

Universidade Nova de Lisboa
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**IMAGEM CORPORAL
NA TOXICODPENDÊNCIA E VIH / SIDA**

Ana Gomes

Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada,
na Especialidade de Psicossomática

2006

Dissertação de Doutoramento realizada sob orientação do Professor Doutor Carlos Amaral Dias e sob co-orientação do Professor Doutor António Mendes Pedro, apresentada à Universidade Nova de Lisboa e ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia Aplicada, na especialidade de Psicossomática, conforme o protocolo UNL/ISPA, aprovado pelo senado da UNL em 24 de Janeiro de 2002 e de acordo com o despacho nº 3744/2002, publicado no Diário da República a 19 de Fevereiro de 2002.

MEU CORPO

*Meu corpo não é meu corpo,
É ilusão doutro ser.
Sabe a arte de esconder-me
E é de tal modo sagaz,
Que a mim de mim ele oculta.*

*Meu corpo, não meu agente.
Meu envelope selado,
Meu revólver de assustar,
Tornou-se meu carcereiro,
Que sabe mais que me sei.*

*O seu arдил mais diabólico
Está a fazer-me doente,
Joga-me o peso dos males
Que ele tem em cada instante
E me passa em revolução.*

*Outras vezes se diverte,
Sem que eu saiba ou que deseje.
E nesse prazer maligno,
Que as células impregna,
Do meu mutismo escarnece.*

*Se tento dele afastar-me,
Por abstracção ignorá-lo,
Volta a mim com todo o peso
Da sua carne poluída,
Seu tédio, seu desconforto.*

*Quero romper com o meu corpo,
Quero enfrentá-lo, acusá-lo,
Por abolir a minha essência.
Mas ele nem sequer me escuta
E vai pelo caminho oposto.*

*Já premido por seu impulso
De inquebrável rigor,
Não sou mais quem dantes era,
Com volúpia dirigida,
Saio a bailar com o meu corpo.*

Carlos Drumond de Andrade

Agradecimentos

Antes de mais quero agradecer aos meus professores e orientadores Prof. Dr. Carlos Amaral Dias e Prof. Dr. Mendes Pedro por tudo o que me ensinaram e por me permitirem pensar mais longe tendo-os a eles por perto.

Dirijo os meus agradecimentos ao Prof. Dr. Nuno Félix da Costa e Prof. Dra. Sílvia Ouakinin por me possibilitarem a recolha dos dados no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria.

Agradeço ao Reitor da Universidade Fernando Pessoa, o Prof. Dr. Salvato Trigo, por me ter permitido e incentivado a desenvolver este percurso e acompanhado com interesse o mesmo.

Agradeço aos participantes da investigação, que tão amavelmente se disponibilizaram a cooperar e permitiram-me “pousar o olhar” nos seus corpos.

Agradeço ainda aos meus queridos pais que me acompanharam incondicionalmente, com o seu afecto irrestrito.

Este trabalho é inquestionavelmente para ti João, o qual foi partilhado contigo em momentos de avanço ou amargura tu estiveste sempre presente, a ti tudo devo.....

Resumo

Procedeu-se à comparação de três grupos de indivíduos toxicodependentes, quanto à representação da imagem corporal. Um dos grupos é constituído por seronegativos para o VIH, outro de seropositivos para o VIH, sem história de infecções oportunistas, o último grupo é constituído por sujeitos seropositivos com história de infecções oportunistas. A comparação entre estes grupos efectuou-se relativamente ao modo como cada grupo representa a sua imagem corporal a partir de uma escala de análise da imagem corporal construída por Leventhal (1983). Esta escala permite desenvolver uma comparação entre medidas reais (MR) e medidas imaginárias (MI) relativamente a 22 partes do corpo. A partir daqui verificámos como é que estes sujeitos se relacionam com o seu corpo, não só com o corpo real, mas também com um corpo imaginário. Consideramos que a imagem corporal representada pelo sujeito é o resultado da relação entre as medidas reais (corpo real) e as medidas imaginárias (corpo imaginário). Aqui podemos verificar uma aproximação ou um afastamento entre ambos os corpos, estando a distorção no afastamento, desajustamento e desadequação entre medidas reais (corpo real) e medidas imaginárias (corpo imaginário).

Desta comparação verificamos que as diferenças entre os grupos ocorrem particularmente entre o grupo de sujeitos seronegativo para o VIH e os dois grupos de seropositivos para o VIH. São os dois grupos de sujeitos infectados com VIH que apresentam de forma mais acentuada distorção da imagem corporal, independentemente da fase da evolução da infecção, não sendo tal um factor de agravamento ou diferenciação. Não se verificam diferenças entre os sexos, nas habilitações académicas e relativamente ao factor tempo de terapêutica antiretroviral, relativamente à imagem corporal entre os grupos.

Este estudo é o seguimento de outro que já definiu a existência nos toxicodependentes de distorção da imagem corporal. Contudo, salienta-se que são os seropositivos que representam a sua imagem corporal de forma mais distanciada do corpo real. Parece que o fenómeno VIH potencia no sujeito que com ele convive uma nova relação com o corpo, que encerra em si significados de doença e de morte o que pode estar na base do desajustamento a este novo corpo e logo uma representação do mesmo desarticulada e distorcida.

Palavras-Chave: Imagem corporal, toxicodependência, VIH positivos, VIH negativos, corpo real, corpo imaginário.

Abstract

We have compared three groups of drug addicts in what concerns the representation of the body image. The first of these groups was composed by HIV negative individuals; the second group was formed by HIV positive citizens with no opportunist infection history; and the last group was constituted by HIV positive individuals, with some opportunist infection history. The comparison between these three groups was based on the way each group would represent its body image, based on a body image scale of analysis created by Gloria Leventhal in 1983. This scale allows the development of a comparison between real measures (RM) and imaginary measures (IM) of 22 parts of the human body. From hereon we have ascertained the different types of relationship of these individuals with their body, not only with the real body itself, but also with some sort of an imaginary body. We consider that the body image represented by the individual is the result of the relationship between the real measures (real body) and the imaginary measures (imaginary body). Here we could testify an approach or, otherwise, a distance between both of the bodies, the distortion lying upon a distance, a maladjustment or an inadequacy between the real measures (real body) and the imaginary measures (imaginary body).

As a result of this comparison, we have verified that the differences between the groups occur particularly among the group of HIV negative citizens and the two groups of HIV positive individuals. The two groups of HIV infected individuals are the ones who present a more notorious distortion of the corporal image, independently of the phase of evolution of the infection, not being such a factor of aggravation or differentiation. We have not verified any differences between the three groups based on sex, scholar education nor on the antiretroviral factor of therapeutic time, respect to the body image.

