grupos referiu haver iniciado a introdução de alterações do comportamento sexual por forma proteger-se do risco de contaminação. O resultado mais curioso, constitui o facto de os sujeitos que haviam consumido exclusivamente cocaína ou cocaína e opiáceos, apresentavam uma probabilidade duas vezes superior de um resultado positivo para o teste do HIV-1 que os sujeitos que haviam unicamente consumido opiáceos.

A validade de todos estes resultados encontra-se ainda sujeita a grandes reservas dado o numero limitado de investigações actuais, que analisem a evolução das alterações deste mesmo comportamento junto da população não consumidora.

A ABORDAGEM DA SEXUALIDADE DURANTE O CONSUMO

Alguns estudos mais recentes, procuram ir mais longe do que constatarem a presença ou não de factores de risco. Ainda que centrados sobre os comportamentos de risco, estes fornecem um conjunto de informações que contribuem para uma descrição do comportamento sexual junto desta população.

Uma recente investigação publicada por King, V. et al. em 1994, efectuada junto de 165 consumidores de opiáceos, revela que a média de parceiros sexuais era igual a um e que 95% relataram actividade sexual durante o ano anterior. A grande maioria (84%) nega o envolvimento em qualquer actividade sexual de carácter comercial e refere a pratica da monogamia e da abstinência sexual (81%). Mais interessante ainda neste estudo é a preocupação de uma comparação com a população não consumidora, assim, ao nível da utilização de preservativos a amostra estudada apresenta um índice de 15%, aproximadamente igual ao constatado junto da restante população. Neste mesmo sentido, estes autores vão pela primeira vez, não negando o elevado índice de comportamentos de risco junto da população de consumidores de drogas por via endovenosa, salientar a importância da implementação de estratégias que permitam a manutenção dos baixos índices junto da restante população.

Resultados contraditórios seriam no entanto encontrados por McDonald, C. (1944) et al. junto de 150 consumidores de drogas por via endovenosa, igualmente em Inglaterra.

Num artigo intitulado, "A bridge too near? Injecting drug users' sexual behaviour.", que revela desde logo o alargamento do âmbito desta investigação, estes autores constataam que as alterações do comportamento sexual são desprezíveis e que o consumo de tóxicos antes ou durante uma relação sexual era largamente referida. Embora a utilização de preservativos fosse frequente, sobretudo junto dos consumidores mais jovens, este facto correspondia igualmente a um maior numero de parceiros sexuais. Mais de metade dos inquiridos eram sexualmente monogamicamente activos e não se encontravam diferenças entre os dois sexos, ao nível da eleição de parceiros sexuais em função de estes serem ou não consumidores.

Em conclusão, se a relação entre o consumo de drogas por via endovenosa e o risco de HIV é actualmente mais clara e em plena transformação, a sexualidade deste grupo em particular é ainda imprecisa. As diversas investigações desenvolvidas nos últimos anos, em torno do SIDA têm o mérito de haverem relançado a discussão sobre a sexualidade junto desta população e haverem permitido pela primeira vez uma análise científica deste fenómeno. Em nossa opinião, mais importante ainda, é o facto de que este conjunto de trabalhos, veio contribuir para uma melhor compreensão desta problemática e para a importância da investigação sobre a sexualidade junto da espécie humana em geral.

Donoghoe, afirmou a este propósito. "é necessário conhecer, não apenas os níveis de actividade sexual, mas examinar alguns dos detalhes dos contactos sexuais" (op. cit., pp. 412).

Mulleady e colaboradores (1990) acrescentam ainda:

"(...) os serviços de droga não se dirigem às necessidades dos parceiros sexuais não consumidores e encaram isto como uma falha importante nos serviços dispensados. Os técnicos destes serviços e outros serviços de assistência necessitam uma preparação para lidarem com situações que envolvem a sexualidade. Os técnicos com formação especializada em sexo e sexualidade deveriam ser envolvidos no trabalho com os utilizadores de drogas. Uma maior atenção deveria ser prestada ao aconselhamento e informação sobre sexo" (Mulleady et al., op. cit. pp.340).

Fica assim em aberto, todo um capítulo no que concerne à vivência dessa mesma sexualidade, à forma como esta população se situa face às normas sociais que regem este comportamento e por fim, mas não menos importante, qual a importância e fluência que este comportamento detém ao nível do acompanhamento e da terapêutica desta problemática.

II

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Da Metodologia

A Ciência não é evidentemente neutra.

Toda a investigação reflecte os valores e as opiniões dos seus autores, assim como o quadro socio-cultural do momento histórico em que se desenvolvem.

Esta incontornável permeabilidade merece no entanto uma particular atenção no âmbito que nos propusemos abordar.

De facto, e como já anteriormente referimos, esta preocupação justifica-se tanto mais dado que, por um lado, o domínio da sexualidade encontra-se desde sempre enquadrado por um sistema de valores e mentalidades particular, e por outro, que esse mesmo sistema encontra-se no momento actual em transformação acelerada na sequência, entre outros, do fenómeno do SIDA.

Ao nível da toxicod dependência este sistema de valores assiste igualmente a grandes transformações, em Portugal assistimos actualmente ao reacender do debate em torno da liberalização dos consumos, enquanto na Suíça se criaram espaços "protegidos" para o consumo de drogas e se dão os primeiros passos na implementação de programas de manutenção à base de heroína.

O desejo de tornar o mais transparente possível a elaboração do presente estudo, levou-nos a tomar uma série de precauções particulares, aos seguintes níveis:

- (1) metodológico;
- (2) da selecção do instrumento de avaliação;
- (3) da recolha dos dados;
- (4) do tratamento dos resultados; e
- (5) da redacção do presente manuscrito.

A análise e discussão destes procedimentos serão o objecto da descrição que passaremos a efectuar.

Definição do Problema

Como referimos, o conjunto de investigações desenvolvidas na sequência do aparecimento do vírus do Sida, viriam contribuir para um melhor conhecimento dos comportamentos sexuais da população toxicod dependente.

Ficariam no entanto, em aberto as questões que dizem respeito à sua vivência, à percepção, representação e o posicionamento face às normas sociais que regem este comportamento, assim como a importância que este comportamento detém ao nível do processo terapêutico desta população. A investigação destes aspectos poderá, quanto a nós, contribuir para uma melhor compreensão da problemática toxicod dependente em geral e para o desenvolvimento de novos programas de prevenção e de intervenção terapêutica, que contemplem o indivíduo numa perspectiva global, envolvendo então a abordagem da sexualidade.

O presente estudo compreende um triplo objectivo:

- (1) o de contribuir para a clarificação da forma como esta população em particular se situa a si mesma face à sua sexualidade (como a vive, como a sente, como a imagina e a como a representa);
- (2) avaliar como esta população se situa face às normas sociais que regem este comportamento (como as percebem e como se posicionam face a essas regras); e finalmente,
- (3) qual a influência exercida pelo consumo de substancia tóxicas sobre a sexualidade e as normas sociais que regem este comportamento.

Do Consumo de Substancias Toxicas e da Sexualidade

Por forma a avaliar da influência do consumo de substâncias toxicas, e em particular do consumo regular de opiáceos, sobre a sexualidade, formulamos a seguinte hipótese:

Hipótese 1

Se o consumo de substâncias toxicas produz alterações sobre a sexualidade, então a população que as utiliza de uma forma regular, deverá apresentar apresentar uma percepção da sua sexualidade distinta e um conjunto de disfunções sexuais distinto durante os períodos de utilização e os períodos de abstinência.

Depois do que ficou exposto ao longo da primeira parte deste trabalho, e tendo ainda por base a nossa própria experiência clínica, a colocação desta hipótese tem por objectivo testar a sua não validade. Evidentemente que a eventual infirmação desta hipótese não será suficiente para sustentar o facto de que o consumo de substâncias tóxicas não produz alterações sobre a sexualidade, dado que estas variáveis, (percepção da sexualidade e disfunções sexuais) variam igualmente em função da idade, e da maior ou menor possibilidade e frequência de experiências sexuais. Deste modo, e por forma a controlar a variável idade / nível de experiência pessoal, elaboramos ainda hipótese seguinte:

Hipótese 2

Se o consumo de substâncias tóxicas produz alterações sobre a sexualidade, então a população que as utiliza de uma forma regular, deverá apresentar uma percepção da sua sexualidade e um conjunto de disfunções sexuais distinto, quando comparada com a população que não as utiliza.

Do Contexto Socio-Cultural e da Sexualidade

Por forma a avaliar a forma como o contexto socio-cultural influencia a sexualidade, foi colocada hipótese seguinte:

Hipótese 3

Se o contexto socio-cultural influencia a sexualidade então, populações oriundas de distintos contextos socio-culturais, deverão apresentar, em diferentes momentos da sua vida, diferentes percepções da sua sexualidade e distintos conjuntos de disfunções sexuais.

Do Consumo de Substancias Toxicas e da Sexualidade em diferentes Contextos Socio-Culturais.

Hipótese 4

Se o consumo de substâncias tóxicas produz alterações sobre a sexualidade, independentemente do contexto socio-cultural em que este têm lugar, então a população que as utiliza de uma forma regular, deverá apresentar, apresentar percepções da sua sexualidade semelhantes e conjuntos de disfunções sexuais semelhantes, quando se compararem populações oriundas de distintos meios socio-culturais.

O modelo de investigação

Por forma a testar a validade da hipóteses formuladas e dada a impossibilidade de proceder a uma selecção aleatória dos sujeitos que iriam constituir os grupos experimentais, isto é, os indivíduos que apresentam uma historia de consumo regular de produtos tóxicos, fizemos recurso, a um plano quasi-experimental. As condições de validade interna continuam a ser asseguradas, uma vez que, o não cumprimento dos factores respeitantes à testagem e à selecção não a comprometem.

Este plano comporta dois grupos experimentais (G1 e G3) e dois grupos de controle (G2 e G4), emparelhados, segundo o seguinte esquema, tal como é representado por Fortin, A. (1984) no capítulo "Plans de Recherche quasi expérimentaux", (in: Robert M., 1984, pp.129).

	Portugal	Suíça
Grupos Experimentais	G1	G3
<hr/>		
Grupos de Controle	G2	G4

Legenda: G1 - Grupo de Consumidores com residência em Portugal

G2 - Grupo de Consumidores com residência na Suíça

G3 - Grupo de Não Consumidores com residência em Portugal

G4 - Grupo de Não Consumidores com residência na Suíça

Pretendemos assim, proceder a constituição de 4 grupos "equivalentes" através de: (1) uma manipulação propositada das duas variáveis independentes de uma forma binária e (2) do controle das variáveis parasitas que podem perturbar esta "equivalência" e/ou concorrer com a variável dependente. Dado que estas existem em número demasiado elevado para que seja possível o seu controle efectivo, então, e depois de controladas algumas que consideramos mais prementes (vide: Operacionalização das Variáveis), presumimos que as restantes afectariam de igual modo o grupo experimental e o grupo controle.

A decisão de optar pela constituição de dois grupos experimentais prende-se com o facto de, como referimos, pretender-mos avaliar não apenas as implicações do consumo de substancias toxicas, mas igualmente as do contexto socio-cultural do sujeito, sobre a sua sexualidade.

Operacionalização das variáveis

A presente investigação comporta essencialmente três variáveis, que serão sucessivamente utilizadas enquanto variáveis dependentes e independentes por forma a avaliar da sua interacção.

Foram consideradas:

- Variável 1 - Consumo regular de produtos tóxicos.

- Operacionalização da variável - esta variável foi operacionalizada através dos procedimentos de selecção. Os sujeitos que consideramos respeitar esta variável deveriam apresentar uma história de consumos preferencial e regular de heroína por via endovenosa, mínima de três anos.

- Variável 2 - Contexto Socio-Cultural

- Operacionalização da variável - esta variável foi igualmente operacionalizada através dos procedimentos de selecção. Os dois contextos socio-culturais considerados, foram definidos a partir da Nacionalidade, do local de nascimento do sujeito e dos seus pais e da localização da sua residência.

Estas duas variáveis foram operacionalizadas como variáveis discretas e bipolares, isto é, o sujeito apresenta ou não uma história de consumos regular de heroína por via endovenosa, e pertencia ou não ao contexto socio-cultural Português ou Suíço.

- Variável 3 - Sexualidade (vide: Definição de conceitos)

- Operacionalização da variável - esta variável foi operacionalizada a partir dos resultados das aplicações em entrevistas individuais realizadas a partir do Questionário de Recherche Social de Sexo, "Resosexo". Esta trata-se em realidade, de uma variável dependente, que dada a sua complexidade, foi operacionalizada através da análise de diversos conjuntos de variáveis contínuas, descontinuas, qualitativas e quantitativas, num total de 243 variáveis (vide: Termos de Controle).

Variável dependente 3.1 -

Conjunto de Praticas Sexuais - esta variável foi operacionalizada através da avaliação de dois factores:

(1) presença e frequência de diferentes 5 áreas distintas -masturbação, sexo oral, penetração vaginal, penetração anal e utilização de objectos - para parceiros do mesmo e do sexo oposto. Para os homens foram avaliados 13 praticas sexuais praticas para os contactos sexuais com parceiros sexuais do sexo oposto (Questionário Sexo Masculino

- questões 56.1.1 a 56.1.13) e 13 praticas para os contactos sexuais com parceiros sexuais do mesmo sexo (Questionário Sexo Masculino - questões 56.2.1 a 56.2.13).

Para as mulheres foram avaliados 13 praticas para os contactos sexuais com parceiros do sexo oposto (Questionário Sexo Feminino questões 56.1.1 a 56.1.13) e 11 praticas para os contactos sexuais com parceiros sexuais do sexo oposto (Questionário Sexo Feminino questões 56.1 a 56.13)

A sua análise foi efectuada através de escalas de Likert de 5 possibilidades:

1. frequentemente
2. por vezes
3. raramente
4. nunca
5. não responde

Variável dependente 3.2 -

Disfunção Sexual - esta variável foi operacionalizada através da avaliação de dois factores:

(1) presença e frequência de orgasmos em 5 praticas distintas -masturbação, masturbação por terceiros, sexo oral, penetração vaginal, penetração anal (questões 69.1 a 69.5); e

(2) presença e frequência de disfunções sexuais - no homem: insuficiência e excesso de desejo, dificuldade erétil, ejaculação precoce: antes e após a penetração, ejaculação

retardada, anorgasmia, (questões 70.1 a 70.9); - na mulher: dispareunia (relações sexuais dolorosas), insuficiência e excesso de desejo, dificuldades orgasmicas, anorgasmia (questões 70.1 a 70.9).

A sua análise foi efectuada através de escalas de Likert de 5 possibilidades:

1. frequentemente
2. por vezes
3. raramente
4. nunca
5. não responde

Variável dependente 3.3 -

Satisfação Sexual - esta variável foi operacionalizada através da análise das auto-avaliações efectuadas pelos sujeitos relativas à satisfação experimentada face à sua sexualidade - *Relativamente à sua vida sexual você está ?* - em três momentos distintos da sua vida: (1) antes do início dos consumos (G1 e G3) e antes dos 18 anos (G2 e G4); (2) durante os consumos, um ano depois do início do consumo regular e durante os seis meses seguintes (G1 e G3) e entre os 20 anos e os seis meses seguintes, e (3) durante os seis últimos meses (para todos os grupos) respectivamente, questões 76, 89 e 110.

A sua análise foi efectuada através de escalas de Likert de 5 possibilidades:

1. Muito satisfeito(a)
2. Satisfeito(a)
3. Pouco satisfeito(a)
4. Insatisfeito(a)
5. Não responde

Foi ainda utilizada a análise de uma auto-avaliação relativa à satisfação sexual experimentada durante toda a sua vida - *Tem a sensação que a sua vida sexual até ao momento presente foi ?* (questão 111). Para esta foi igualmente utilizada uma escala de

Likert de 5 possibilidades:

1. Sempre satisfatória
2. Frequentemente satisfatória
3. Por vezes satisfatória
4. Nunca foi satisfatória
5. Não sabe
6. Não responde

Variável dependente 3.4 -

Percepção da Sexualidade - esta variável foi operacionalizada através da análise da concordância existente entre a presença de sinais de disfunção sexual (variável dependente 3.2) e a satisfação sexual manifestada (variável dependente 3.3).

Variável dependente 3.5 -

Fantasmas Sexuais - esta variável foi operacionalizada através da qualidade e frequência das cenas idealizadas, ou sonhos que o sujeito imagina quando está acordado, que induzem uma excitação sexual, (tal como foi apresentado aos entrevistados no decurso da entrevista, vide: Anexo II). Foi avaliada a partir da análise dos seguintes factores:

- (1) presença, qualidade e frequência dos sentimentos associados (questões 58.1 a 58.5);
- (2) presença e frequência de um conjunto de sentimentos e práticas sexuais numa perspectiva passiva e activa (questões 59.1 a 59.12 e 60.1 a 60.6);

A sua análise foi efectuada através de escalas de Likert de 5 possibilidades:

1. frequentemente
2. por vezes
3. raramente
4. nunca
5. não responde

(3) a qualidade e o sexo dos personagens que intervêm nos fantasmas

A sua análise foi efectuada através de escalas de Likert de 7 possibilidades:

1. Uma pessoa imaginária
2. Uma amiga(o) com quem nunca teve relações sexuais
3. Uma pessoa com quem teve relações sexuais no passado
4. O seu parceiro actual
5. Uma vedeta (atriz/actor, cantora/ cantor, etc.)
6. Outros
7. Não responde

Variável dependente 4 -

Percepção da sexualidade - esta variável foi operacionalizada através da concordância existente entre a presença de sinais de disfunção sexual e a satisfação sexual manifestada durante 4 momentos distintos da vida (T1, T2, e T3).

Variável dependente 11 -

Contradição normativa - esta variável foi operacionalizada através da análise da presença ou ausência de conflito entre as normas percebidas pelo sujeito junto dos amigos(as) próximos(as) e junto dos seus pais, no que respeita à infidelidade relativamente a um homem e uma mulher (questões 46 e 46.1, 47 e 47.1).

A sua avaliação efectuou-se através da utilização de escalas de Likert de 5 possibilidades:

1. Estão todos de acordo
2. Alguns estão de acordo, outros não
3. Estão todos contra
4. não sabe
5. não responde

Variável dependente 12 -

Discrepância de opinião face aos contextos normativos - esta variável foi operacionalizada através da análise da presença ou ausência de conflito entre a opinião do sujeito face à infidelidade (questões 39.1 e 39.2) e as normas percebidas pelo sujeito junto dos amigos(as) próximos(as) e junto dos seus pais (questões 46 e 46.1, 47 e 47.1).

1. completamente aceitável
2. aceitável
3. inaceitável
4. completamente inaceitável
5. não responde

Variáveis de controle

Dada a concorrência que poderiam exercer junto da variável dependente, nomeadamente ao nível da vivência da sexualidade, foram ainda utilizadas como variáveis de controle as seguintes (vide: Termos de controle):

- (1) a frequência de intoxicação no decurso de relações sexuais (questões 101 - 103);
- (2) a prática do comércio de relações sexuais (questão 104);
- (3) a vivência de uma ou várias violações ou a imposição de relações sexuais
(questões 105 - 106);
- (4) o contacto com doenças sexualmente transmissíveis (d.s.t.) (questões 107 - 108); e
- (5) a vivência de uma ou várias interrupções de gravidez - unicamente junto às mulheres (questão 108.1)

A RECOLHA DOS DADOS

Os sujeitos que constituem os grupos experimentais (G1 e G2) foram recrutados de forma voluntária, entre a população que recorria aos centros de tratamento especializados para toxicodependentes que aceitaram colaborar nesta investigação, a saber: o Centro das Taipas, Lisboa, Portugal e a Fondation Phenix, Geneve, Suíça. A recolha destes dados desenrolou-se entre Julho de 1994 e Abril de 1995.

No Acolhimento de cada um destes Centros, foram expostos diversos exemplares da folha de apresentação (vide: ANEXO 1).

Os sujeitos foram abordados por nós na sala de espera, sendo-lhes explicado, quem éramos, o motivo da nossa presença, os objectivos da investigação, o carácter anónimo e confidencial do estudo e a importância da sua participação.

Se o sujeito se mostrava disponível para participar era-lhe explicado o tempo de duração aproximado do questionário, após o que nos disponibilizávamos para efectuar imediatamente o seu preenchimento ou era fixado um novo encontro. Em qualquer dos casos, antes de iniciar a aplicação eram lembradas aos sujeitos as condições da sua participação, nomeadamente que nenhuma outra informação a seu respeito seria pedida ao staff do centro, da mesma forma que nenhuma informação recolhida por nós lhes seria transmitida, e que tinha a inteira liberdade de não responder a qualquer uma das questões formuladas.

A aplicação dos questionários foi sempre efectuada em entrevista individual, num local do Centro onde fosse assegurada a maior privacidade, tranquilidade e a não interrupção do seu preenchimento.

O preenchimento dos questionários foi efectuado por nós, pelo que, todas as questões e as diferentes possibilidades de resposta eram lidas aos sujeitos, após o que as suas respostas eram anotadas. A opção por este tipo procedimento justificou-se, dado que permitia, por um lado, assegurar de uma forma mais controlada a boa compreensão de cada uma das questões e a obtenção do maior número de respostas possíveis, e por outro lado, a não formulação de questões que não lhe diziam respeito.

No final do preenchimento, disponibilizávamo-nos sistematicamente para responder a todas as eventuais dúvidas, questões ou interrogações suscitadas pelo preenchimento do questionário.

Os questionários aplicados junto dos grupos de controle (G2 e G4) foram alvo de aplicações colectivas em sala de aula. Estes sujeitos participaram igualmente de uma forma voluntária e foram recrutados respectivamente a partir de classes do 4º e 5º anos do Instituto Superior de Motricidade Humana, Cruz Quebrada, Oeiras, Portugal e da Faculte , Geneve, Suíça.

As aplicações foram previamente anunciadas e desenrolaram-se após a explicação dos objectivos da investigação, do conteúdo da folha de apresentação e da leitura e esclarecimento do procedimento de preenchimento. (vide: "Instruções de

preenchimento", Anexo IV) No final, colocamo-nos igualmente à disposição dos interessados para responder todas as eventuais dúvidas, questões ou interrogações suscitadas pelo preenchimento do questionário.

Seleccção das Amostras

Pretendemos proceder a constituição de 4 grupos "equivalentes" dois a dois, através de: (1) uma manipulação propositada das variáveis independentes de uma forma binária (2) do controle das variáveis parasitas que podem perturbar esta "equivalência" e/ou concorrer com a variável independente. Dado que estas existem em número demasiado elevado para que seja possível o seu controle efectivo, então, e depois de controladas as que consideramos mais prementes, abaixo descritas, presumimos que as restantes afectariam de igual modo o grupo experimental e o grupo controle. No entanto, ainda assim, os grupos não são equivalentes no sentido metodológico do termo, dada a impossibilidade de repartição dos sujeitos pelos diferentes grupos de forma aleatória. A manipulação das variáveis independentes encontrava-se limitada à eleição dos indivíduos em função da área geográfica da sua residência e dos seus hábitos de consumo de heroína ou não..

Foram assim constituídos respectivamente, um grupo de heroinodependentes Suiços (G1), um grupo de heroinodependentes Portugueses (G2), grupo de não consumidores Suiços (G3) e um grupo não consumidores Portugueses (G4).

Seleccção dos Grupos Experimentais

Os critérios de selecção impostos para a inclusão no grupo G1, foram os seguintes:

- (1) a participação voluntária,
- (2) raça branca,
- (3) nacionalidade Portuguesa,
- (4) local de nascimento situado em Portugal Continental,
- (5) local de nascimento dos pais situado em Portugal Continental,
- (6) local de residência situado na área da grande Lisboa,
- (7) idade compreendida entre os 18 e 35 anos,
- (8) com uma escolaridade mínima de 11 anos,
- (9) que não apresentassem uma história pessoal ou de familiares próximos com perturbações psiquiátricas,

- (10) com uma historia de consumo preferencial e regular de heroína por via endovenosa mínima de três anos,
- (11) envolvidos nesse momento num processo terapêutico depois de um período máximo de 3 meses,

Os critérios de selecção impostos para a inclusão no grupo G2, foram idênticos aos dos adoptados para os grupo G1, salvo no que concerne aos requisitos (3), (4), (5) e (6) que diferiram em função da Nacionalidade Suíça e do local de residência situada na cidade de Geneve.

Seleção dos Grupos Controle

Estes dois grupos (G3 e G4), foram constituídos após a recolha dos dados dos grupos experimentais (G1 e G2), por forma a conhecer dos grupos experimentais: (1) a distribuição das idades; (2) a distribuição por sexos e (3) idade média de inicio dos consumos, o que iria definir os momentos t1 e t2 - antes do inicio e um ano após o consumo regular, - para estas amostras (vide: Anexos V e VI, II e III Partes).

A população dos grupos controle foi seleccionada de forma aleatória entre os alunos de dois Institutos Superiores e a sua inclusão respeitou igualmente todos os critérios dos grupos experimentais à excepção dos critérios (10) e (11), cuja presença constituiu aqui um critério de exclusão.

Foram ainda retirados dos Grupos Experimentais ou Controle, todos os sujeitos que abandonaram a entrevista antes do seu termino (4 sujeitos), ou que não haviam mantido contactos sexuais antes do inicio dos consumos, para os grupos G1 e G2 (o que representou respectivamente 2 e 5 sujeitos), ou antes dos 19 anos, para os grupos G3 ou G4 (que representaram respectivamente 3 e 7 sujeitos).

Mãe

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
sim	8	26,67	9	29,03	3	11,11	4	12,90
(1) medicam.	7		8		3		3	
(2) alcool	0		0		0		1	
(3) drogas	0		0		0		0	
(1)+(2)	0		0		0		0	
(1)+(2)+(3)	0		0		0		0	
não respon.	1		0		0		0	
não	21	70,00	20	64,52	21	77,78	25	80,65
não sabe	1	3,33	1	3,23	0	0,00	0	0,00
não respon.	0	0,00	1	3,23	1	3,70	2	6,45
n	30		31		23		31	

Separação da Mãe durante a Infância

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
sim	6	20,00	10	32,26	2	7,41	6	19,35
não	23	76,67	21	67,74	25	92,59	25	80,65
não sabe	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
não respon.	1	3,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
n	30		31		27		31	

Interrupção de gravidez efectuada pela Mãe

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
sim	4	13,33	3	9,68	2	7,41	3	9,68
não	21	70,00	22	70,97	20	74,07	27	87,10
não sabe	4	13,33	4	12,90	3	11,11	1	3,23
não respon.	1	3,33	2	6,45	2	7,41	0	0,00
n	30		31		27		31	

Hábitos Tóxicos dos Pais

Pai

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
sim	10	33,33	11	35,48	5	18,52	7	22,58
(1) medicam.	2		1		3		1	
(2) alcool	4		8		1		2	
(3) drogas	3		2		1		3	
(1)+(2)	2		0		0		0	
(1)+(2)+(3)	1		0		0		0	
não	17	56,67	18	58,06	21	77,78	21	67,74
não sabe	3	10,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
não respon.	0	0,00	2	6,45	3	11,11	3	9,68
n	30		31		27		31	

Número de Irmãos

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
0	15	50	16	51,61	9	33,33	6	19,35
1	6	20	5	16,13	14	51,85	14	45,16
2	5	16,67	6	19,35	3	11,11	6	19,35
3	2	6,67	2	6,45	1	3,7	5	16,13
4	0	0	1	3,23	0	0	0	0
5	2	6,67	1	3,23	0	0	0	0
n	30		31		27		31	

Número de Irmãs

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
0	13	50	10	51,61	9	33,33	18	19,35
1	12	20	14	16,13	13	51,85	6	45,16
2	3	16,67	5	19,35	5	11,11	7	19,35
3	1	6,67	1	6,45	0	3,7	0	16,13
4	0	0	1	3,23	0	0	0	0
5	0	6,67	0	3,23	0	0	0	0
n	30		31		27		31	

Posição na Fratria

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
sem fratria	12	40,00	17	54,84	3	11,11	4	12,90
1	9	30,00	4	12,90	10	37,04	5	16,13
2	5	16,67	6	19,35	10	37,04	16	51,61
3	2	6,67	2	6,45	3	11,11	2	6,45
4	0	0,00	0	0,00	1	3,70	0	0,00
5	1	3,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
>5	1	3,33	2	6,45	0	0,00	4	12,90
n	30		31		27		31	

Estado Cívil

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
soltiero/a	8	26,67	22	70,97	21	77,78	17	54,84
casado/a	3	10,00	4	12,90	4	14,81	10	32,26
junto/a	2	6,67	1	3,23	2	7,41	4	12,90
divorciado/a	4	13,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
separado/a	0	0,00	4	12,90	0	0,00	0	0,00
viuvo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
n	17		31		27		31	

Número de Filhos

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
sim	6	20,00	10	32,26	2	7,41	5	16,13
1	3		9		1		5	
2	0		1		1		0	
não respon.	3		0		0		0	
não	24	80,00	21	67,74	24	88,89	26	83,87
não sabe	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
não respon.	0	0,00	0	0,00	1	3,70	0	0,00
n	30		31		27		31	

Situação Profissional

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
emp. fixo t/compl.	3	10,00	4	12,90	0	0,00	0	0,00
emp. fixo t/parcial	0	0,00	0	0,00	2	7,41	0	0,00
emp. tem t/compl.	3	10,00	2	6,45	0	0,00	0	0,00
emp. tem t/parcial	0	0,00	1	3,23	0	0,00	0	0,00
trab.s ocasionais	4	13,33	6	19,35	1	3,70	1	3,23
domestico/a	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
sem emp.	8	26,67	12	38,71	4	14,81	3	9,68
fundo desemp.	9	30,00	2	6,45	2	7,41	2	6,45
readapt. prof.	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,23
formação	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	6,45
estudante	0	0,00	1	3,23	15	55,56	19	61,29
outras	1	3,33	0	0,00	0	0,00	3	9,68
não responde	2	6,67	3	9,68	3	11,11	0	0,00
n	30		31		27		31	

Morte do Pai durante a infância

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
sim	2	6,67	2	6,45	3	11,11	1	3,23
não	26	86,67	26	83,87	24	88,89	30	96,77
não sabe	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
não respon.	2	6,67	3	9,68	0	0,00	0	0,00
n	30		31		27		31	

Morte da Mãe durante a infância

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
sim	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,23
não	26	86,67	27	87,10	26	96,30	30	96,77
não sabe	1	3,33	1	3,23	1	3,70	0	0,00
não respon.	4	13,33	3	9,68	0	0,00	0	0,00
n	31		31		27		31	

Morte de um Irmão ou Irmã durante a infância

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
sim	1	3,33	1	3,23	0	0,00	0	0,00
não	25	83,33	25	80,65	27	100,00	31	100,00
não sabe	0	0,00	1	3,23	0	0,00	0	0,00
não respon.	4	13,33	4	12,90	0	0,00	0	0,00
n	30		31		27		31	

Separação do Pai durante a Infância

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
sim	9	30,00	8	25,81	6	22,22	4	12,90
não	20	66,67	22	70,97	21	77,78	26	83,87
não sabe	0	0,00	1	3,23	0	0,00	0	0,00
não respon.	1	3,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00
n	30		31		27		30	

Caracterização das amostras

As amostras constituídas, G1,G2,G3 e G4 são constituídas respectivamente por um total de 30, 31, 27 e 31 sujeitos.