This study has been done in sequence of another one which had already defined the existence of a distortion of the body image among drug addicts. However, we must underline that the HIV positives are the ones who represent their corporal image in a more distanced way from the real body. It seems that the HIV phenomenon harnesses in the citizen who coexists with it some sort of a new relationship with his body, containing death and illness notions which can lye on the basis for the maladjustment to this new body and, so being, for a distorted and disarticulated representation of the same.

Key-Words: Body image, drug addicts, HIV positives, HIV negative, real body, imaginary body.

ÍNDICE

Introdução	1
PARTE I: REVISÃO DE LITERATURA	
1. Drogas	4
1.1. Definição	4
1.2. O fenómeno da Droga em Portugal	5
1.3. Diferentes Tipos de Drogas	12
1.3.1. Depressores do Sistema Nervoso Central ou Psicolépticos	12
1.3.2. Estimulantes do Sistema Nervoso Central ou Psicoanalépticos	16
1.3.3. Perturbadores do Sistema Nervoso Central ou Psicodislépticos	19
1.4. A personalidade na Toxicodependência	23
1.5. Droga e família	36
1.6. Droga e meio sócio-cultural	39
2. Imagem Corporal	43
2.1 Definição	43
2.2. Diferentes teorias sobre a Imagem Corporal	44
2.3. Construção da Imagem Corporal	57
2.3.1. Consciência e Percepção na Construção da Imagem Corporal	63
2.4. Corpo e Imagem Corporal na Toxicodependência	69
3. VIH/Sida	77
3.1. Vírus da Imunodeficiência Humana	77
3.2. VIH e o Sistema Imunitário	82
3.3. Evolução da infecção pelo VIH	86
3.3.1. Doenças associadas à infecção por VIH	89
3.3.2. Perturbações do Sistema Nervoso causadas pela infecção do VIH	97
3.4. Implicações Psicológicas e Psicopatológicas associadas à infecção por VIH	105
3.5. Infecção pelo VIH	112
3.6. Terapêutica para o VIH	122
3.7. Epidemiologia da infecção VIH e da Sida	130
3.8. História do vírus da Imunodeficiência Humana	136
3.9. O VIH e Sida em Portugal	147

3.10. Mulheres, VIH, Toxicodependência e Corpo	152
3.11. VIH/Sida e Toxicodependência	160
3.11.1. As drogas no desenvolvimento da infecção pelo VIH	167
3.12. Infecção VIH/Sida e Psicossomática	170
3.12.1. Psicoimunologia e infecção pelo VIH	171
3.12.2. Psicossomática e infecção pelo VIH, em modelos psicodinâmicos	185
3.13. O Corpo no VIH/Sida	195
3.14. Imagem Corporal no VIH/Sida	199
3.14.1. Lipodistrofia e Imagem Corporal	206

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

1. Justificação do Estudo	219
2. Problema	219
3. Método	219
3. 1. Objectivos	219
3.1.1. Objectivos gerais	219
3.1.2. Objectivos específicos	220
3.2. Participantes	221
3.2.1. Selecção e caracterização	221
3.3. Instrumentos	223
3.3.1. Entrevista estruturada	223
3.3.2. Grelha de medidas reais e imaginárias	224
3.4. Procedimentos	226
4. Apresentação dos resultados	228
5. Discussão dos Resultados	256
6. Conclusão	263
7. Referências bibliográficas	272
8. Anexos	303

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Depressores do Sistema Nervoso Central ou Psicolépticos	12
Quadro 2: Estimulantes do Sistema Nervoso Central ou Psicoanalépticos	16
Quadro 3: Perturbadores do Sistema Nervoso Central ou Psicodislépticos	19
Quadro 4: Classificação Clínica dos infectados com o HIV pelo CDC	120

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Médias dos grupos	222
Tabela 2: Habilitações académicas	222
Tabela 3: Via de infecção do Vih	223
Tabela 4: Relação entre MR e MI para a cabeça em largura	229
Tabela 5: Relação entre MR e MI para a cabeça em comprimento	230
Tabela 6: Relação entre MR e MI para o pescoço em largura	230
Tabela 7: Relação entre MR e MI para o pescoço em comprimento	231
Tabela 8: Relação entre MR e MI para as costas em largura	231
Tabela 9: Relação entre MR e MI para as costas em comprimento	232
Tabela 10: Relação entre MR e MI para o peito	232
Tabela 11: Relação entre MR e MI para a cintura	233
Tabela 12: Relação entre MR e MI para a anca	233
Tabela 13: Relação entre MR e MI para a distância da cintura à anca	234
Tabela 14: Relação entre MR e MI para o braço superior em largura	234
Tabela 15: Relação entre MR e MI para o braço superior em comprimento	235
Tabela 16: Relação entre MR e MI para o braço inferior em largura	235
Tabela 17: Relação entre MR e MI para o braço inferior em comprimento	236
Tabela 18: Relação entre MR e MI para a perna superior em largura	236
Tabela 19: Relação entre MR e MI para a perna superior em comprimento	237
Tabela 20: Relação entre MR e MI para a perna inferior em largura	237
Tabela 21: Relação entre MR e MI para a perna inferior em comprimento	238
Tabela 22: Relação entre MR e MI para o pé em largura	238
Tabela 23: Relação entre MR e MI para o pé em comprimento	239
Tabela 24: Relação entre MR e MI para a mão em largura	239
Tabela 25: Relação entre MR e MI para a mão em comprimento	240
Tabela 26: Comparação entre os grupos IO e ASS para 22 partes do corpo	240
Tabela 27: Comparação entre os grupos IO e SNEG para 22 partes do corpo	241
Tabela 28: Comparação entre os grupos ASS e SNEG para 22 partes do corpo	241
Tabela 29: Relação entre MR e MI para a cabeça em largura	242
Tabela 30: Relação entre MR e MI para a cabeça em comprimento	242
Tabela 31: Relação entre MR e MI para o pescoço em largura	243
Tabela 32: Relação entre MR e MI para o pescoço em comprimento	243