Passaremos agora a descreve-las em função de vários critérios:

Sexo

	G1	%	G2	%	G3	%	G4	%
Sexo Feminino	9	30,00	9	29,03	9	33,33	9	29,03
Sexo Masculino	21	66,67	22	70,97	18	66,67	22	70,97
n	30		31		27		31	

Idade

	G1	G2	G3	G4
Média	25,53	25,61	24,81	25,00
Nível de Confiança 99%	0,97	0,80	0,92	0,76
Mediana	23	25	23	23
Moda	23	25	20	22
Desvio Padrão	5,29	4,46	4,80	4,25
n	30	31	27	31

Naturalidade

Todos os sujeitos que constituem os grupos G1 e G3 são naturais de Portugal Continental.

Todos os sujeitos que compõem os grupos G2 e G4 possuem a naturalidade Suíça.

Residência

Todos os sujeitos que constituem os grupos G1 e G3 tinham ao momento da entrevista residência na área da grande Lisboa, enquanto todos os sujeitos que compõem os grupos G2 e G4 possuíam momento da entrevista residência na cidade de Geneve.

Termos de controle

A validação das hipóteses formuladas viria impor ao nível da selecção de um instrumento de avaliação, varias condicionantes:

- (1) a necessidade de um instrumento que permitisse uma recolha e o registo de dados de uma forma sistemática e standardizada;
- (2) a ausência de um instrumento de avaliação adaptado a uma vasta população mas simultaneamente a uma população particular;
- (3) a ausência de um instrumento de avaliação que permitisse a observação de diferentes etapas de vida precisas, mas distintas de sujeito para sujeito;
- (4) a ausência de um instrumento de avaliação que abordasse comportamentos sexuais e simultaneamente a sua vivência concreta e fantasmática assim como a sua representação social, e finalmente;
- (5) o reduzido numero de instrumentos não impregnados por preconceitos mais ou menos sociais e/ou morais, pelo menos sob a forma como estes são actualmente concebidos.

Por estas razões optamos pela construção de um instrumento de avaliação específico que viria a receber a designação de Questionário de Recherche Social de Sexo, "Resosexo".

Construção do Instrumento

A construção deste instrumento , foi precedida e acompanhada por uma sequência de entrevistas semi-directivas conduzidas junto de 38 sujeitos, dos quais 26 eram consumidores ou antigos consumidores regulares de heroína por via endovenosa, e 12 que nunca haviam consumidos produtos tóxicos. Este procedimento teve por objectivo procurar: (1) avaliar do interesse manifestado junto da população implicada pelo sujeito que nos proponhamos abordar; (2) assegurar da validade e da pertinência das hipóteses originalmente formuladas, junto da mesma população, por forma a evitar o risco de "forçar" o enquadramento dos resultados dentro dessas hipóteses; (3) assegurar da boa compreensão, da validade e da pertinência das questões a formular no decurso das entrevistas; (4) assegurar da validade e da pertinência das diferentes possibilidades de resposta a propor; (5) assegurar uma primeira validação da consistência interna do instrumento, e finalmente; (6) assegurar que o instrumento não se revelava demasiado introsivo, ao ponto de violar a privacidade dos entrevistados, e que estes manteriam sempre a possibilidade de preservar os seus próprios limites.

A construção deste instrumento baseou-se ainda na nossa própria experiência clínica junto desta população, da análise de diversas escalas e questionários nas áreas de sexualidade e da toxicodependência e de inúmeras entrevistas com diversos profissionais de diferentes disciplinas, nomeadamente com a Dr.^a Ana Sousa (Psicóloga), o Professor Doutor Daniel Welzer-Lang (Antropólogo) o Dr. Francisco

Moniz Pereira (Psiquiatra), o Dr. Frédérique Bouchet (Especialista em Comunicação), Dr. Jean-Jacques Déglon (Psiquiatra) e a Dr.^a Patricia Carter (Psicóloga).

Três preocupações fundamentais nortearam a construção deste instrumento:

(1) assegurar a compreensibilidade das questões formuladas, por forma a que estas fossem claras e legíveis para todos os sujeitos independentemente da sua experiência pessoal e do nível de conhecimentos relativos à sexualidade;

(2) que as questões formuladas compreendessem já as diferentes possibilidades de resposta, permitindo simultaneamente a expressão da opinião do sujeito e a simplificação do tratamento dos dados; e

(3) que tanto as questões como as respostas, contivessem já de si um carácter preventivo, transmitindo ao entrevistado uma informação objectiva sobre a sexualidade e simultaneamente que respeitassem a opinião e condutas do sujeito sem as julgar e deixando-lhe sempre a possibilidade de não manifestar a sua opinião.

Orientadas por estes objectivos, foram construídas duas versões distintas uma para o sexo feminino e outra para o sexo masculino (Vide: ANEXO II). Este procedimento teve por objectivo simplificar a sua aplicação e não colocar aos entrevistados questões que não corresponderiam ao seu sexo, tais como as que se referem à impotência, junto das mulheres, ou a uma interrupção de gravidez, junto dos homens.

Estas foram adaptadas para a população Suíça e traduzidas para Francês (Vide: ANEXO III).

Foram ainda construídas duas outras versões em Português e em Francês adaptadas para uma população de supostos não consumidores, que constituiriam os grupos de controle G2 e G4 (Vide: ANEXOS V e VI). Estas duas versões seriam em tudo idênticas às aplicadas junto dos grupos experimentais G1 e G3, salvo no que respeita às questões que concernem os consumos (questões 17. a 28., 101. a 103. e 112.).

Descrição do Instrumento

Todas as versões se encontram divididas em cinco partes fundamentais:

I Parte -

caracterização do sujeito (questões 1 - 28),
possibilidade de dialogo durante a infância (questões 29 - 32),
percepção e representações sociais (questões 33 - 47),
comportamentos sexuais (questões 48 - 57),
fantasmas sexuais (questões 58 - 62),
percepção da sua sexualidade (questões 63 - 64),.

II Parte -

comportamentos sexuais e sua representação **antes** do inicio do
consumo regular de heroína
caracterização (questões 65 - 67),
comportamentos e satisfação sexual (questões 68 - 76).

III Parte -

comportamentos sexuais e sua representação **durante o**
consumo regular de heroína (um ano depois do início do
consumo regular),
caracterização (questões 77 - 79),
representação comparativa (questão 80),
comportamentos e satisfação sexual (questões 81 - 89).

IV Parte -

comportamentos sexuais e sua representação **actual** (durante os
últimos seis meses),
caracterização (questões 90 - 92),
representação comparativa (questão 93),
comportamentos e satisfação sexual (questões 94 - 100).

V Parte -

questões associadas e representação global
(ao longo de toda a vida)
intoxicação e relações sexuais (questões 101 - 103),
comercio de relações sexuais (questão 104),
violação ou imposição de relações sexuais (questões 105 - 106)

doenças sexualmente transmissíveis (d.s.t.) (questões 107 - 108),
interrupção de gravidez -unicamente às mulheres (questão
108.1)
satisfação sexual (questões 110 - 111)
percepção do impacto dos consumos sobre a sexualidade
(questão 112)
representação global (questões 113 - 117).

A sequência das questões escolhida procurou conciliar dois objectivos fundamentais, por um lado, respeitar a sequência cronológica dos acontecimentos, isto é, do passado para o presente, e por outro lado, permitir uma abordagem que partisse do geral para o particular, isto é, que permitisse o estabelecimento de uma relação de confiança mínima entre o sujeito e o entrevistado antes de se abordarem as questões mais pessoais!

Todas as questões à excepção das que fazem apelo a uma resposta numérica e as questões números 3., 4., 5.1, 5.2, 9.1.1, 9.2.1,12., 13., 14., 15., 31.1, 32.2, 102., 103., 108.6, e as questões de representação global (113., 114., 115., 116. e 117.) são perguntas fechadas, uma vez que se fazem acompanhar das diferentes possibilidades de resposta. Nas diferentes possibilidades de resposta, foi sistematicamente contemplada a possibilidade "não responde" e quando isso se impunha igualmente a possibilidade "não sabe".

Por forma a avaliar da consistência interna do instrumento, a questão:

Considera-se a si próprio como alguém :

1. Tímido e reservado
2. Nem sempre à-vontade para falar
3. Geralmente à-vontade com os outros
4. Expansivo podendo abordar todos os assuntos
5. Não sabe
6. Não responde

foi colocada de forma idêntica em 4 momentos distintos do questionário, (Partes I, II, III, e IV). A análise das diferentes respostas permitiria ainda verificar da percepção do sujeito sobre eventuais alterações da Auto-Estima ao longo da sua vida.

Em algumas das questões utilizaremos escalas Likert de três ou cinco alternativas, dado que um número ímpar de opções permite optar pela posição intermédia, situando-se entre as posições extremas. Por outro lado, as investigações de Staquer e Osgood (1946) com escalas de diferentes intervalos apontam para que, quando da utilização de novas alternativas, estas perdiam o poder discriminativo. Também quando da utilização de escalas de cinco alternativas surgem problemas, visto que os sujeitos demonstram uma limitação de resposta, dado serem incapazes de expressarem exactamente o que sentem devido à falta de poder discriminativo deste número de alternativas.

DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

ACTIVIDADE SEXUAL - Esta expressão designa toda a actividade física ou mental ligada à excitação sexual de pelo menos um indivíduo, refere-se assim a: carícias, masturbação, penetração, telefones/linhas eróticas, jornais/revistas eróticas, cenas eróticas imaginárias ou reais, etc. Este grupo conteria então as designadas "práticas sexuais".

COMPORTAMENTO SEXUAL - A definição de "comportamento sexual", expressão surgida por volta de 1860, foi efectuada segundo critérios que variam segundo os contextos e as épocas históricas (Giarni,1991). Com o objectivo de uma homogeneização de linguagem, optamos por adoptar a expressão "comportamento sexual", precisando que esta designa no quadro da presente investigação e para cada indivíduo, uma configuração que compreende um repertório de "práticas sexuais", um repertório de "vivências", "cenários" e um repertório de "representações".

CONTACTO SEXUAL - Actividade sexual que envolve no mínimo duas pessoas e que implica pelo menos uma prática sexual. No questionário a expressão "contacto sexual" não foi definida em função de esta ou aquela prática, tendo sido utilizada para explicitar a expressão "relações sexuais" como compreendendo "contactos sexuais" com ou sem penetração.

DEPENDÊNCIA - O conceito de Dependência, foi utilizado no âmbito do presente trabalho, para descrever a situação em que um indivíduo mantém uma relação com um objecto ou produto, com outro indivíduo ou uma actividade, apesar de os seus prejuízos e/ou riscos serem mais importantes que os benefícios.

DISFUNÇÃO SEXUAL - Segundo a definição proposta pelo ICD-10, esta designação cobre as varias possibilidades em que um indivíduo é incapaz de participar numa relação sexual tal como ele ou ela desejaria. Poderá esta dever-se a falta de interesse, falta de prazer, fracasso das respostas psicofisiológicas necessárias para uma interacção sexual efectiva (exemplo: erecção) ou a incapacidade para controlar ou experimentar o orgasmo.

FANTASMAS SEXUAIS - Cenas imaginarias, ou sonhos que o sujeito faz quando está acordado e que o excitam sexualmente. Evidentemente, isso não significa que essas cenas imaginárias se tenham realmente passado na sua vida ou que o sujeito deseje vive-las um dia. Tal como foi apresentado aos entrevistados durante a aplicação do questionário (Vide: Anexo II).

PARCEIRO SEXUAL - Expressão utilizada para designar alguém com que o indivíduo teve pelo menos uma vez um "contacto sexual".

PRATICAS SEXUAIS - A expressão "Pratica Sexual" foi utilizada para definir um subgrupo das "Actividades Sexuais" e definida como o conjunto de contactos corporais não necessariamente mútuos, ligados à excitação sexual de pelo menos um indivíduo, compreende então actividades como: caricias físicas, masturbação, penetração, etc. Ficam assim excluídas todos as actividades imaginárias e fantasmáticas.

RELAÇÕES SEXUAIS - Relação que se estabelece entre dois indivíduos que têm em conjunto "contactos sexuais".

REPRESENTAÇÃO SEXUAL - Por "representação sexual" definimos o conjunto de valores e funções atribuídas, conscientemente ou não, à "actividade sexual". Em função das situações, esta poderá traduzir um desejo de procriação, o desejo de reforçar uma relação, de tornar uma relação mais íntima, ou de satisfazer um desejo ou pulsão.

TOXICODEPENDENCIA - De acordo com a O.M.S., representa "um estado de intoxicação periódico nocivo para o indivíduo ou a sociedade, decorrente do consumo repetitivo de uma droga natural ou sintética, e caracterizado por um desejo invencível ou necessidade de continuar a consumir a droga por todos os meios (apetência); uma tendência a aumentar as doses (tolerância); uma dependência de ordem psíquica e geralmente física em relação aos efeitos da droga (dependência); e por efeito nocivos para o indivíduo ou a sociedade".

VIVÊNCIAS SEXUAIS - Esta expressão foi utilizada para representar o conjunto de sentimentos, emoções e afectos associados por cada indivíduo ao seu próprio repertório de "comportamentos sexuais", constituindo assim tradução sobre o plano afectivo desse conjunto de comportamentos.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS RESULTADOS

A partir dos resultados obtidos para as 4 Amostras (G1, G2, G3 e G4), foram trabalhadas dois tipos de variáveis, variáveis discretas e contínuas. Para as primeiras, que constituem a grande maioria, foram efectuados histogramas de frequências e o calculo das respectivas probabilidades simples e acumuladas, das quais resultariam os gráficos que constam nos Anexos VII, VIII, IX e X. Para as variáveis contínuas, que correspondem exclusivamente às variáveis idade, foram calculadas médias, modas, medianas e desvios padrão, bem como as respectivas tabelas de frequência, que originariam os gráficos que figuram igualmente nos anexos acima referidos. Dado o volume dos dados recolhidos começamos por efectuar uma análise ao nível da estatística descritiva apenas no que respeita às áreas chave do questionário. Passaremos então a listar o conjunto das questões analisados, assim como os valores que serviram de base para a codificação dos resultados encontrados, para tal recorreremos à versão masculina do questionário aplicado junto das amostras portuguesas:

Listagem das Questões analisadas:

29. Quando era criança, falar dos seus problemas pessoais com a sua mãe era ? (enumerar)

1. Muito fácil
2. Fácil
3. Difícil
4. Impossível
5. Não sabe
6. (mãe desconhecida ou morta)
7. Não responde

30. E com o seu pai era ? (enumerar)

1. Muito fácil
2. Fácil
3. Difícil
4. Impossível
5. Não sabe
6. (pai desconhecido ou morto)
7. Não responde

31. Na sua família, quando era criança, alguém lhe falou de sexualidade ?

1. Sim 31.1 Quem: _____
2. Não
3. Não sabe
4. Não responde

31.1 E falavam-lhe ? (enumerar)

1. Raramente
2. Frequentemente
3. Muito frequentemente
4. Não sabe
5. Não responde

32. Na sua família, quando era criança, alguém lhe falou de droga ?

1. Sim 32.1 Quem: _____
2. Não
3. Não sabe
4. Não responde

32.1 E falavam-lhe ? (enumerar)

1. Raramente
2. Frequentemente
3. Muito frequentemente
4. Não sabe
5. Não responde

37. Cada um de nós tem a sua ideia sobre os sentimentos amorosos e o desejo sexual.

Para si pessoalmente, poderá dizer-me se encontra completamente de acordo, de acordo, em desacordo ou completamente em desacordo com as ideias seguintes ?

37.2 Num casal o amor pode existir sem um desejo sexual recíproco

completa. de acordo ____ de acordo ____
em desacordo ____ completa. em desacordo ____

37.4 O amor pode existir sem fidelidade

completa. de acordo ____ de acordo ____
em desacordo ____ completa. em desacordo ____

37.10 Na sociedade actual, provoca-se demasiado o desejo sexual

completa. de acordo ____ de acordo ____
em desacordo ____ completa. em desacordo ____

37.11 Quando estamos verdadeiramente apaixonados, não corremos nenhum risco em termos de Sida

completa. de acordo ____ de acordo ____
em desacordo ____ completa. em desacordo ____

46. Na sua opinião, que pensam os seus amigos(as) próximos do facto que um homem tenha aventuras amorosas e sexuais tendo um parceiro estável ? (enumerar)

1. Estão todos de acordo
2. Alguns estão de acordo, outros não
3. Estão todos contra
4. Não sabe
5. Não responde

46.1 E em relação a uma mulher ? (enumerar)

1. Estão todos de acordo
2. Alguns estão de acordo, outros não
3. Estão todos contra
4. Não sabe
5. Não responde

47. E os membros da sua família em relação a um homem ? (enumerar)

1. Estão todos de acordo
2. Alguns estão de acordo, outros não
3. Estão todos contra
4. Não sabe
5. Não responde

47.1 E em relação a uma mulher ? (enumerar)

1. Estão todos de acordo
2. Alguns estão de acordo, outros não
3. Estão todos contra
4. Não sabe
5. Não responde

49. Já alguma vez teve relações sexuais (contactos sexuais com ou sem penetração)?

1. Sim
 49.1 Que idade tinha da 1ª vez ? ___ anos
2. Não
3. Não responde

50. Que idade tinha o seu 1º parceiro sexual ?

___ anos

Foi ainda calculada ,para cada um dos grupos ,a diferença de idades entre o sujeito e o seu primeiro parceiro sexual ao momento do 1º contacto sexual do primeiro. Esta variável mereceu a designação de “DIF. IDADE”.

51. Qual o sexo do seu 1º parceiro sexual ?

1. Feminino
2. Masculino
3. Não responde

55. Ao longo da sua vida teve relações sexuais com : (enumerar)

1. Unicamente com mulheres
2. Sobretudo com mulheres mas também com homens
3. Tanto com mulheres como com homens
4. Unicamente com homens
5. Não responde

56. Da lista seguinte, poderá indicar-me quais as actividades sexuais que efectuou frequentemente, por vezes, raramente ou nunca ?

56.1 Com um parceiro do sexo oposto (se for o caso)

Que idade tinha da primeira vez?

(Exemplo para o sexo masculino).

56.1.1 A sua parceira masturbou-o

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

Idade 1ª vez: ___ anos nunca ___ não responde ___

56.1.2 Você masturbou a sua parceira

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

Idade 1ª vez: ___ anos nunca ___ não responde ___

56.1.3 A sua parceira acariciou o seu sexo com a boca

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

Idade 1ª vez: ___ anos nunca ___ não responde ___

56.1.4 Você acariciou o sexo da sua parceira com a boca

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

Idade 1ª vez: ___ anos nunca ___ não responde ___

56.1.5 Você acariciou o sexo da sua parceira com a boca ao mesmo tempo que a sua parceira acariciou o seu sexo com a boca

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

Idade 1ª vez: ___ anos nunca ___ não responde ___

56.1.7 A sua parceira engoliu o seu esperma

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

Idade 1ª vez: ___ anos nunca ___ não responde ___

56.1.8 O seu sexo penetrou a vagina da sua parceira

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

Idade 1ª vez: ___ anos nunca ___ não responde ___

56.1.9 A sua parceira acariciou o seu ânus com a boca

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

Idade 1ª vez: ___ anos nunca ___ não responde ___

56.1.10 Você acariciou o ânus da sua parceira com a boca

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

Idade 1ª vez: ___ anos nunca ___ não responde ___

56.1.11 O seu sexo penetrou o ânus da sua parceira

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

Idade 1ª vez: ___ anos nunca ___ não responde ___

56.1.12 Você utilizou objectos para penetrar a vagina da sua companheira

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

Idade 1ª vez: ___ anos nunca ___ não responde ___

56.1.13 Você utilizou objectos para penetrar o ânus da sua companheira

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

Idade 1ª vez: ___ anos nunca ___ não responde ___

56.1.14 A sua parceira utilizou objectos para penetrar o seu ânus

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

Idade 1ª vez: ___ anos nunca ___ não responde ___

As respostas às questões números 56.1 a 56.14 foram transformadas numa nota construída

única, representativa do número e da frequência das diferentes práticas sexuais. Esta variável

recebeu a designação “ T. COMPORT:”

59. Ao longo da sua vida já lhe aconteceu nos seus fantasmas fazer as actividades seguintes ?

(frequentemente, por vezes, raramente ou nunca)

59.1. Observar outras pessoas a acariciarem-se, a fazerem amor

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

59.2 Acariciar o sexo de um parceiro com a sua boca

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

59.3 O seu sexo penetrar na vagina de uma parceira

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

59.4 Acariciar o ânus de um parceiro com a sua boca
frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

59.5 O seu sexo penetrar o ânus de um parceiro
frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

59.6 Ter a sensação de se fundir com um parceiro
frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

59.7 Punir, ferir um parceiro
frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

59.8 Ter relações sexuais com um parceiro que estava amarrado(a), sem poder mover-se
frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

59.9 Admirar o seu próprio corpo e encontrar-se muito desejável
frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

59.10 Sentir-se uma pessoa de outro sexo
frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

59.11 Ter relações sexuais com várias mulheres ao mesmo tempo
frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

59.12 Ter relações sexuais com vários homens ao mesmo tempo
frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

As respostas às questões números 59.1 a 56.7 foram transformadas numa nota construída única, representativa do número e da frequência dos diferentes fantasmas sexuais. Esta variável recebeu a designação “ T. FANTASMA:”

61. Em geral quem são as pessoas que aparecem nos seus fantasmas ? (enumerar)

1. Uma pessoa imaginária
2. Uma amiga(o) com quem nunca teve relações sexuais
3. Uma pessoa com quem teve relações sexuais no passado
4. O seu parceiro actual
5. Uma vedeta (actriz/actor, cantora/ cantor, etc.)
6. Outros
7. Não responde

Dada a dificuldade constatada junto dos entrevistados para fornecerem um única resposta a esta questão, aceitamos para a mesma a possibilidade de respostas múltiplas.

A chave de interpretação das respostas é a seguinte:

(...)

(8) 2+5

(9) 1+ 3+4

(10) 1+2

(11) 2+4

(12) 2+3+4

(13) 1+3

(14) 1+2+3+4

(15) 3+4

(16) 2+3+4+6

(17) 1+2+3

(18) 1+2+3+4+6

(19) 2+3+5

(20) 2+3

(21) 2+3+4+5

(22) 1+6

(23) 4+5

(24) 1+2+4

65. Durante esse período teve algum parceiro sexual estável ?

1. Sim 77.1 Quantos ? ___ parceiros

2. Não

3. Não responde

67. Durante esse período teve relações sexuais com que frequência ? (enumerar)

1. Pelo menos uma vez por dia

2. Pelo menos uma vez por semana

3. Pelo menos uma vez por mês

4. Menos frequentemente
5. Nunca
6. Não sabe
7. Não responde

68. Antes dos seus ___ anos gostava de ter relações sexuais :(enumerar)

1. Enormemente
2. Muito
3. Pouco
4. Nada
5. Não responde

**69. Nessa época poderá dizer-me se através das práticas seguintes atingia um orgasmo ?
(sempre, facilmente, dificilmente ou nunca)**

69.1 Quando se masturbava

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___ nunca ___ não responde ___

69.2 Quando o sua parceira acariciava o seu sexo, o masturbava com a mão

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___ nunca ___ não responde ___

69.3 Quando o sua parceira acariciava o seu sexo com a boca

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___ nunca ___ não responde ___

69.4 Quando o seu sexo penetrava a vagina da sua parceira

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___ nunca ___ não responde ___

69.5 Quando o seu sexo penetrava o ânus da sua parceira

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___ nunca ___ não responde ___

As respostas às questões números 69.1 a 69.5 foram transformadas numa nota construída única, representativa do número e da frequência de vezes em que o sujeito não lograva atingir um orgasmo. Esta variável recebeu a designação “PAT T1.1”.

**70. Nessa época apresentava algum dos sinais seguintes:
(frequentemente, por vezes, raramente ou nunca)**

70.1 Tinha uma ausência ou insuficiência de desejo sexual

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

70.2 Tinha um excesso de desejo sexual

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

70.3 Não conseguia ter uma ereção (impotência)

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

70.4 Ejaculava muito rapidamente antes de penetrar a sua parceira

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

70.5 Ejaculava muito rapidamente durante a penetração ou pouco tempo depois da mesma

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

70.6 Demorava muito tempo a atingir um orgasmo depois de ter penetrado a sua parceira

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

70.7 Nunca conseguia atingir um orgasmo

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

As respostas às questões números 70.1 a 70.7 foram transformadas numa nota construída única, representativa do número e da frequência de aparecimento de disfunções sexuais. Esta variável recebeu a designação "PAT T1.2".

72. Antes dos seus ___ anos, para se sentir bem, devia ter uma relação sexual com que frequência ? (enumerar)

1. Pelo menos uma vez por dia
2. Pelo menos uma vez por semana
3. Pelo menos uma vez por mês
4. Menos frequentemente
5. Nunca
6. Não sabe
7. Não responde

76. Antes dos seus ___ anos relativamente à sua vida sexual você estava ? (enumerar)

1. Muito satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco satisfeito
4. Insatisfeito
5. Não responde

77. Durante esse período teve algum parceiro sexual estável ?

1. Sim 77.1 Quantos ? ___ parceiros
2. Não
3. Não responde

79. Durante esse período teve relações sexuais com que frequência ? (enumerar)

1. Pelo menos uma vez por dia
2. Pelo menos uma vez por semana

3. Pelo menos uma vez por mês
4. Menos frequentemente
5. Nunca
6. Não sabe
7. Não responde

80. Em comparação com o período anterior aos seus ___ anos, diria que durante nessa época:

80.1 O seu desejo sexual era ? (enumerar)

mais intenso ___ de uma mesma intensidade ___
menos intenso ___ não sabe ___ não responde ___

80.2 O seu prazer sexual era ? (enumerar)

mais intenso ___ de uma mesma intensidade ___
menos intenso ___ não sabe ___ não responde ___

80.3 A sua inibição sexual era ? (enumerar)

mais intensa ___ de uma mesma intensidade ___
menos intensa ___ não sabe ___ não responde ___

80.4 A sensação de controlar a sua sexualidade era ? (enumerar)

mais intensa ___ de uma mesma intensidade ___
menos intensa ___ não sabe ___ não responde ___

81. Nessa época gostava de ter relações sexuais: (enumerar)

1. Enormemente
2. Muito
3. Pouco
4. Nada
5. Não responde

**82. Nessa época poderá dizer-me se através das práticas seguintes atingia um orgasmo ?
(sempre, facilmente, dificilmente ou nunca)**

82.1 Quando se masturbava

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___ nunca ___ não responde ___

82.2 Quando o sua parceira acariciava o seu sexo, o masturbava com a mão

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___ nunca ___ não responde ___

82.3 Quando o sua parceira acariciava o seu sexo com a boca

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___ nunca ___ não responde ___

82.4 Quando o seu sexo penetrava a vagina da sua parceira

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___ nunca ___ não responde ___

82.5 Quando o seu sexo penetrava o ânus da sua parceira

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___ nunca ___ não responde ___

As respostas às questões números 82.1 a 82.5 foram transformadas numa nota construída única, representativa do número e da frequência de vezes em que o sujeito não lograva atingir um orgasmo. Esta variável recebeu a designação "PAT T2.1".

**83. Nessa época apresentava algum dos sinais seguintes:
(frequentemente, por vezes, raramente ou nunca)**

83.1 Tinha uma ausência ou insuficiência de desejo sexual

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

83.2 Tinha um excesso de desejo sexual

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

83.3 Não conseguia ter uma erecção (impotência)

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

83.4 Ejaculava muito rapidamente antes de penetrar a sua parceira

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

83.5 Ejaculava muito rapidamente durante a penetração ou pouco tempo depois da mesma

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

83.6 Demorava muito tempo a atingir um orgasmo depois de ter penetrado a sua parceira

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

83.7 Nunca conseguia atingir um orgasmo

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___
nunca ___ não responde ___

As respostas às questões números 84.1 a 84.7 foram transformadas numa nota construída única, representativa do número e da frequência de aparecimento de disfunções sexuais. Esta variável recebeu a designação “PAT T2.2”.