Tabela 33: Relação entre MR e MI para as costas em largura	244
Tabela 34: Relação entre MR e MI para as costas em comprimento	244
Tabela 35: Relação entre MR e MI para o peito	245
Tabela 36: Relação entre MR e MI para a cintura	245
Tabela 37: Relação entre MR e MI para a anca	246
Tabela 38: Relação entre MR e MI para a distância da cintura à anca	246
Tabela 39: Relação entre MR e MI para o braço superior em largura	247
Tabela 40: Relação entre MR e MI para o braço superior em comprimento	247
Tabela 41: Relação entre MR e MI para o braço inferior em largura	248
Tabela 42: Relação entre MR e MI para o braço inferior em comprimento	248
Tabela 43: Relação entre MR e MI para a perna superior em largura	249
Tabela 44: Relação entre MR e MI para a perna superior em comprimento	249
Tabela 45: Relação entre MR e MI para a perna inferior em largura	250
Tabela 46: Relação entre MR e MI para a perna inferior em comprimento	250
Tabela 47: Relação entre MR e MI para o pé em largura	251
Tabela 48: Relação entre MR e MI para o pé em comprimento	251
Tabela 49: Relação entre MR e MI para a mão em largura	252
Tabela 50: Relação entre MR e MI para a mão em comprimento	252
Tabela 51: Diferenças entre os sexos	253
Tabela 52: Diferenças sobre habilitações académicas	253
Tabela 53: Diferenças sobre o consumo de antiretrovirais	254
Tabela 54: Diferenças sobre o tempo de adicção	255
Tabela 55: Diferenças sobre a via de infecção	255

Introdução

O estudo em causa surge no seguimento da investigação realizada no contexto do curso de mestrado em Psicossomática, na qual se estudou comparativamente a imagem corporal num grupo de indivíduos toxicodependentes e outro não toxicodependentes. Tendo-se concluído que os indivíduos toxicodependentes revelam distorção da imagem corporal, comparativamente com os indivíduos não toxicodependentes. Ao longo do desenvolvimento do mesmo colocou-se uma questão à autora: como é que a variável VIH positivo poderia interferir na representação do corpo, ou melhor na representação da imagem corporal?. Assim chegamos à ideia central do actual trabalho, este pretende investigar a relação do indivíduo toxicodependente VIH positivo com o seu corpo, particularmente a representação que cada um constrói desse mesmo corpo, corpo invadido ou não invadido por um agente terrivelmente destrutivo.

No seguimento desta ideia pretendemos comparar três grupos de indivíduos toxicodependentes. Um deles é constituído por indivíduos (homens e mulheres) toxicodependentes VIH positivos em fase assintomática da infecção, outro na fase sintomática com história de infecções oportunistas e por fim um terceiro grupo de toxicodependentes VIH negativos. Assim vamos comparar estes três grupos e investigar se os sujeitos VIH positivos apresentam distorção da imagem corporal, uma vez que o corpo destes encerra em si um agente que vai levar ao adoecer do mesmo.

Utilizamos a escala de Levanthal, (1983) a qual recolhe e confronta medidas reais e medidas imaginárias de 22 partes do corpo humano. Esta escala foi originalmente utilizada numa investigação sobre a imagem corporal em indivíduos toxicodependentes, realizada na Universidade de William Paterson em New Jersey. A qual concluiu que realmente existem diferenças ao nível da imagem corporal entre sujeitos adictos e não adictos. A metodologia por nós utilizada é a mesma, contudo a leitura dos resultados será realizada com o suporte de alguns autores como Schilder (1981) e Sami-Ali (1987), entre outros. A partir destes, tentamos pensar a realidade da toxicodependência, do corpo que lhe está associado e da representação mental do mesmo (imagem corporal) de uma forma original. Correlacionando o psíquico e o somático, em que o corpo não é unicamente físico, mas é constituído por algo, que se

passa entre o dentro e o fora, pelas representações e os sentidos e entre a percepção e a projecção.

Joga-se numa dupla dimensão, entre o corpo real (orgânico) e o corpo imaginário (fantasmático) estes não são indissociáveis. Como tal, o corpo “abandonado” do toxicodependente, que é real apresentará uma dinâmica específica com o corpo imaginário. É esta relação entre ambos que vamos tentar compreender com a realização desta investigação.

De acordo com os resultados referentes ao estudo anterior, concluiu-se que os toxicodependentes apresentam distorção da imagem corporal, comparativamente com indivíduos não toxicodependentes. A variável VIH positivo em indivíduos toxicodependentes permite-nos pensar o corpo destes indivíduos de uma forma ainda mais particular. Sabemos que a transmissão do VIH acontece maioritariamente por partilha de material para consumo de substâncias ou práticas sexuais desprotegidas. Porém nem todos os toxicodependentes o fazem, talvez este comportamento de expor o corpo ao eventual contágio pelo VIH seja um preditor de desinvestimento afectivo do mesmo e logo de uma possível distorção da imagem corporal do corpo.

O corpo é o protagonista da infecção, é aí que se joga o jogo da vida ou da morte, é este que revela, que sente, sofre e se altera. O corpo assume-se como uma variante determinante da identidade do indivíduo, na saúde ou na doença. O indivíduo VIH positivo tem de se adaptar a um corpo que o limita ou limitará na sua existência, que potenciará dor, desconforto que mudará na sua forma e estética. O corpo infectado e doente pressupõe que o sujeito se adapte a ele, adaptação que coloca o indivíduo num confronto directo com o seu corpo, numa auscultação constante do mesmo, numa luta entre a dimensão física e psíquica, entre uma realidade interna e outra externa em alteração, a qual limita, encarcera, corrompe a harmonia interior.

É de acordo com este mapa territorial, que o sujeito HIV positivo tem que se movimentar, num processo de adaptação contínuo. O corpo doente passa a ser um ponto central na vida do indivíduo obrigando-o a uma análise constante, assim como cuidados específicos que asseguram a sua sobrevivência. Logo interessa-nos pensar como se processa este movimento ao nível da imagem corporal, imagem essa que eventualmente terá de se ajustar à doença. A qual potencia alterações ao nível do aspecto exterior do corpo.

Os resultados revelam que as diferenças entre os grupos ocorrem particularmente entre o grupo de sujeitos toxicodependentes seronegativos para o VIH

e o grupo de seropositivos para o VIH, independentemente do estado evolutivo da infecção. Assim confirma-se a maior distorção da imagem corporal no grupo de sujeitos VIH positivos, sendo a positividade para o VIH o factor exclusivo para esta tendência.