85. Durante esse período para se sentir bem, devia ter uma relação sexual com que frequência ? (enumerar)

1. Pelo menos uma vez por dia
2. Pelo menos uma vez por semana
3. Pelo menos uma vez por mês
4. Menos frequentemente
5. Nunca
6. Não sabe
7. Não responde

86. Acontecia-lhe de ter um orgasmo ao mesmo tempo que a sua parceira ? (enumerar)

1. Frequentemente
2. Por vezes
3. Raramente
4. Jamais

5. Dependia da parceira
6. Não sabe
7. Não responde

89. Relativamente à sua vida sexual você estava ? (enumerar)

1. Muito satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco satisfeito
4. Insatisfeito
5. Não responde

90. Durante os últimos 6 meses teve algum parceiro sexual estável ?

1. Sim 90.1 Quantos ? ___ parceiros
2. Não
3. Não responde

92. Durante os últimos 6 meses teve relações sexuais com que frequência ? (enumerar)

1. Pelo menos uma vez por dia
2. Pelo menos uma vez por semana
3. Pelo menos uma vez por mês
4. Menos frequentemente
5. Nunca
6. Não responde

93. Em comparação com o período dos seus ___ anos (Durante o consumo), diria que durante os últimos 6 meses:

93.1 O seu desejo sexual foi ? (enumerar)

mais intenso ___ de uma mesma intensidade ___
menos intenso ___ não sabe ___ não responde ___

93.2 O seu prazer sexual foi ? (enumerar)

mais intenso ___ de uma mesma intensidade ___
menos intenso ___ não sabe ___ não responde ___

93.3 A sua inibição sexual foi? (enumerar)

mais intensa ___ de uma mesma intensidade ___
menos intensa ___ não sabe ___ não responde ___

93.4 A sensação de controlar a sua sexualidade foi ? (enumerar)

mais intensa ___ de uma mesma intensidade ___
menos intensa ___ não sabe ___ não responde ___

94. Durante os últimos 6 meses gostou de ter relações sexuais :(enumerar)

1. Enormemente
2. Muito
3. Pouco
4. Nada
5. Não responde

82. Durante esse período poderá dizer-me se através das práticas seguintes atingia um orgasmo ?

(sempre, facilmente, dificilmente ou nunca)

95.1 Quando se masturbava

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___

nunca ___ não responde ___

95.2 Quando o sua parceira acariciava o seu sexo, o masturbava com a mão

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___

nunca ___ não responde ___

95.3 Quando o sua parceira acariciava o seu sexo com a boca

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___

nunca ___ não responde ___

95.4 Quando o seu sexo penetrava a vagina da sua parceira

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___

nunca ___ não responde ___

95.5 Quando o seu sexo penetrava o ânus da sua parceira

sempre ___ facilmente ___ dificilmente ___

nunca ___ não responde ___

As respostas às questões números 95.1 a 95.5 foram transformadas numa nota construída única, representativa do número a da frequência de vezes em que o sujeito não lograva atingir um orgasmo. Esta variável recebeu a designação “PAT T3.1”.

**96. Durante esse período apresentou algum dos seguintes sinais :
(frequentemente, por vezes, raramente ou nunca)**

96.1 Tinha uma ausência ou insuficiência de desejo sexual

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

96.2 Tinha um excesso de desejo sexual

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

96.3 Não conseguia ter uma ereção (impotência)

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

96.4 Ejaculava muito rapidamente antes de penetrar a sua parceira

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

96.5 Ejaculava muito rapidamente durante a penetração ou pouco tempo depois da mesma

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

96.6 Demorava muito tempo a atingir um orgasmo depois de ter penetrado a sua parceira

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

96.7 Nunca conseguia atingir um orgasmo

frequentemente ___ por vezes ___ raramente ___

nunca ___ não responde ___

As respostas às questões números 96.1 a 96.7 foram transformadas numa nota construída única, representativa do número e da frequência de aparecimento de disfunções sexuais. Esta variável recebeu a designação “PAT T2.2”.

98. Actualmente para se sentir bem, deve ter uma relação sexual com que frequência ? (enumerar)

1. Pelo menos uma vez por dia
2. Pelo menos uma vez por semana
3. Pelo menos uma vez por mês
4. Menos frequentemente
5. Nunca
6. Não sabe
7. Não responde

104. Durante os últimos 5 anos alguma vez pagou ou foi pago para ter relações sexuais ?

Pagou: 1. Sim

2. Não
3. Não responde

Foi pago:

1. Sim
2. Não
3. Não responde

105. Alguma vez lhe impuseram ou foi obrigado a ter relações sexuais ?

1. Sim

105.1 Que idade tinha: 1ª vez ___ 2ª vez ___ 3ª vez ___ 4ª vez ___

outras vezes ___

2. Não
3. Não responde

107. Alguma vez teve uma doença sexualmente transmissível ?

1. Sim **107.1 Quantas vezes:** ___ vezes

2. Não
3. Não sabe
4. Não responde

110. Actualmente relativamente à sua vida sexual você está ? (enumerar)

1. Muito satisfeito
2. Satisfeito
3. Pouco satisfeito
4. Insatisfeito
5. Não responde

111. Tem a sensação que a sua vida sexual até ao momento presente foi : (enumerar)

1. Sempre satisfatória
2. Frequentemente satisfatória
3. Por vezes satisfatória
4. Nunca foi satisfatória
5. Não sabe
6. Não responde

111.1 Período mais satisfatório ?

Período de: ___ anos a: ___ anos

111.2 Período menos satisfatório ?

Período de: ___ anos a: ___ anos

112. Tem a sensação que as transformações sofridas pela sua vida sexual devido ao consumo de heroína foram ? (enumerar)

1. Enormes
2. Grandes
3. Pequenas
4. Nenhumas
5. Não sabe
6. Não responde

A questão nº 112 foi colocada apenas aos sujeitos que pertenciam aos grupos G1 e G3.

Passaremos seguidamente a discutir os resultados obtidos para estas características.

Resultados

I

Antes de mais salienta-se da análise estatística realizada (Vide: Anexo VI) que os grupos G1 e G3 apresentam sistematicamente uma maior tendência para escolherem as possibilidades de resposta extremadas, isto é, para se afirmam completamente de acordo ou completamente em desacordo com as ideias perante as quais é solicitada a sua opinião. Este facto traduz-se por uma homogeneidade das respostas observadas junto dos grupos G1 e G3.

II

Os dois grupos de controle referem haver tido uma maior facilidade para falar de problemas pessoais durante a infância, tanto com o seu pai como com a sua mãe, quando comparados com os grupos experimentais. O que de resto se continuou a verificar quando, e a um nível qualitativo, tivemos oportunidade de constatar, uma maior facilidade, junto dos grupos G1 e G3, para abordarem dos temas propostos ao longo das entrevistas de aplicação do questionário, quando comparados com os grupos de controle.

III

Contrariamente ao grupo G3, o grupo G4 comporta um numero significativamente inferior de sujeitos que referem nunca ninguém lhes haver falado de sexualidade durante a infância.

IV

Não foi encontrada nenhuma diferença para nenhuma das amostras, no que respeita ao numero de sujeitos que nunca haviam mantido nenhuma relação sexual. Os valores por nós encontrados encontram-se de acordo com os avançados pelos resultados da investigação ACSF (Spira et al., 1993) (Vide: Capitulo IV).tal como pode ser observado no quadro abaixo:

Percentagem de sujeitos que referem já terem tido pelo menos uma rel. sexual por sexo e idade

Idade em 1/1/92	Homens	Mulheres
18 -19	72.4	63.8
20 - 24	88.7	83.6
25 - 29	98.0	95.4
30 - 34	98.8	99.7
35 - 39	98.8	99.2

in: Spira, A. et al. pp.121

A proximidade dos resultados por nós encontrados e os resultados da investigação acima citada, proximidade que de resto se viria a verificar para a quase totalidade dos resultados comparáveis, atesta da adequação e representatividade da amostra de

constituiria o grupo de controle recolhida na Suíça (Grupo - G3). Por outro lado, a completa ausência de estudos sistemáticos em Portugal sobre o domínio do comportamento sexual impede-nos de avaliar da validade das amostras recolhidas para este país.

V

No que respeita à idade do primeiro contacto sexual, se os dois grupos de controle não apresentam para esta característica, uma vez retirados as respostas nulas, diferenças significativas, os dois grupos experimentais apresentam uma diferença significativa, que aponta no sentido do início de uma sexualidade activa, mais precoce para o grupo G1. O valor médio de 15,4 anos, encontrado para a amostra de heroín dependentes Suiços, significativamente abaixo da média, quando comparado com os resultados do estudo ACSF (Spira et al., 1993) tal como pode ser observado no quadro abaixo:

Distribuição de idades ao momento da 1ª rel. sexual por sexo para os sujeitos com idades entre os 18 e os 34 anos (em %)

Sexo	15 anos ou -	16 anos	17 anos	18 anos	19 anos	20 anos ou +	não teve
Masculino	20.9	19.1	20.1	17.6	6.9	7.2	7.8
Feminino	10.1	13.1	21.4	21.1	10.5	7.3	10.4

in: Spira, A. et al. pp.123

VI

Ambos os grupos experimentais apresentam, depois de retiradas as respostas nulas, uma maior diferença de idade relativamente ao seu primeiro parceiro sexual quando comparados com os respectivos grupos de controle. As respostas das amostras de heroínodépendentes dos dois países apresentam ainda diferenças significativas, quando comparadas com os resultados obtidos pelo estudo ACSF (Spira et al., 1993), encontrando-se significativamente acima das médias de diferença de idades para a população estudada. Mais uma vez, os dois grupos de controle apresentam diferenças de idades comparáveis às encontradas pelo mesmo estudo (vide: Quadro abaixo), o que atesta da validade da amostra que constitui o grupo de controle G3.

Diferença de idade média com o 1º parceiro sexual por sexo e geração (em anos)

Geração	Homens	Mulheres
1947-1956(35-44 anos)	- 1.6	- 3.1
1957-1966(25-34 anos)	- 1.4	- 3.4
1967-1971(20-24 anos)	- 1.1	- 3.0
1972-1973(18-19 anos)	- 0.6	- 2.9

in: Spira, A. et al. pp.124

VII

Não foram encontradas diferenças significativas entre nenhum dos grupos relativamente à prática da masturbação, da felação, do cunnilingus e da penetração anal. Mais uma vez, não foram igualmente encontradas diferenças significativas

quando da comparação dos grupos G1 e G3 com os resultados do questionário ACSF para a frequência das mesmas práticas, valores aos quais se refere o quadro seguinte.

**Experiências sexuais ao longo da vida por idades
à data do questionário ACSF**
(percentagem de Homens e Mulheres que tiveram pelo menos uma vez
uma das praticas por grupo etário)

Idade em 1/1/92	Masturbação		Felação		Cunnilingus		Penetração anal	
	H	M	H	M	H	M	H	M
18-19 anos	87	34	65	42	59	51	24	9
20-24 anos	85	38	75	64	76	76	27	23
25-34 anos	87	59	86	82	88	87	39	33
35-44 anos	81	54	81	76	88	84	36	28
45-54 anos	86	28	77	57	81	69	28	24
55-69 anos	78	29	61	48	63	61	15	15
Total	84	42	76	66	79	75	30	24

in: Spira, A. et al. pp.125

VIII

Nenhum dos grupos evidenciou diferenças significativas no que diz respeito à manutenção de contactos sexuais com prostitutas, nem quando da comparação dos resultados dos grupos G1 e G3 com o estudo anteriormente referido. A proximidade destes resultados pode ser observada no quadro seguinte:

**Percentagem que Homens que tiveram o sua 1^a rel. sexual
com uma prostituta por geração**

Geração	Homens (%)
1944-1951(40-49 anos)	6.5
1952-1961(30-39 anos)	4.3
1962-1971(20-29anos)	2.5
1972-1973(18-19 anos)	0.0

in: Spira, A. et al. pp.125

IX

Contrariamente aos restantes grupos o grupo G1 refere uma menor satisfação ao nível da sua vida sexual - “pouca satisfação”/“peu satisfait”- quando comparados com as respostas “satisfeito”/“assez satisfait” dos grupos G2 no que diz respeito ao período entre o 1º ano de consumo regulares de heroína e os períodos idênticos para os grupos G3 e G4.

X

No que respeita à idade ao momento do início do período de maior satisfação relativamente à vida sexual, os grupos G1 e G3, apresentam diferenças significativas quando comparados com os respectivos grupos de controle. Assim, enquanto a moda dos dois primeiros se situa aos 17 anos, a moda dos grupos G2 e G4 situa-se nos 20 anos. Para os restantes momentos, as diferenças encontradas entre os 4 grupos não são significativas.

TRATAMENTO DOS RESULTADOS

Vamos agora passar a expor os resultados diversos tratamentos estatísticos a que os dados foram sujeitos, por forma a confirmar ou a infirmar as hipóteses inicialmente avançadas.

Do Consumo de Substâncias Tóxicas e da Sexualidade

Hipótese 1

Por forma a testar a validade desta hipótese, procedemos para cada um dos grupos de toxicodependentes (G1 e G2), à análise das respostas que diziam respeito à presença e frequência de disfunções sexuais, que constituem igualmente um indicador da forma como estes sujeitos percebem a sua sexualidade. Estas respostas foram analisadas e comparadas em três momentos diferentes (t1, t2 e t3), respectivamente: antes do início dos consumos (Questões 70.1 a 70.7), um ano após o início dos consumos e os 6 meses seguintes (Questões 83.1 a 83.7), e durante os últimos 6 meses, (Questões 96.1 a 96.7). De cada um dos grupos foram retirados todos os sujeitos que não haviam respondido a alguma destas questões, após o que foi calculada uma nota única ponderada, representativa todas as respostas de cada sujeito em cada um dos momentos, que designamos respectivamente “pat t1”, “pat t2” e “pat t3”. Estas notas refletem, na proporção inversa, a presença e a ausência de diversas disfunções sexuais, bem como a frequência do seu aparecimento. Deste modo, os valores mais baixos refletem a presença de uma ou mais disfunções ou uma elevada frequência do seu aparecimento, e inversamente, os valores mais elevados correspondem a uma ausência ou a uma baixa frequência de aparecimento dessas disfunções.

Grupo G1 - Grupo de Heroinodependentes Suiços

Comparação entre os momentos t1 e t2:

Anova: Two-Factor Without Replication

<i>Summary</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
at t1	28	709	25,32143	36,89286
at t2	28	633	22,60714	31,06217

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Rows	1627,929	27	60,29365	7,86982	4,1E-07	2,50688
Columns	103,1429	1	103,1429	13,46271	0,001055	7,676704
Error	206,8571	27	7,661376			
Total	1937,929	55				

Uma vez que, o valor F encontrado é inferior ao valor crítico para F (“*Columns -F crit.*”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluimos que não existe uma diferença significativa entre as médias do grupo G1 entre o momento t1 e t2 com um nível de significância 0.01. Donde com uma confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Comparação entre os momentos t2 e t3:

Anova: Two-Factor Without Replication

<i>Summary</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
at t2	26	580	22,30769	27,74154
at t3	26	590	22,69231	39,34154

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Rows	1382	25	55,28	4,683525	0,000128	2,604111
Columns	1,923077	1	1,923077	0,16293	0,689905	7,769813
Error	295,0769	25	11,80308			
Total	1679	51				

Uma vez que, o valor F encontrado é inferior ao valor crítico para F (“*Columns -F crit.*”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias do grupo G1 entre o momento t1 e t2 com um nível de significância 0.01. Donde com uma confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais. No entanto, estes resultados apresentam diferenças significativas, quando comparados a um nível de significância de 0.05, como pode ser observado nos resultados abaixo:

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Rows	1382	25	55,28	4,683525	0,000128	1,955449
Columns	1,923077	1	1,923077	0,16293	0,689905	4,241699
Error	295,0769	25	11,80308			

A hipótese H1 poderá então ser aceite com um nível de significancia de 95%.

comparação entre os momentos t1 e t3:

anova: Two-Factor Without Replication

<i>Summary</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
at t1	26	653	25,11538	37,94615
at t3	26	590	22,69231	39,34154

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Rows	1652,019	25	66,08077	5,896424	1,68E-05	2,604111
Columns	76,32692	1	76,32692	6,810694	0,015086	7,769813
Error	280,1731	25	11,20692			
Total	2008,519	51				

Uma vez que, o valor F encontrado é inferior ao valor crítico para F (“*Columns -F crit.*”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias do grupo G1 entre o momento t1 e t3 com um nível de significância 0.01. Donde com uma confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Grupo G2 - Grupo de Heroinodependentes Portugueses

Comparação entre os momentos t1 e t2:

Anova: Two-Factor Without Replication

<i>Summary</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
at t1	30	726	24,2	27,33793
at t2	30	636	21,2	15,82069

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Rows	989,6	29	34,12414	3,777099	0,000302	2,423434
Columns	135	1	135	14,94275	0,000576	7,597691
Error	262	29	9,034483			
Total	1386,6	59				

Uma vez que, o valor F encontrado é inferior ao valor crítico para F (“Columns -F crit.”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluimos que não existe uma diferença significativa entre as médias do grupo G2 entre o momento t1 e t2 com um nível de significância 0.01. Donde com uma confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Comparação entre os momentos t2 e t3:

Anova: Two-Factor Without Replication

<i>Summary</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
at t2	25	518	20,72	12,04333
	25	497	19,88	27,44333

at t3

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Rows	479	24	19,95833	1,022019	0,478947	2,659078
Columns	8,82	1	8,82	0,451651	0,50797	7,822905
Error	468,68	24	19,52833			
Total	956,5	49				

Uma vez que, o valor F encontrado é inferior ao valor crítico para F ("Columns -F crit.") lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias do grupo G2 entre o momento t2 e t3 com um nível de significância 0.01. Donde com uma confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Comparação entre os momentos t1 e t3:

Anova: Two-Factor Without Replication

<i>Summary</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
at t1	25	590	23,6	29,08333
at t3	25	497	19,88	27,44333

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Rows	865,12	24	36,04667	1,760091	0,086656	2,659078
Columns	172,98	1	172,98	8,446289	0,007746	7,822905
Error	491,52	24	20,48			
Total	1529,62	49				
Rows	989,6	29	34,12414	3,777099	0,000302	2,423434
Columns	135	1	135	14,94275	0,000576	7,597691
Error	262	29	9,034483			
Total	1386,6	59				

Uma vez que, o valor F encontrado é inferior ao valor crítico para F ("*Columns -F crit.*") lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias do grupo G2 entre o momento t1 e t3 com um nível de significância 0.01. Donde com uma confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Por forma a verificar se os resultados obtidos (nomeadamente no que respeita as diferenças encontradas para o grupo G2 entre os momento t2 et3) se encontram ou não directamente associados ao consumo regular de heroína, efetuaremos ainda, o mesmo tipo de comparação para os grupos G3 e G4.

Grupo G3 - Grupo de não Consumidores Suíços

Comparação entre os momentos t1 e t2:

Anova: Two-Factor Without Replication

<i>Summary</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
at t1	25	555	22,2	60
at t2	25	635	25,4	26,08333

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Rows	1349	24	56,20833	1,88145	0,06428	2,659078
Columns	128	1	128	4,284519	0,049388	7,822905
Error	717	24	29,875			
Total	2194	49				
Rows	989,6	29	34,12414	3,777099	0,000302	2,423434
Columns	135	1	135	14,94275	0,000576	7,597691
Error	262	29	9,034483			
Total	1386,6	59				

Uma vez que, o valor F encontrado é inferior ao valor crítico para F ("*Columns -F crit.*") lido na tabela, aceitamos a hipótese H₀, isto é, concluimos que não existe uma diferença significativa entre as médias do grupo G3 entre o momento t1 e t2 com um nível de significância 0.01. Donde com uma confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Comparação entre os momentos t2 e t3:

ANOVA: Two-Factor Without Replication

<i>Summary</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
at t2	25	635	25,4	26,08333
at t3	25	602	24,08	44,41

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Rows	977,12	24	40,71333	1,367137	0,224661	2,659078
Columns	21,78	1	21,78	0,731363	0,400899	7,822905
Error	714,72	24	29,78			
Total	1713,62	49				

Uma vez que, o valor F encontrado é inferior ao valor crítico para F (“*Columns -F crit.*”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias do grupo G3 entre o momento t2 e t3 com um nível de significância 0.01. Donde com uma confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

comparação entre os momentos t1 e t3:

anova: Two-Factor Without Replication

<i>Summary</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
at t1	26	566	21,76923	62,42462
at t3	26	619	23,80769	44,56154

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Rows	1803,173	25	72,12692	2,069091	0,037486	2,604111
Columns	54,01923	1	54,01923	1,549639	0,224732	7,769813
Error	871,4808	25	34,85923			
Total	2728,673	51				

Uma vez que, o valor F encontrado é inferior ao valor crítico para F (“*Columns -F crit.*”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias do grupo G3 entre o momento t1 e t3 com um nível de significância 0.01. Donde com uma confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Grupo G4 - Grupo de não Consumidores Portugueses

Comparação entre os momentos t1 e t2:

Anova: Two-Factor Without Replication

<i>Summary</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
at t1	29	744	25,65517	45,87685
at t2	29	755	26,03448	47,3202

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Rows	2159,103	28	77,11084	4,7936	4,32E-05	2,463636
Columns	2,086207	1	2,086207	0,129689	0,721457	7,635663
Error	450,4138	28	16,08621			
Total	2611,603	57				

Uma vez que, o valor F encontrado é inferior ao valor crítico para F (“Columns -F crit.”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluimos que não existe uma diferença significativa entre as médias do grupo G4 entre o momento t1 e t2 com um nível de significância 0.01. Donde com uma confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Comparação entre os momentos t2 e t3:

Anova: Two-Factor Without Replication

<i>Summary</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
at t2	29	755	26,03448	47,3202
at t3	29	761	26,24138	35,90394

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Rows	2134,897	28	76,24631	10,92693	5,92E-09	2,463636
Columns	0,62069	1	0,62069	0,088952	0,767716	7,635663
Error	195,3793	28	6,977833			
Total	2330,897	57				

Uma vez que, o valor F encontrado é inferior ao valor crítico para F (“*Columns -F crit.*”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias do grupo G4 entre o momento t2 e t3 com um nível de significância 0.01. Donde com uma confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

comparação entre os momentos t1 e t3:

anova: Two-Factor Without Replication

<i>Summary</i>	<i>Count</i>	<i>Sum</i>	<i>Average</i>	<i>Variance</i>
at t1	29	744	25,65517	45,87685
at t3	29	761	26,24138	35,90394

ANOVA

<i>Source of Variation</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P-value</i>	<i>F crit</i>
Rows	2017,345	28	72,04803	7,402632	4,99E-07	2,463636
Columns	4,982759	1	4,982759	0,511957	0,480217	7,635663
Error	272,5172	28	9,732759			
Total	2294,845	57				

Uma vez que, o valor F encontrado é inferior ao valor crítico para F (“Columns -F crit.”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias do grupo G4 entre o momento t1 e t3 com um nível de significância 0.01. Donde com uma confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Consumo de Substâncias Tóxicas e da Sexualidade

Hipótese 2

Por forma a testar a validade desta hipótese procedemos à comparação dos resultados relativamente às notas construídas “pat t1”, “pat t2” e “pat t3”, entre os grupos G1 e G3 e entre os grupos G2 e G4. Para o efeito recorremos a um teste t para amostras não relacionadas. De cada um dos grupos foram retirados todos os sujeitos que não haviam respondido a alguma das questões.

Comparação entre os grupos G1 e G3

Momento t1

Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances

	<i>pat t1</i>	<i>pat t1</i>
Mean	25,3214286	22,2
Variance	36,8928571	60
Observations	28	25
Pearson Correlation	#N/A	
Pooled Variance	3,5	
t	45,4177021	
P(T<=t) one-tail	1,61890719	
Critical one-tail	0,05622785	
P(T<=t) two-tail	2,41211637	
Critical two-tail	0,1124557	
	2,68959411	

Uma vez que, o valor t encontrado é inferior ao valor crítico para t , tanto uni como bicaudal respectivamente, (“ t Critical one-tail.” “ t Critical two-tail.”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H_0 , isto é, concluimos que não existe uma diferença significativa entre as médias dos grupos G1 e G3 no que diz respeito ao momento t_1 , com um nível de significância 0.01. Donde com um grau de confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Momento t2

Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances

	<i>pat t2</i>	<i>pat t1</i>
Mean	25,4	22,2
Variance	26,0833333	60
Observations	25	25
Pearson Correlation	0,33282709	
Pooled Variance	3,5	
t Stat	41,5500066	
t Critical one-tail	1,72448907	
(T<=t) one-tail	0,0460762	
Critical one-tail	2,42080205	
(T<=t) two-tail	0,09215239	
Critical two-tail	2,70118107	

Uma vez que, o valor t encontrado é inferior ao valor crítico para t tanto uni como bicaudal respectivamente, (“t Critical one-tail.” “t Critical two-tail.”) lido na tabela , aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias dos grupos G1 e G3 no que diz respeito ao momento t2, com um nível de significância 0.01. Donde com um grau de confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Momento t3

Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances

	<i>pat t3</i>	<i>pat t3</i>
Mean	22,6923077	24,08
Variance	39,3415385	44,41
Observations	26	25
Pearson Correlation	#N/A	
Pooled Variance	3,5	
	48,5104245	
	-0,7651135	
T<=t) one-tail	0,22397482	
Critical one-tail	2,40657755	
T<=t) two-tail	0,44794964	
Critical two-tail	2,68220901	

Uma vez que, o valor t encontrado é inferior ao valor crítico para t tanto uni como bicaudal respectivamente, (“t Critical one-tail.” “t Critical two-tail.”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias dos grupos G1 e G3 no que diz respeito ao momento t3, com um nível de significância 0.01. Donde com um grau de confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Comparação entre os grupos G2 e G4

Momento t1

Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances

	<i>pat t1</i>	<i>pat t1</i>
Mean	24,2	25,6551724
Variance	27,337931	45,8768473
Observations	30	29
Pearson Correlation	#N/A	
Pooled Variance	3,5	
t	52,6735569	
t	-0,9215815	
(T<=t) one-tail	0,18050151	
Critical one-tail	2,40022928	
(T<=t) two-tail	0,36100303	
Critical two-tail	2,67373252	

Uma vez que, o valor t encontrado é inferior ao valor crítico para t tanto uní como bicaudal respectivamente, “t Critical one-tail.” “t Critical two-tail.”) lido na tabela , aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias dos grupos G2 e G4 no que diz respeito ao momento t1, com um nível de significância 0.01. Donde com um grau de confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Momento t2

Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances

	<i>pat t2</i>	<i>pat t2</i>
Mean	21,2	26,0344828
Variance	15,8206897	47,320197
Observations	30	29
Pearson Correlation	#N/A	
Pooled Variance	3,5	
t Stat	44,532144	
t Critical one-tail	-3,2901441	
t Critical two-tail	0,00098848	
Two-tail Test	2,41413545	
Two-tail Test	0,00197697	
Two-tail Test	2,69228622	

Uma vez que, o valor t encontrado é inferior ao valor crítico para t tanto uni como bicaudal respectivamente, (“t Critical one-tail.” “t Critical two-tail.”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias dos grupos G2 e G4 no que diz respeito ao momento t2, com um nível de significância 0.01. Donde com um grau de confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Momento t3

Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances

	<i>pat t3</i>	<i>pat t3</i>
Mean	19,88	26,2413793
Variance	27,4433333	35,9039409
Observations	25	29
Pearson Correlation	#N/A	
Pooled Variance	3,5	
t Stat	51,9851636	
t Critical one-tail	-4,1623006	
(T<=t) one-tail	6,0635E-05	
Critical one-tail	2,40172085	
(T<=t) two-tail	0,00012127	
Critical two-tail	2,67573341	

Uma vez que, o valor t encontrado é inferior ao valor crítico para t tanto uni como bicaudal respectivamente, (“t Critical one-tail.” “t Critical two-tail.”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias dos grupos G2 e G4 no que diz respeito ao momento t3, com um nível de significância 0.01. Donde com um grau de confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

O Contexto Socio-Cultural e da Sexualidade

Hipótese 3

Por forma testarmos esta hipótese efectuamos uma comparação entre os grupos G3 e G4 relativamente à percepção da sua sexualidade e da presença de disfunções sexuais, para os três momentos avaliados. Assim, as duas amostras foram comparadas através de um teste t, para amostras não relacionadas, no que diz respeito aos momentos t1, t2 e t3.

Comparação entre os grupos G3 e G4

Momento t1

Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances

	<i>pat t1</i>	<i>pat t1</i>
Mean	22,2	25,6551724
Variance	60	45,8768473
Observations	25	29
Pearson Correlation	#N/A	
Pooled Variance	3,5	
t Stat	48,1391683	
P(T<=t) one-tail	-1,7314951	
Critical one-tail	0,04489347	
P(T<=t) two-tail	2,40657755	
Critical two-tail	0,08978694	
	2,68220901	

Uma vez que, o valor t encontrado é inferior ao valor crítico para t tanto uni como bicaudal respectivamente, (“ t Critical one-tail.” “ t Critical two-tail.”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H_0 , isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias dos grupos G3 e G4 no que diz respeito ao momento t_1 , com um nível de significância 0.01. Donde com um grau de confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Momento t2

Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances

	<i>pat t2</i>	<i>pat t2</i>
Mean	25,4	26,0344628
Variance	26,0833333	47,320197
Observations	25	29
Pearson Correlation	#N/A	
ooled Variance	3,5	
	50,9514039	
	-0,3879294	
T<=t) one-tail	0,34985748	
Critical one-tail	2,40326699	
T<=t) two-tail	0,69971497	
Critical two-tail	2,67778887	

Uma vez que, o valor t encontrado é inferior ao valor crítico para t tanto uni como bicaudal respectivamente, (“t Critical one-tail.” “t Critical two-tail.”) lido na tabela , aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias dos grupos G3 e G4. No que diz respeito ao momento t2, com um nível de significância 0.01. Donde com um grau de confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Momento t3

Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances

	<i>pat t3</i>	<i>pat t3</i>
Mean	23,8076923	26,2413793
Variance	44,5615385	35,9039409
Observations	26	29
Pearson Correlation	#N/A	
Pooled Variance	3,5	
t	50,5924049	
	-1,4164739	
(T<=t) one-tail	0,08141856	
Critical one-tail	2,40326699	
(T<=t) two-tail	0,16283712	
Critical two-tail	2,67778887	

Uma vez que, o valor t encontrado é inferior ao valor crítico para t tanto uni como bicaudal respectivamente, (“t Critical one-tail.” “t Critical two-tail.”) lido na tabela, aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias dos grupos G3 e G4 no que diz respeito ao momento t3, com um nível de significância 0.01. Donde com um grau de confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Consumo de Substâncias Tóxicas e da Sexualidade em diferentes Contextos Socio-Culturais

Hipótese 4

Para testarmos esta hipótese efectuamos uma comparação entre os grupos G1 e G2 relativamente à percepção da sua sexualidade e da presença de disfunções sexuais, para os três momentos avaliados. Assim, as duas amostras foram comparadas através de um teste t, para amostras não relacionadas, no que diz respeito aos momentos t1, t2 e t3.