PARTE I: REVISÃO DE LITERATURA

1. As Drogas

1.1 Definição

Segundo a definição científica ou farmacológica de base, uma droga é uma substância que, por sua natureza química, afecta a estrutura ou o funcionamento do organismo vivo. Denota-se que esta definição inclui praticamente tudo o que as pessoas ingerem, inalam, injectam ou absorvem. Aplica-se aos medicamentos, às drogas de venda autorizada e não autorizada. (G.P.C.C.D., 1990)

Do ponto de vista farmacológico, uma droga é qualquer substância, excepto a comida, que tem determinados efeitos sobre qualquer sistema ou órgão do corpo, efeitos esses que podem ser benéficos ou maléficos. Todas as drogas interagem com o organismo vivo segundo princípios bem conhecidos, estes princípios envolvem efeitos que são prováveis e variáveis. (G.P.C.C.D., 1990)

Todas as drogas têm múltiplos efeitos, que variam segundo a dose, os indivíduos, o momento e o quadro em que os sujeitos se situam. Os efeitos da droga são uma função de interacção entre a substância e o indivíduo, definido fisiologicamente, psicológica e socialmente. Os indivíduos são complexos e variáveis, logo, os efeitos da droga devem ser necessariamente complexos e variáveis. (Fonseca, 1985)

Para cada indivíduo existe uma dose eficaz, uma dose tóxica ou uma dose mortal. Cada uma dessas doses é uma abstracção estatística, uma média. É importante lembrar que as drogas mudam a química do organismo e que os indivíduos reagem de formas diferentes à mesma droga. Uma medicação que é saudável para alguém pode ser prejudicial ou até fatal para outros. (Milby, 1988)

Distúrbio no uso de drogas: refere-se a tomar uma substância adequada para o propósito mas não na dose e frequência apropriada. Abuso de drogas: é o uso deliberado de uma substância não para seu propósito original, mas de forma a resultar em dano para a saúde ou habilidade funcional. Falamos em abuso quando os efeitos colaterais de uma droga passam a ser mais importantes que a própria medicação, trazendo consequências na habilidade funcional. (G.P.C.C.D., 1990)

Por outro lado, o abuso de drogas leva a um compromisso da saúde devido aos efeitos directos e indirectos da droga, tal como o facto do uso continuado de algumas drogas levar à tolerância, o que consiste no organismo criar resistências aos efeitos da substância, sendo necessárias doses cada vez maiores para a obtenção do mesmo resultado. (G.P.C.C.D., 1990)

Masur e Carlini (1998) definem dependência, quando a droga interfere na vida das pessoas, passando a ser o maior valor, e reservando o termo “síndrome de abstinência” como característica da dependência física. Dependência psicológica: é definida como um estado caracterizado pela preocupação emocional e mental com efeitos da droga e por uma busca persistente da mesma. A dependência psicológica não deve ser subestimada, pode ser tão ou mais destrutiva que a dependência física.

Na realidade, dependência física e psicológica em geral funcionam concomitantemente, e não sabemos ainda qual das duas se instala antes, não sendo fácil separar os efeitos psicológicos dos físicos. (Masur & Carlini 1998, cit. por Ribeiro, 1998),

1.2 O Fenómeno da Droga em Portugal

A utilização de drogas, nomeadamente para fins terapêuticos e rituais iniciáticos, foi prática corrente desde as épocas mais recuadas em numerosas culturas. Mas o consumo abusivo e continuado de drogas, fora de qualquer tipo de enquadramento normativo, irrompeu na Europa com dimensões preocupantes na década de 60. No nosso país, reporta-se a esta década a consciência nacional e política de que haveria um problema relacionado com o consumo de drogas, designadamente com derivados da “cannabis sativa”, isto é a marijuana e o haxixe. Em Portugal a toxicomania fez-se realmente sentir no início dos anos 70 e, se bem que a dimensão do fenómeno nunca tenha atingido a dimensão que atingiu, na generalidade dos países europeus, os indicadores disponíveis permitem afirmar que a situação não tem cessado de se agravar, não obstante a acção, válida mas reduzida, desenvolvida pelos serviços criados em 1976, para sustentar o flagelo. (Poiars, 1999)

Em 1973, o regime marcelista, desencadeou uma campanha nacional cuja ideia de base era “Droga, Loucura, Morte”. Esta campanha promovida em tempos de guerra colonial constituiu um exemplo de como atacar um problema de saúde e social (como é o consumo de drogas), que teria de ser feito com armamento e palavras pesadas. Contudo, esqueciam-se da etiologia, ignoravam-se os factores preventivos e

acentuavam-se, apenas, as dramatizações e consequências. E pouco se falava do tráfico. (Poiares, 1999) Com o 25 de Abril, e os Governos democráticos que lhe seguiram, a consciência do problema ganhou contornos mais científicos e de maior preocupação com o evoluir do fenómeno.

Portugal, em 1976-1977, sobretudo com o I Governo Constitucional, Presidido por Mário Soares, entendeu assumir a questão da droga em termos institucionais e preparar-se para um futuro que se previa difícil e muito problemático. Sob a responsabilidade directa do então Ministro Almeida Santos, foram criadas estruturas governamentais de “combate à droga”, nas suas duas estruturas principais: o C.E.P.D. (Centro de Estudos e Profilaxia da Droga), que visava objectivos de prevenção do consumo de drogas e tratamento dos toxicodependentes, e o C.I.C.D. (Centro de Investigação e Controlo da Droga), na vertente da oferta, que visava a repressão da tráfico de drogas. Tudo isto era gerido pelo Gabinete de Coordenação do Combate à Droga, o qual, com o C.E.P.D. e com o C.I.C.D., assegurava a comunicação e colaboração entre as áreas da procura e da oferta de drogas. Este sistema pioneiro no sul da Europa, e implementado em Portugal antes de outros países, como, por exemplo, a Espanha e a França, não foi, institucionalmente, uma invenção interna e nacional, até porque a nossa experiência na matéria era insuficiente. (Poiares, 1999)

Almeida Santos, então Ministro da Tutela, recorreu ao conselho e conhecimento dos órgãos especializados das nações unidas, obtendo o parecer de técnicos internacionais credenciados, o que permitiu a criação, do nosso sistema de “combate à droga”. Porém, por paralisação das decisões políticas, as estruturas instaladas foram rapidamente ultrapassadas pela dramática realidade do acréscimo e generalização dos consumos, e pela progressão exponencial do tráfico. (Poiares, 1999)

Em 1983, as estruturas estatais de prevenção primária e tratamento de toxicodependentes, que antes tinham sido tuteladas a partir do Primeiro Ministro, ou do Ministro dos Assuntos Sociais (Governo de Maria de Lurdes Pintassilgo), passaram a ser tuteladas pelo Ministério da Justiça, isto é, ficaram subordinadas a uma lógica de funcionamento que excluía na prática, dois Ministérios fundamentais: o da Saúde e o da Educação. Tudo isto significou uma estagnação de soluções que a realidade já impunha e a perda de alguns anos preciosos para que Portugal, no mínimo, assegurasse as estruturas e a estratégia necessária para combater o evoluir do fenómeno. (Miguel, 1998)

Só em 1987, com a criação do Projecto Vida, mesmo assim desencadeado a partir do Ministério da Justiça, se separaram as águas: ao Ministério da Saúde caberia, como seria óbvio, as atribuições e competências de tratar os toxicodependentes, ao Ministério da Educação, as de promover a prevenção primária nas escolas portuguesas, e ao Ministério da Justiça, as de garantir a repressão do tráfico de drogas, conjuntamente com o Ministério da Administração Interna. Não obstante, esta alteração positiva criou também uma contradição negativa e paradoxal: enquanto que o discurso e a legislação oficial sempre enfatizaram a prioridade absoluta para os aspectos da prevenção primária dos consumos, a realidade é que o Ministério da Saúde nunca os assumiu com esse grau de importância. (Miguel, 1998)

Por outro lado, assistiu-se à instalação no terreno de inúmeras e diversificadas iniciativas de natureza privada, quer elas fossem do âmbito das Organizações Não Governamentais, quer das Instituições Privadas de Solidariedade Social. Deste modo, durante alguns anos, e de forma muito rápida surgiram em Portugal inúmeras organizações privadas que se propunham a tratar toxicodependentes, algumas delas com meros objectivos de exploração da desgraça dos jovens e suas famílias.