Comparação entre os grupos G2 e G4

Momento t1

Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances

	<i>pat t1</i>	<i>pat t1</i>
Mean	25,3214286	24,2
Variance	36,8928571	27,337931
Observations	28	30
Pearson Correlation	#N/A	
Pooled Variance	3,5	
	53,4558269	
	0,75115506	
T<=t) one-tail	0,22794089	
Critical one-tail	2,39879228	
T<=t) two-tail	0,45588179	
Critical two-tail	2,67182259	

uma vez que, o valor t encontrado é inferior ao valor crítico para t tanto uni como bicaudal respectivamente, “t Critical one-tail.” “t Critical two-tail.”) lido na tabela , aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias dos grupos G1 e G2 e que que diz respeito ao momento t1, com um nível de significância 0.01. Donde com um grau de confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Momento t2

Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances

	<i>pat t2</i>	<i>pat t2</i>
Mean	22,6071429	21,2
Variance	31,0621693	15,8206897
Observations	28	30
Pearson Correlation	#N/A	
ooled Variance	3,5	
	48,5555856	
	1,09989458	
T<=t) one-tail	0,13843194	
Critical one-tail	2,40657755	
T<=t) two-tail	0,27686388	
Critical two-tail	2,68220901	

uma vez que, o valor t encontrado é inferior ao valor crítico para t tanto uni como bicaudal respectivamente, “t Critical one-tail.” “t Critical two-tail.”) lido na tabela , aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias dos grupos G1 e G2 e que que diz respeito ao momento t2, com um nível de significância 0.01. Donde com um grau de confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Momento t3

-Test: Two-Sample Assuming Unequal Variances

	<i>pat t3</i>	<i>pat t3</i>
Mean	22,6923077	19,88
Variance	39,3415385	27,4433333
Observations	26	25
Pearson Correlation	#N/A	
Pooled Variance	3,5	
t	48,0748067	
	1,74048489	
P(T<=t) one-tail	0,04409088	
Critical one-tail	2,40657755	
P(T<=t) two-tail	0,08818176	
Critical two-tail	2,68220901	

Uma vez que, o valor t encontrado é inferior ao valor crítico para t tanto uni como bicaudal respectivamente, (“t Critical one-tail.” “t Critical two-tail.”) lido na tabela , aceitamos a hipótese H0, isto é, concluímos que não existe uma diferença significativa entre as médias dos grupos G1 e G2 no que diz respeito ao momento t3, com um nível de significância 0.01. Donde com um grau de confiança de 99%, podemos afirmar que nos dois momentos estes sujeitos não apresentam diferenças significativas, no que diz respeito à presença de disfunções sexuais.

Conclusões

O conjunto das diferentes análises e reflexões produzidas a partir dos dados transculturais recolhidos, ficam longe de transmitir o conjunto das vivências que a sua realização permitiu a todos quantos aceitaram e colaboraram na presente investigação.

Os resultados encontrados apontam para que as alterações percebidas pelos sujeitos toxicodependentes ao nível da sua sexualidade, durante os consumos decorrem dos factores concorrentes para a qualidade da sexualidade anterior ao início dos consumos. De entre os factores que podem perturbar esta qualidade, salientam-se a idade precoce de entrada na vida sexual activa, um primeiro parceiro sexual significativamente mais velho e a vivência de experiências sexuais traumatizantes. Estes dados são corroborados pela história progressiva dos sujeitos antes do início dos consumos e pelos resultados constatados junto das amostras de não consumidores. Efectivamente, a comparação trans-cultural efectuada junto de grupos de não consumidores, vem ainda contribuir para a consistência da hipótese referida, já que as tendências percebidas junto das amostras de toxicodependentes apontam no mesmo sentido, do que as amostras de não consumidores, quando comparados amostras de contextos socio-culturais semelhantes. A confirmar-se o sentido desta hipótese, para o que o será indispensável o desenvolvimento da investigação no âmbito da sexualidade e da toxicodependência, a prevenção, reafirmaria a importância sua actividade, que passando pela discussão da sexualidade, poderia estender a sua intervenção mais além do que a temática das dependências. O papel da prevenção poderia assim, numa perspectiva de saúde global, fornecer aos indivíduos instrumentos indispensáveis para fazerem face às situações de confronto social patentes nas sociedades contemporâneas

A importância do desenvolvimento de novas investigação neste domínio, justifica-se ainda, dada a necessidade de precisão ao nível dos grandes tipos de percurso sexual, que o presente trabalho se limita esboçar.

Se na nossa prática clínica somos confrontados com três grandes tipos diferentes de percurso toxicod dependente (vide: Capítulo III), os resultados da presente investigação vêm consubstanciar, a existência de três tipos de postura face à sexualidade. (1) Um primeiro grupo que apresenta através da sua história pregressa anterior aos consumos uma sexualidade inibida, quer ao nível das suas práticas quer ao nível da sua representação fantasmática. (2) Um segundo, marcado por um conjunto de experiências e práticas sexuais precoces, anteriores a uma real capacidade de integração mental e/ou fantasmática dessas experiências, curto-circuitando a relação entre o plano afectivo-relacional e o plano mental que faculta a integração dessas experiências. (3) Um terceiro grupo, caracterizado por uma tendência ao incesto psicológico, cuja caracterização é complexa dada a existência de uma problemática anterior aos consumos e à própria sexualidade, frequentemente associada à não resolução do complexo de Édipo.

No entanto, todos estes sujeitos apresentam e referem um conjunto de dificuldades de comunicação, resultante de uma perturbação da articulação entre a memória e a linguagem. Considerando que existem como refere Samuel Butler (1877) dois tipos de memória, (1) a que permite a recordação dos factos que ocorrem uma só vez e (2) a que permite a recordação dos movimentos ou actos quotidianos. O toxicod dependente pensaria assim com as “imagens dos objectos” e não com as “imagens das palavras”.

A dúvida subsiste sobre que tipo de memória estará utilizando o sujeito toxicod dependente quando refere esta dificuldade de comunicação. A partir desta perturbação entre a linguagem e a memória, resulta uma perturbação da comunicação, desta decorrem todo um conjunto de dificuldades sobre o plano relacional e logo no estabelecimento de relações afectivas e sexuais. Estas últimas seriam tanto mais marcadas uma vez que a aprendizagem do comportamento sexual implica existência de uma comunicação consigo mesmo e com o outro. Este conjunto de dificuldades poderia então encontrar-se na base da baixa de auto-estima constatada junto desta população.

Esta perturbação da comunicação verbal, não implica a existência de uma perturbação intelectual, mas antes um voltar para dentro, semelhante ao retraimento autista.

A este propósito Maurice Halbwachs referia em 1925, numa obra intitulada “Les cadres sociaux de la mémoire”:

“Se a perda ou a alteração da linguagem faz com que a pessoa tenha mais ou menos dificuldade de evocar e reconhecer as memórias de todo o tipo, poderíamos dizer que a memória depende em geral da palavra, porque a palavra não se concebe que no interior de um sistema social.” (op. cit. pp. 64)

Igualmente que na medida em que o toxicodependente abandona o seu sistema social, isto é, deixa de estar em contacto e comunicação com os seus pares, este se revela incapaz de recordar, encontrando na marginalização a única saída para o pesadelo que representa a impossibilidade de acesso ao seu passado. Este facto poderia então explicar a razão do fracasso evidenciado pela terapia psicanalítica junto desta população nas etapas iniciais do processo, uma vez que aí o sujeito se vê confrontado de forma ainda mais brutal, com a incapacidade de acesso e reconstrução da sua própria história. Halbwachs (idem, 1925) refere ainda:

“Noutros termos haverá no espírito de todo o homem normal que vive em sociedade, uma função de decomposição e recomposição e coordenação das imagens que lhe permitem adequar as suas experiências e os seus actos às experiências e actos dos membros do seu grupo. No caso excepcional de que esta função esteja desajustada, se debilita ou desapareça de forma durável, dizemos que o homem é afásico, porque o sintoma mais marcante desta função é o de que o homem não pode recorrer às palavras.” (op. cit., pp. 69-70)

“Todas as observações nos deixam supor que o que falta ao afásico, são menos as recordações que o poder de as colocar dentro de um quadro. É este próprio quadro, sem o qual não pode responder em termos impessoais e mais ou menos objectivos a uma questão objectiva que lhe é posta pelo meio social. Para que a resposta seja adaptada ao pedido é efectivamente necessário que o sujeito se coloque no mesmo ponto de vista que os membros do grupo que o interrogam. Ora, para o sujeito este movimento é interpretado como se tivesse que se desprender de si próprio, que o seu pensamento se exteriorizasse, o que não lhe é possível senão através dos meios de representação simbólica que são defeituosos na afasia” (op. cit., pp. 76)

Para ilustrarmos esta situação recorreremos a um exemplo de cálculo matemático. Quando colocamos alguém perante o problema: “tenho três lápis e tiro um, quantos ficam ?” logicamente esperamos que o sujeito nos responda “2”. No entanto, esta resposta implica todo um processo de integração social, através do qual o sujeito aprendeu que $3-1=2$, e que quando lhe perguntamos “quantos ficam”, nos estamos a referir a “quantos lápis lhe ficam a ele se alguém lhe tirar um”. Para alcançar esta resposta, o sujeito tem então de ser capaz de adoptar sucessivamente a perspectiva do seu ponto de vista e do ponto de vista do outro e inferir a partir do enquadramento socio-cultural em que se encontra, qual a perspectiva através da qual é suposto responder. Com efeito, em termos puramente matemáticos, o problema colocado não têm uma, mas sim duas respostas. A resposta “1” é igualmente verdadeira se o sujeito adoptar exclusivamente uma das perspectivas possíveis, isto é, se na deformação ou ausência de um quadro socio-cultural, entender qualquer uma das possibilidades seguintes: “se alguém têm três lápis e alguém lhe tira um o segundo fica com um lápis”, “se ele têm três lápis e alguém lhe tira um o outro fica com um lápis” ou ainda “se eu tenho três lápis e alguém me tira um ele fica com um lápis”. Desta forma, na abstracção do cálculo matemático, a resposta ao problema passa pelo esclarecimento da questão “quantos ficam onde?, ou quanto ficam com quem?”, resposta que se encontra de forma implícita sistematicamente disponível no quadro socio-cultural de referência.

Ora, se como é o caso dos sujeitos toxicodependentes, este movimento de adopção do ponto de vista do outro, forçosamente exterior, é vivido como ameaçador, dada a necessidade de evitamento de uma psicose ou, mais simplesmente, dado que este é percebido como “anormal” na ausência ou afastamento deste quadro socio-cultural de referência.

A possibilidade de comunicação vê-se assim limitada aos seus “pares” toxicodependentes, isto é, entre afásicos, se adoptarmos a perspectiva da sociedade de não consumidores. Esta comunicação basear-se-ia, não sobre o registo da palavra, mas sobre um registo da imagem, ou do “sonho acordado”, sendo descrito pelos próprios toxicodependentes como o “feeling” e experimentado como decorrente do próprio consumo. Este sistema, apresentaria à diferença da fantasia, tal como avançam os

resultados das primeiras investigações da Escola de Palo Alto, um conjunto de regras precisas e uma estrutura lógica orientada.

Esta circulação de informação dentro de um subsistema fechado, isto é, inacessível ao conjunto do sistema, criaria a noção de um grupo marginal, ou de uma nova classe étnica dentro das sociedades contemporâneas. Este fenómeno não é no entanto característico desta população, podendo ser observado junto das populações emigradas ou dos mais diferentes grupos de especialidades técnicas. Tomando como exemplo o grupo dos técnicos de informática, as dificuldades de comunicação entre estes e os indivíduos exteriores a este meio, não se limitam ao desconhecimento da terminologia, ou “jargon” utilizado, mas igualmente à lógica subjacente à própria actividade, que necessariamente transpira mesmo para o domínio da comunicação não especializada, o que os leva a constituírem-se e organizarem-se, tal como os emigrantes, enquanto clans mais ou menos fechados, ameaçadores para o resto do sistema.

Neste sentido, a intervenção terapêutica não se pode limitar a uma intervenção centrada sobre a comunicação verbal. Aí o terapeuta poderá então emprestar ao toxicodependente um quadro socio-cultural de referência, devolvendo-lhe deste modo o acesso ao seu próprio quadro. Desta forma se evitaria o risco implícito no trabalho de reconstrução do passado, que é o de um confronto com o vazio, semelhante ao experimentado durante o síndrome de abstinência, muitas vezes descrito como “não sei o que se passou”, “não me lembro praticamente de nada”. O temor induzido por este síndrome, passaria não tanto pelo receio da dor física, mas antes pela antecipação do vazio que representa a impossibilidade de comunicação com o outro não consumidor (“careta”). Este receio é tanto mais justificado, quando um dos poucos pontos sobre os quais todas as terapias se encontram de acordo é a importância e a necessidade de um “afastamento do meio”, ou ruptura com o “mundo da droga”, lei-a-se abandono de todo o sistema relacional exclusivo que o sujeito conheceu a maioria das vezes durante vários anos. Este movimento implica a uma opção entre a solidão, o “perder tudo” ou mais claramente ainda, tal como estes exprimem a propósito da “cura”, o “dar-se à morte” (vide: “Léxico”) ou então o confronto com a sua frustração na tentativa do estabelecimento de novas relações. Este processo implica então a vivência e resolução de um paradoxo dado que, se a segunda possibilidade implica o confronto com a sua própria diferença no encontro com o outro, também a primeira

implica o confronto com essa mesma diferença. Numa ou noutra o sujeito experimenta um sentimento de bizarria, que pode ser ilustrado através da expressão, tantas vezes escutada, “tirem-me deste filme, que eu não sei andar nisto”, que atesta mais uma vez, e no caso de uma forma literal, o recurso à imagem.

A sexualidade vai irromper e modelar o posicionamento face a este paradoxo. Até aí anestesiado e esquecido, o corpo físico vai impor-se logo desde as primeiras horas através do sofrimento físico decorrente do síndrome de abstinência. Nesta etapa assistimos a um grande investimento do corpo, traduzido junto das mulheres pela busca de um embelezamento, o arranjo dos cabelos, a maquilhagem, etc., e nos homens pela cultura física e a prática desportiva, e em ambos pela procura do desaparecimento das marcas físicas dos consumos. Mas mais importante ainda, o corpo vai ser utilizado como veículo para reencontrar o prazer perdido, decorrente da paragem dos consumos, o que vai ser feito através da experiência sexual. Aí, e de novo, os primeiros contactos vão ser percebidos como experiências “sublimes”, mas em nada comparáveis ao prazer do “produto”.

A paragem dos consumos vai ainda produzir uma temporária perda da faculdade do que designamos “comunicação por imagens”, o que tranquiliza o sujeito, que assim experimenta a possibilidade de identificação com os outros não consumidores. É o retorno à “normalidade”, a concretização do desejo de levar, como estes o expressam, “uma vida normal”. Progressivamente recuperam ou reaprendem a possibilidade de comunicação pela palavra, o que irá ainda reforçar este sentimento de integração.