Entretanto a rede nacional de tratamento de toxicodependentes, da responsabilidade do Ministério da Saúde alargou a sua cobertura a todos os distritos do país, através da abertura de novos C.A.T.'s . Nas zonas onde essa cobertura já existia, mas se revelava insuficiente, foram reforçadas as estruturas anteriormente existentes, designadamente em Lisboa e Porto. Entretanto, foi aprovada uma Lei que fixa as condições gerais do alargamento da rede nacional de tratamento de toxicodependentes, fixando “ratos” mínimos: uma cama para o tratamento por cada 10.000 habitantes e uma cama para desintoxicação/desabituação por cada 100.000 habitantes. (Miguel, 1998)

O consumo de drogas e a forma de as produzir e consumir, já não são o que eram, quando em Portugal se criaram as primeiras estruturas para enfrentar o fenómeno. Embora a heroína continue estatisticamente a ser a substância que mais toxicodependentes leva à procura de tratamento, há que reconhecer que a cocaína, e as drogas de síntese, constituem hoje uma componente importante do universo dos consumos. Em relação à cocaína e embora os seus consumidores só residualmente constem das estatísticas, bastará analisar a escalada das quantidades apanhadas para se admitir que o seu consumo tem disparado nos últimos anos em Portugal e Europa. No que diz respeito às “design drugs”, a mais mediática é o “ecstasy”, o seu consumo tem

vindo a alastrar por toda a Europa e só recentemente, em Portugal, se começou a detectar em termos de apreensão a sua procura, muito tempo depois do seu consumo ter sido anunciado e conhecido. Importa pois conhecer, acompanhar e enfrentar, da forma mais informada, o evoluir da realidade: “mudam-se os tempos, mudam-se as vontades”...de consumir.

Se tomarmos como base, para percebermos a dimensão do problema da toxicodependência em Portugal, os dados publicados sobre as quantidades de droga apreendida, podemos ficar surpreendidos, pois, estas quantidades têm diminuído sempre nos últimos anos. Então desde 1993, a quantidade total de heroína apreendida diminui todos os anos, os valores de cocaína apreendidos são sempre maiores do que os da heroína, apesar desta última ser considerada mais consumida que a cocaína. O haxixe apreendido tem tendencialmente diminuído desde 1993. Porém, o número de consumidores detidos, que desceu de 1991 a 1994, aumentou após 1994. Por outro lado, também aumentou o número de primeiras consultas, facto que se prende com a procura de tratamento. (G.P.C.C.D. 2004)

Nos primeiros anos do Séc. XXI, os toxicodependentes que procuram o S.P.T.T. são maioritariamente do sexo masculino (78,6%) e a sua idade média é de 27 anos. Na distribuição por grupos etários nota-se que 5,3% tem 19 anos ou menos e que 70,7% têm 25 anos ou mais. Facto que pode confirmar a hipótese de procura tardia de tratamento, quer por ausência de motivação, ou dificuldade em encontrar consulta. Denota-se também que a grande maioria dos sujeitos apresenta uma escolaridade baixa, não ultrapassando os 6 anos de escolaridade em 56,8% da amostra, 10,2% para os que atingiram o 12º e apenas 1,9% para os que atingiram o ensino superior. A grande maioria (71% e 85%) residem com os pais, e apenas 32,5% não trabalha nem estuda. Os dados apontam ainda que a droga mais consumida é a heroína em 93,8% dos casos, embora só 44,7% destes injectem, não havendo um número substancial de partilha de seringas. O que pressupõe um certo cuidado em relação aos comportamentos de risco relacionados com doenças infecciosas. (Relatório Anual I.P.D.T, 2001)

O consumo de drogas nas escolas do nosso país é um tema importante, neste sentido os dados desde 1995, dizem respeito à população de alunos do 10º, 11º e 12º do ensino oficial. Os quais já tinham consumido substâncias, tais como: Tranquilizantes-8,09%, Haxixe-6,52%; Anfetaminas-1,97%; Inalantes-2,77%; Álcool-4,75%; Ecstasy-0,54%; Heroína-0,49%; LSD-0,40%. (Campos, 2000)

Entre 1998 e 2001 verificou-se um aumento substancial do número de estruturas disponíveis a nível do sistema de tratamento da toxicodependência. Na rede pública surgiram novas estruturas de ambulatório, como Centros de Atendimento a Toxicodependentes (C.A.T.), extensões e locais de consulta descentralizada. A oferta de estruturas licenciadas também aumentou, seja a nível de unidades de desabilitação (U.D.), de Comunidades Terapêuticas (C.T.) ou de Centros de Dia. (O.E.D.T., 2003)

Relativamente às primeiras consultas na rede pública do S.P.T.T., o ano de 2001 apresentou um decréscimo (-9%) em relação aos anos anteriores. Os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal, foram os que apresentaram um maior número de utentes em primeiras consultas. No ano de 2000, e de 2001, as maiores taxas destes utentes por habitantes inseriam-se na faixa etária 15-39 anos. (Relatório Anual I.P.D.T., 2001).

Verificou-se também um alargamento dos programas de substituição opiácea, na rede S.P.T.T. ao longo de 2001, representando um acréscimo de 21% comparativamente a 2000, sendo no entanto inferior ao aumento verificado entre 1999 e 2000. Em todas as Direcções Regionais o número destes utentes aumentou em relação a 2000. No fim de 2001, a rede de SPTT integrava um número de utentes em programas e substituição opiácea superior em 2000, 1999 e 1998. Contudo o aumento registado entre 2000 e 2001 no número de utentes em metadona (+27%) foi inferior ao acréscimo verificado entre 1999 e 2000. O acréscimo do número de utentes em metadona verificou-se em todas as direcções regionais , apesar de terem sido mais relevantes no norte e centro do país. Constatou-se também um significativo aumento em 2001 da administração de buprenorfina, tratamento de substituição iniciado em 2000. À semelhança dos anos anteriores em 2001 era a Direcção Regional do Norte que registava, o maior número de utentes integrados em programas de substituição opiácea. (Relatório Anual I.P.D.T., 2001.)

Em 2001 o consumo de heroína continuou a ser o mais referido nos indivíduos que procuram os serviços de S.P.T.T., destes fazem parte 78%, seguidos pelo consumo de cannabis 27% e de cocaína 27%. Cerca de 11% e 10% referem consumos de álcool e de benzodiazepinas nos últimos 30 dias anteriores à consulta. O consumo de ecstasy foi referido por 2% dos indivíduos e o de anfetaminas por 1%. (Relatório Anual I.P.D.T., 2001)

O ano de 2001 é marcado por um real aumento do número de estruturas disponíveis para tratamento, com crescente articulação aos S.P.T.T. e outras estruturas. Tal reflectiu-se num maior número de toxicodependentes em tratamento e

um menor número de utentes em lista de espera na rede S.P.T.T., comparativamente com os anos anteriores. (Relatório Anual I.P.D.T., 2001)

De acordo com os dados, apresentados pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência e explicitados no Relatório Anual de 2003, a Cannabis continua a ser a substância ilícita de maior consumo em todos os países da União Europeia, sendo que este consumo tende a ser esporádico ou interrompido ao fim de algum tempo. Portugal é contudo um país em que o consumo desta substância não tem tanta expressão como nos outros. Variando entre 7% a 10% na população adulta, enquanto que nos outros países os valores rondam os 20% e 25%. A heroína e as drogas de síntese manifestam algum peso nos consumos. As anfetaminas e o ecstasy apresentam valores tendencialmente crescentes e como tal preocupantes. No geral o consumo de substâncias ilícitas atinge os valores mais elevados entre os jovens adultos (15-34 anos), sendo o número de indivíduos do sexo masculino a consumirem drogas muito superior ao do sexo feminino. Por outro lado, o consumo de droga é mais usual nas áreas urbanas, embora se esteja, a verificar um certo alastramento para as zonas rurais. (Relatório Anual I.P.D.T., 2003)

Os opiáceos (heroína) foram ainda entre 2002-2003 as principais drogas ilícitas consumidas, pelos pacientes que procuraram tratamento, situando-se o consumo desta acima de 80%. Os óbitos relacionados com o consumo de droga entre consumidores de droga injectada e consumidores de opiáceos apresenta alguma expressão. (Observatório Europeu de Droga e Toxicodependência, 2003)

Em 2003 o haxixe foi a substância com maior número de apreensões feitas em Portugal, contrariando a tendência desde 1990, para a heroína. Seguiu-se a heroína e a cocaína. A quantidade de droga apreendida revela esta tendência, os valores mais elevados foram de haxixe, seguindo-se a liamba e o ecstasy. As quantidades de heroína e cocaína foram mais baixas desde 2000 e 1998. Os preços das várias drogas também aumentaram no ano de 2003 à excepção do ecstasy. (I.D.T.–O.D.T. 2004)

Entre o ano de 2003 e 2004 parece que a cannabis assume o papel da principal droga consumida, quer isoladamente, ou associada a outras drogas. Sendo a sua circulação no mercado nacional bastante visível. Denota-se uma subida do seu consumo entre os alunos de 16 anos, sendo também a substância com maior prevalência de consumo ao longo da vida. Contudo a heroína continua a ser a substância de consumo principal para quem procura tratamento, tal como a principal causa de morte relacionada com drogas. Denota-se contudo uma tendência de

diminuição do seu consumo. A cocaína entre 2003 e 2004 revela prevalências de consumo superiores às da heroína, particularmente ao nível das populações escolares, e surge como a segunda droga mais problemática para a saúde. O ecstasy assume uma importante circulação no mercado nacional entre 2003 e 2004, surgindo novas formas de apresentação da substância. (I.D.T. – O.D.T. 2004)

No que diz respeito à procura de tratamentos em 2003 e 2004 verificou-se uma ligeira diminuição de estruturas especializadas no tratamento de toxicodependentes, seja na rede pública ou privada. Em 2003 registaram-se 152 mortes relacionadas com o consumo de drogas, denotando-se uma tendência decrescente desde 2000. (I.D.T.– O.D.T. 2004)

A avaliação do plano estratégico 1999-2004, revela a existência de um maior consumo de drogas no meio mais jovem, menor captura de traficantes, menos indivíduos em primeiras consultas, maior número de mortes associadas a drogas não opiáceas e a insuficiência do sistema de informação. Por outro lado também é de denotar o desenvolvimento de equipas de proximidade, e menos casos de infecção de VIH associados a consumo de drogas. (Notícias I.D.T., 2005)

De acordo com o relatório anual efectuado pelo Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência a tendência em 2005 nos diferentes países da Europa é para um aumento do tráfico e consumo da cocaína. Apesar da cannabis ser a droga mais consumida na Europa, a cocaína segue-a imediatamente. Os mesmos dados revelam ainda um crescimento no consumo de ecstasy e anfetaminas entre os jovens e adultos.

O mesmo relatório mostra-nos que a prevalência da infecção VIH mantém-se elevada entre os seguintes países: Portugal, Estónia; Espanha, Itália, Letónia, Países Baixos e Polónia. (O.E.D.T., 2005) Portugal também integra a lista dos países dos Estados membros com valores mais baixos entre os toxicodependentes de heroína que procuram tratamento. (O.E.D.T., 2005)

A estratégia nacional de luta contra as drogas de 1999-2004 foi concluída e surge uma nova estratégia europeia sobre drogas a de 2005-2012, entretanto aprovada. Esta última foi adoptada pelo Conselho Europeu, em Dezembro de 2004, a qual fixa objectivos e prioridades de dois planos de acção consecutivos, de quatro anos cada (2005-2008 e 2009 e 2012). (Notícias I.D.T., 2005)

O Plano de Acção da União Europeia de Luta contra a Droga 2005-2008 (P.A.U.E.) abrange quatro domínios prioritários da estratégia de acção: redução da

procura, redução da oferta, cooperação internacional, investigação, informação e avaliação. A Comissão em 2008 realizará uma avaliação detalhada do impacto do primeiro plano, tendo como objectivo propor um novo plano de acção para 2009-2012. Em 2012 a comissão efectuará uma avaliação final da estratégia e dos planos de acção. (NotíciasI.D.T., 2005)

Portugal, em 2006, é um país diferente de há 30 anos atrás, com o que de positivo, mas também de negativo, acarretou essa evolução. O consumo e o tráfico de drogas generalizou-se, deixou de ser urbano, suburbano, para alastrar a todo o país. A organização da sociedade também se alterou, bem como a estrutura das famílias, invadidas e condicionadas por novos factores extrínsecos.