Mas, pouco tempo depois, vai dar-se conta que a possibilidade deste tipo de comunicação continua presente e disponível, reacendendo-se deste modo todos os seus receios de anormalidade, na impossibilidade de identificação com o outro não consumidor. Por todos os meios vai tentar “apagar”, “escamotear” e “esconder” este tipo de comunicação, muitas das vezes, colando-se ao discurso do adulto “careta” ou do próprio terapeuta. Este movimento poderá então ser interpretado, como um pedido de ajuda face ao desejo do reinício dos consumos, perante a necessidade de um reencontro com outros junto de quem se possa sentir identificado, através da partilha de uma mesma linguagem. O que lhe permite escapar ao paradoxo que constitui a possibilidade de recurso a duas lógicas, cuja existência não encontra no outro não consumidor, não ousando por isso colocar a questão “quantos lápis ficam onde?”. A

intervenção terapêutica deverá então passar, numa primeira etapa, por uma intervenção pedagógica, através da qual o terapeuta explicará ao sujeito que todo o ser humano possui, de forma mais ou menos consciente ou desenvolvida, esta capacidade de comunicação por imagens, nomeadamente ao nível do estabelecimento e gestão das relações afectivas. Trata-se então de “ensinar” o sujeito a não desprezar uma parte de si, vivida no dualismo “bom-eu”/“mau-eu”, mas a integra-la e dominar a sua utilização global. As relações afectivas, e a sexualidade em particular, constituem por excelência, quanto a nós, domínios privilegiados para a ilustração e treino desta capacidade, mas isso pressupõe que o terapeuta disponha de um conhecimento real deste comportamento e da sua vivência junto desta população, para o que esperamos que o presente trabalho constitua um contributo.

LÉXICO

C

Careta*

Expressão utilizada para designar alguém que não “consome”.

Consumir

Utilizar produtos tóxicos legais ou ilegais por forma a experimentar os seus efeitos.

D

Dar-se à morte

Expressão que designa a tomada de uma decisão difícil que implica um grande sofrimento, geralmente o vazio ou o abandono, pode ainda ser sinónimo de “confessar”, “admitir a verdade”.

Dealer*

Vendedor de pequenas quantidades de droga, que pode ou não ser igualmente consumidor.

E

Ecstasy

3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA) produto de síntese derivado da anfetamina, cujos efeitos são comparáveis a uma mescla dos da anfetamina e do ácido. Pertence ao grupo das "Designer-Drugs". Sintetizado pela primeira vez em 1914, a sua utilização como droga recreativa tornou-se popular durante a última década.

F

Formiga Passador de droga. Responsável, contra dinheiro uma parte do produto, de assegurar o transporte desde o Dealer até ao consumidor.

H

Houseman Alguém que cede um local protegido, geralmente a sua casa, para o consumo contra dinheiro uma parte do produto. Dado que não têm um carácter corrente em Portugal, não existe uma expressão em Português para designar esta prática.

P

Produto* Droga.

R

Rodada (pagar uma...) Pagar o conjunto de bebidas alcoólicas para os presentes à mesa ou no estabelecimento

Recaída Reinício dos "consumos".

T

Trip Dose de LSD. Período de perturbação da consciência provocada pela ingestão de alucinogéneos.

Tripar Estar sobre o efeito de alucinogéneos.

V

Viagem "Trip"

NOTA: Os termos assinados com (*), foram adaptados a partir de:

"Os Profissionais de Saúde e a Droga" de Patrício, D., 1991.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4^a Ed., American Psychiatric Association, Washington, DC.: Author.
- ARIÈS, P., (1991). *La contraception autre fois* in "*Amour et sexualité en Occident*", Seuil, 1991, pp. 115-131.
- AUERBACK, A., HOFFMAN, M., NEWGARD, K., RAMER, B., TERR, L., & McILVENNA (1976) . *Sexual Idiosyncrasies*. *Medical Aspects of Human Sexuality*, Dec., 1976, p. 70-99
- BATTJES, R., Leukefeld, C. & Pickens, R.(1992). Age at first injection and HIV risk among intravenous drug users. *American-Journal-of-Drug-and-Alcohol-Abuse*, 1992 Sep., Vol 18(3) pp. 263-273
- BECKER, H. (1963). *Outsiders*. Ed. Free Press, Glencoe, 1963
- BELL, R. (1971). *Marriage and Family Interaction*. Dorsey Press, 3^a ed., Homewood, 1971
- BERGERET, J. (1981). *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*. Masson, Paris.
- BERGERET, J. (1983). *La personnalité du toxicomane*. *Précis des Toxicomanies*, Masson, Paris, 1983, pp. 63-76.
- BERGERET, J. (1984). Toxicomanes et Delinquants. *Bulletin Psychologie*, 1984, Tome XXXVI, n° 359, pp. 225-232.
- BJERREGAARD, B. & SMITH, C. (1993). Gender differences in gang participation, delinquency, and substance use. *Journal-of-Quantitative-Criminology*; 1993, Dec., Vol. 9(4), pp.329-355
- BOZON, MICHEL; LERIDON, HENRI (1993). Les constructions sociales de la Sexualité. *Population*, Sep.-Oct. 1993, pp. 1173-1195
- BROWN, L., MURPHY, D. & PRIMM, B. (1987). Sex partners of intravenous drug abusers: implications for the next spread of the AIDS epidemic. Paper presented at the

49th Annual Scientific Meeting on the Problems of the Drug Dependence, 14-18 June, Philadelphia, Pennsylvania, 1987.

- BULACIO, J., ET AL. (1985). *De la drogadicción. Contribuciones a la clínica*. Editorial Paidós, Buenos Aires (2ª edição 1986).
- BUTLER, S. (1877). *Life and Habitudes*. Brunner / Mazel, New-York.
- CHARVET, A. ET AL. (1982). *La Sexualité dans le domaine médical*. Simep, Villeurbanne, France, 1982.
- CHITWOOD, D. & COMERFORD, M. (1990). Drugs, sex, and AIDS risk: Cocaine users versus opiate users. Special Issue: AIDS and intravenous drug use. *American Behavioral Scientist*, 1990, 33, pp. 465-477
- CHURCHILL, W. (1968). Do Drugs increase sex drive ?" *Sexology*, Oct. 1968, pp. 164-167.
- CORBIN, A. (1984). La petit Bible des jeunes époux. *Histoire*, 63, Janv., 1984
- CRAWSHAW, P. (1979). *Historique et événements actuels*. Connaissance de base en matière de drogues, Ministère du Approvisionnement et Services, Canada.
- CUOMO, M., DYMENT, P. & GAMMINO, V. (1994). Increasing use of "Ecstasy" (MDMA) and other hallucinogens on a college campus. *Journal Am. Coll. Health*, May 42(6), 1994, pp. 271-274.
- DENFELD, D., & GORDON, M. (1970). The sociology of mate swapping: Or the family that swings together clings together. *Journal of Sex Responses*, 6, 1970, pp. 85-100-
- DIAS, C. (1980) -*A influência relativa dos factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano (Demografia das Toxicomanias)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica - Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- DONOGHOE, M., STIMSON, G. & DOLAN, K. (1989). Sexual behaviour of injecting drug users and associated risks of HIV infection for non-injecting sexual partners. *AIDS-Care*, 1989, Vol 1(1), pp. 51-58
- DONOGHOE, MARTIN (1992). Sex, HIV and the injecting drug user. *British Journal of Addiction*, 1992, 87, pp. 405-416

- DOLAN, K.A., DONOGHOE, M., JONES, S. & STIMSON, G. (1990). A Cohort Study of Clients at a Four Syringe Exchange Schemes and Comparison Groups of Injectors. Monitoring Research Group, Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Charing Cross and Westminster Medical School, London, 1990
- DULIT, R., FYER, A., MINNA, R., MILLER, F., SACKS, M., et al. (1993). Gender differences in sexual preference and substance abuse of inpatients with borderline personality disorder. *Journal-of-Personality-Disorders*, 1993, Sum Vol 7(2) 182-185
- EHRHARDT, A., MEYER-BAHLBURG, EXNER, T. GRUEN, R. LORENZ, G., GOETZ, R., EL-SADR, W., SORREL, S. & GORMAM, J. (1990). Women's sexual risk behaviour among parenteral drug user. Sixth International Conference on AIDS, San Francisco, Junho, 1990 [abstract ThD 787]
- ELLIS, A. (1958). *Sex without guilt*. Lyle Stuart, New York, 1958
- ERIKSON, E. (1968). *Identidade Juventude e Crise*. Zahar, Rio de Janeiro, 1968.
- ESCOHOTADO, A. (1994). *Las drogas, De los orígenes a la prohibición* Alianza Editorial, S.A., Madrid, 1994
- EVERETT, H. (1971). Competition in bed. *Medical Aspects of Human Sexuality*, Abril, 1971, pp. 10-22
- FISCHER, S. (1973). *The female orgasm: Psychology, Physiology and Fantasy*. Basic Books, New-York.
- GAGNON, J. H. (1988). Sex research and sexual conduct in the era of AIDS. *Journal of AIDS*, 1988, I, pp. 593-601
- GIAMI, A. (1991). De Kinsey au Sida: l'évolution de la construction du comportement sexuel dans les enquêtes quantitatives. *Sciences Sociales et Santé*, 1991, IX, pp. 23-55.
- GOLDBERG, D. FRISCHER, M., GREEN, S. (1993). Sex surveys and drug users. *Nature*, 1993, Fev., Vol 361(6412), pp.504-505
- GORI, R. (1990). L'espace de la passion. *Acta Psychiatrique Belge*, 1990, May-Aug; 90 (3-4), pp. 178-198

- GUERRAND, R. (1984). Haro sur la masturbation. *L'Histoire*, 63, Janv., 1984
- HALBAWACHS, M.(1925). *Les cadres sociaux de la mémoire*. Bibliothèque de l'Evolution de l'Humanité. Editions Albin Michel, Paris, 1994.
- KAPLAN, H. (1979). *The new sex therapy*, vol. II: *Disorders of sexual desire* Brunner Mazel, New-York.
- KIM, A., GALANTER, M., CASTANEDA, R., LIFSHUTZ, H., et al. (1992). Crack cocaine use and sexual behavior among psychiatric inpatients. *American-Journal-of-Drug-and-Alcohol-Abuse*, 1992, Sep. Vol 18(3). pp. 235-246
- KING, V., BROONER, R., BIGELOW, G., SCHMIDT, C., FELCH, L. & GAZAWAY, P. (1994). Condom use rates for specific sexual behaviors among opioid abusers entering treatment. *Drug-Alcohol-Dependency*, 1994, Jun, 35(3), pp. 231-238
- KLEE, H. (1990). Risk factors for HIV infection among injecting drug users in the North West of England. Sixth International Conference on AIDS, San Francisco, Junho, 1990. [abstract SC 561]
- KLOVDAHL, A. (1994). Social networks and the spread of infectious diseases: The AIDS example. *Social Science Medicine*, 21,1994, pp. 1203-1216
- KRONHAUSEN, P. & KRONHAUSEN, E. (1965). *The sexually responsive woman* Ballantine, New York, 1965
- MARMOR, J. (1971). Normal and deviant sexual behavior. *Journal of the American Medical Association*, 217, 1971, pp. 165-170
- McCARY, J., McCARY, S. (1983). *Sexualidad Humana de Mc Cary*. Editoriel Manual Moderno, Mexico, 1983, 4ª ed.
- McDONALD, C., LOXLEY, W. & MARSH, A. (1994). A bridge too near? Injecting drug users' sexual behaviour. *AIDS-Care*, 1994, 6(3), pp. 317-326
- McKEGANNEY, N. & BARNARD, M. (1990). A comparison of HIV related risk behaviour between a non-clinic sample of injecting drug users and attenders at a needle exchange clinicSixth International Conference on AIDS, San Francisco, Junho, 1990. [abstract 3029]

- MULLEADY, G., WHITE, D., PHILIPS, K. & CIPPIT, C. (1990). Reducing sexual transmission of HIV for injecting drug users: the challenge for counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 1990, 3, pp. 325-341.
- OLIVENSTEIN, C. (1980). *Introductory Statement to the Meeting of Experts on the Coordination of School and out-school Education the problems associated with the use of drugs*. UNESCO, September, 1980.
- OLIVENSTEIN, C. (1982). *A vida do Toxicomano*. Morais Editora, 1982, Lisboa.
- PADIAN, N., SHIBOSKI, S. & JEWELL, N. (1990). The relative efficiency of female-to-male HIV sexual transmission Sixth International Conference on AIDS, San Francisco, Junho, 1990. [abstract ThC 101]
- PATRÍCIO, D. (1991). *Os Profissionais de Saúde e a Droga*. Coleção .PROJECTO VIDA, Nº 6, Lisboa, 1991
- ROBERT, M. (1984). *Fondements et Etapes de la Recherche Scientifique en Psychologie* Edisem/Maloine, 1984, chapitre 6, pp. 119-131
- RODRIGUES, R. (1989).-
Da Aprendizagem do Desenho e da Auto-Estima numa população de toxicodependentes. Monografia de fim de curso, Psicologia Clínica, I.S.P.A., 1989, (não publicado).
- SANDLER, J., MYERSON, M. & KINDER, B. (1980). *Human sexuality: Current perspectives*. Tampa, Florida: Mariner.
- SASSE, H., SALMASO, S., CONTI, S., REZZA, G. & THE FIRST MULTICENTRE STUDY GROUP (1991). Sexual lifestyles in injecting drug users in Italy: potential for HIV infection transmission, *British Journal of Addiction*, 1991, 86, pp. 1083-1089
- SEIDMAN, S., STERK, E. & ARAL, S. (1994). High-risk sexual behavior among drug-using men. *Sexually Transmitted Diseases*, 1994 May-Jun., 21(3) pp. 173-180
- SPIRA, A.; BAJOS, N. ET AL. (1993). *Les comportements sexuels en France*. Rapport au ministre de la Recherche et de l'Espace Collection des rapports officiels, Paris, 1993.

- STALL, R., & OSTROW, D. (1989). Intravenous drug use, the combination of drugs and sexual activity and HIV infection among gay and bisexual men: The San Francisco Mens Health Study. *Journal of Drug Issues*, 1989, 19, pp. 57-73
- STIFFMAN, A., DORE, P., EARLS, F. & CUNNINGHAM, R. (1992). The influence of mental health problems on AIDS-related risk behaviors in young adults. *Journal-of-Nervous-nd-Mental-Disease*, 1992, May, Vol 180(5). pp. 314-320
- THORPE, L., KATZ, B. & LEWIS, R. (1961). *The psychology of abnormal behavior*. Ronald, New York, 1961
- VAN DEN HOEK, A., VAN HAASTRECHT, H. & COUTINHO, R. (1990). Behavioral change in addicted prostitute women. Sixth International Conference on AIDS, San Francisco, Junho, 1990. [abstract 3042]
- VEYNE, P. (1984 e 1991). L'Homosexualité à Rome. *L'Histoire*, 63, janv., (republicado in: *Amour et sexualité en Occident*. Seuil, pp. 69-77.
- WELZER-LANG, D. (1992). *Les nouveaux territoires de la prostitution lyonnaise rapport C.R.E.A.* Centre de Recherches et d'Etudes Anthropologiques. Université Lumière.Lyon
- WILLIAMS, M. & JOHNSON, J. (1993). Social network structures: An ethnographic analysis of intravenous drug use in Houston, Texas. *Drugs-and-Society*, 1993, Vol 7(3-4), pp. 65-90
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (1957). WHO Technical Report Series, Geneve,1957.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (1969). WHO - Technical Report Series, Geneve,1969.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (1992).*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. World Health Organization, Geneve, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (1992). *Toxicomanie et enfants de rue*. World Health Organization, Program Substance Abuse / 93.5 Annexe VI. Geneve.
- ZASTROW, C. (1979). Self talk: A new theory to understanding and treating sexual problems. *Journal of Sexual Educational Therapies*, 6, 1979, pp. 51-57