1.3. Diferentes tipos de drogas

1.3.1. Depressores do Sistema Nervoso Central ou Psicolépticos

Quadro 1- . Depressores do Sistema Nervoso Central ou Psicolépticos

Analgésicos opiáceos	Dextropropoxyfeno Ópio, Morfina Heroína, Metadona Petidina, Tilidina Codeína
Ansiolíticos	Benzodiazepinas Carbamatos
Hipnóticos não-barbitúricos	Benzodiazepinas Metaqualona
Hipnóticos barbitúricos	Secobarbital
Neurolépticos	
Anti-histamínicos	

(G.P.C.C.D., 1990)

Analgésicos Opiáceos

Derivam da papoila “ Papaver Somniferum” que é a principal fonte dos narcóticos naturais. Tradicionalmente o ópio é produzido a partir de uma pasta leitosa que goteja de incisões feitas no bolbo da papoila e que seca em contacto com o ar.

Mais recentemente utiliza-se uma técnica industrial que consiste no aproveitamento da palha da papoila, extraindo-se os alcalóides da planta adulta quando esta está seca.

(G.P.C.C.D., 1990)

Para a medicina moderna os opiáceos são considerados os analgésicos mais potentes, usados terapêuticamente em doentes com limitada esperança de vida ou com dores crónicas. Neste domínio são administradas por via intra-muscular ou oral. (Schukit, 1998)

Morfina

Constitui, em média, cerca de 10% do ópio. É usada principalmente no alívio das dores agudas, resultantes por exemplo de intervenções cirúrgicas, fracturas, etc. Com a introdução dos narcóticos sintéticos esta substância tem vindo a ser menos usada do ponto de vista clínico. A tolerância e a dependência instalam-se rapidamente. (G.P.C.C.D., 1990)

Heroína

É sintetizada a partir da morfina, tendo sido inicialmente considerada uma terapêutica para o tratamento da morfínomania. (G.P.C.C.D., 1990) A heroína pura apresenta-se sob a forma de um pó branco muito fino. Por vezes, a que é utilizada pelos toxicodependentes apresenta um aspecto granulado acastanhado, este facto deve-se a impurezas resultantes do processo de fabricação ou aditivos tais como açúcar, amido, leite em pó, quinino, etc. O grau de pureza varia, e a adulteração prende-se com factores de potencialização dos lucros dos traficantes. (Fonseca, 1998)

É de referir que a adulteração da heroína pode provocar situações de grande risco para o consumidor, nomeadamente em casos extremos, uma intoxicação aguda, coma ou morte. A heroína pode ser fumada, injectada, ou menos frequentemente “snifada” e até ingerida por via oral. Esta droga é antidepressiva e analgésica diminuindo assim tanto dores físicas como psíquicas. Diminui a sensação de sofrimento e a própria sensação de passagem do tempo e provoca uma sensação próxima da sonolência. (Schukit, 1998)

Metadona

É um opiáceo de síntese, que se administra por via oral em centros especializados, como alternativa ao uso de heroína. Desenvolve tolerância cruzada

com esta última e, quando presente no organismo, impede os habituais efeitos agradáveis que o toxicómano procura quando se injecta com heroína. (Morel, 1998)

O tratamento com metadona foi introduzido por Dole e Nyswander em 1965, tentando diminuir a criminalidade. No entanto o seu uso só é admissível em casos controlados e em instituições especializadas. O recurso a esta substância deve-se ao facto de os efeitos se prolongarem até 24 horas, permitindo apenas uma dosagem por dia, nos Centros de Desintoxicação. (G.P.C.C.D., 1990)

Codeína

Os seus efeitos analgésicos são inferiores aos da morfina. É o narcótico de origem natural mais empregue na medicina moderna. Os casos de dependência são raros e só ocorrem se forem consumidas grandes quantidades durante um longo período de tempo. (G.P.C.C.D., 1990)

Ansiolíticos

Os tranquilizantes menores são utilizados para controlar a ansiedade e a tensão e ajudar a dormir. As benzodiazepinas são as mais usadas, estas vieram substituir os barbitúricos, sendo utilizadas para os mesmos fins médicos. São tomados oralmente e normalmente não são injectados. Os adictos servem-se por vezes destes medicamentos como alternativa à heroína, em tentativas espontâneas de desinibição desta última, e quando falta no mercado ou não há dinheiro para comprar. (G.P.C.C.D., 1990)

Hipnóticos não-barbituricos

Têm propriedades ansiolíticas, anti-convulsivas, anestésicas locais e anti-histamínicas. Os seus efeitos são potenciados pelo álcool. Provocam o sono, desinibição afectiva, relaxação muscular, descoordenação motora e têm efeitos afrodisíacos. A dependência tem uma base física muito forte, assim como psicológica. Depois de doses altas o síndrome de abstinência inclui irritabilidade, cefaleias, náuseas, anorexia, insónia e mais raramente convulsões. Doses elevadas podem causar o coma ou problemas respiratórios graves. (G.P.C.C.D., 1990)

Hipnóticos e barbitúricos

Têm uma acção anti-epiléptica, alteram os estádios do sono quando as doses são suficientemente altas. Provocam a depressão dos centros respiratórios. Em doses baixas observa-se perda da inibição, euforia, agressividade, por vezes depressividade. Em doses altas podem provocar efeitos paradoxais estimulantes, funcionar como hipnóticos, produzir desinibição psico-motora e diminuir o controle emocional. A tolerância estabelece-se rapidamente, originando uma grande dependência física e psíquica. Observa-se um estado geral de emagrecimento, alterações neurológicas, vertigens, tremores, paralisias oculares e polinevrite. (G.P.C.C.D., 1990)

GHB (gammahydroxybutyrate)

Originalmente usado como um anestésico geral. É uma substância que afecta a absorção de dopamina no cérebro, causando efeitos de relaxamento, sono em doses baixas. Em doses altas a pressão arterial altera-se e podem surgir dificuldades respiratórias. Doses excessivamente altas podem provocar perda de consciência e coma. Esta substância é maioritariamente apresentada em pequenas cápsulas. Uma cápsula provoca desinibição, relaxamento e sensação de bem-estar, que se pode prolongar pelo dia todo. É contudo difícil atribuir uma dose correcta e segura. (Fieldhouse, 2003)

Ketamina

Substância anestésica, que faz a pessoa sentir-se fora do ambiente onde está inserida. Os músculos ficam rígidos após o consumo. O seu consumo surge muitas vezes combinado com ecstasy e LSD, e é tomada em contexto de festa e rave. Surge sob a forma de líquido, o qual pode ser dissolvido ou injectado. A droga começa a fazer efeito 20 minutos depois do consumo oral e inicia-se muito gradualmente, os consumidores começam a sentir os seus efeitos à medida que se vão movimentando. Os efeitos podem ser alucinações visuais, dificuldades em movimentar-se. Comer e beber depois do seu consumo pode levar a vómitos. Indivíduos que consumam há muito tempo ketamina podem sentir perdas de memória, distúrbios mentais. (Fieldhouse, 2003)

Poppers (também conhecido por nitridos)

É usado para diminuir a dor do peito causada pela angina de peito. Quando inalada, esta droga provoca uma dilatação dos vasos sanguíneos, aumenta o nível de sangue no cérebro, e os batimentos cardíacos seguindo-se uma sensação de relaxamento. É uma droga muito usada por homossexuais, para consumo durante o sexo. Snifar poppers também provoca um relaxamento do esfíncter anal, o que facilita o sexo anal entre gays. Depois do consumo podem surgir dores de cabeça, manchas na pele, com consumos prolongados pode provocar efeitos cancerígenos. Esta substância não deve ser usada juntamente com o Viagra, podendo provocar uma diminuição da pressão sanguínea que pode ser fatal. (Fieldhouse, 2003)

1.3.2 Estimulantes do Sistema Nervoso Central (S. N. C.) ou Psicoanalépticos

Quadro 2 - Estimulantes do Sistema Nervoso Central (S. N. C.) ou Psicoanalépticos

Da vigília	Anfetaminas Anorexígenas Psicoestimulantes Cocaína Cafeína Nicotina Aminas Simpaticomiméticas
Do humor	Anti – depressivos Inibidores da Monoaminoxidase (IMAOS)

(G.P.C.C.D., 1990)

Anfetaminas

São substâncias sintéticas que se apresentam sob a forma de comprimidos, pós, cápsulas, etc., fabricados com fins medicinais e que são por vezes combinados com outras drogas. Nos anos 50 e 60 eram muito receitados para a depressão e para diminuir o apetite. São consideradas drogas estimulantes, provocando igualmente uma sensação de ausência de fadiga, aumento de força, onipotência. (Fonseca, 1998)

Hoje em dia, os estimulantes vendidos na rua, são geralmente pós de sulfato de anfetamina fabricados ilegalmente. O processo de fabrico é relativamente simples e existem grandes quantidades no mercado, sendo muitas adulteradas. As anfetaminas são conhecidas pelo nome de speeds. (Angel, et al. 2002)

Os cristais são uma metanfetamina, também conhecidos por krank, tweak, ice ou yaba. Foram originalmente desenvolvidos pelos nazis, para que as tropas aguentassem longos tempos sem dormir. Esta substância é muito popular entre os homossexuais estando num processo de disseminação crescente entre a outra população. O seu consumo ocorre na maior parte das vezes e festas privadas. É uma substância facilmente manufacturada, podendo até ser realizada em casa, pode ser fumada num cachimbo ou injectada. Os sintomas são excitação, sensação de grande poder sexual, podendo resultar em grandes maratonas sexuais. Logo o seu uso pode favorecer o aumento de riscos de carácter sexual, especialmente se for combinado com o viagra. Estudos revelam que esta substância funciona como factor potenciador para a transmissão de VIH em metade da população gay, VIH positiva. Pode provocar um aumento de temperatura corporal, com taquicardia, problemas respiratórios e aumento da pressão arterial. O uso continuado pode levar a paranóia, perda de memória e danos no sistema imunitário. (Fieldhouse, 2003)

Ecstasy ou MDMA

Considerado como um entactogéneo, pois comporta substâncias anfetamínicas e alucinógenas. É actualmente uma das drogas mais consumidas entre os jovens, particularmente no contexto de festa. Começa a surgir com maior relevo que a heroína e cocaína. Provoca euforia, grande energia e sentimentos de empatia com os outros, percepção mais sensível das cores e música. Como qualquer droga recreativa é difícil saber ao certo o que é que uma dose de ecstasy contém, sendo cortado com outras substâncias, tais como heroína ou LSD. Podem surgir reacções alérgicas, alterações da temperatura do corpo, desidratação, consumidores com longos tempos de consumo podem apresentar problemas cardíacos, episódios psicóticos e problemas de memória. (Fieldhouse, 2003)

O ecstasy está relacionado a sexo não seguro, particularmente entre os homossexuais. Esta substância provoca um relaxamento dos vasos sanguíneos, o que dificulta a manutenção das erecções, contudo muitos dos seus utilizadores consomem esta substância em conjunto com o viagra, (sildenafil citrate) o que permite a manutenção da erecção. (Fieldhouse, 2003)

O ecstasy surge muitas vezes combinado com o LSD, speed, ketamina. O que pode provocar episódios de paranóia, desorientação e stress. Estudos referem que

consumidores de muito tempo de ecstasy podem sofrer de danos cerebrais. (Fieldhouse, 2003)

Cocaína

A folha de coca tem um uso tradicional pelos índios da América do Sul. Das folhas do arbusto de Coca dos Andes é obtido um pó branco: a Cocaína com propriedades estimulantes muito fortes, semelhantes às das anfetaminas. (Milby, 1988)

A cocaína foi utilizada terapeuticamente como antídoto dos depressores do SNC (no alcoolismo e na morfinomania), bem como em cirurgia ocular, pelas suas características de anestésico local. (G.P.C.C.D., 1990)

Esta substância pode ser tomada por via oral, endovenosa ou inalada (“snifada”) através de um tubo, sendo assim absorvida na circulação sanguínea através da mucosa nasal. Ocasionalmente também se encontra quem fume base pura de cocaína (“Free-base”). Produz um efeito mais potente do que a inalação e é semelhante ao da via endovenosa. Pode ser injectada em conjunto com a heroína (“speed-ball”). Uma forma menos conhecida entre nós da cocaína é o “crack”, que resulta do aquecimento e posterior arrefecimento de uma mistura constituída por cocaína, bicarbonato de sódio ou amoníaco e água, obtendo-se cristais por filtragem. (Milby, 1988)

O Crack é uma variante da cocaína, funcionando de forma muito rápida como transmissor da cocaína ao cérebro, tendo um efeito rápido, mas muito forte. É vendida sob a forma de pequenos cristais, que podem ser fumados. A frequência de consumo aumenta rapidamente. De referir, que a violência e tendência suicidária são bastante elevadas entre os consumidores, tanto sob a influência da droga, como no período post-eufórico. Os sintomas de privação são análogos aos da cocaína. (G.P.C.C.D., 1990)

Cafeína

Embora geralmente não exista um grande abuso desta substância, deve lembrar-se que a Cafeína é também um estimulante para o qual não existem restrições de venda. A dose padrão é cerca de 200 mg. Uma chávena pequena de café contém 80 a 115 mg; de café instantâneo 65 mg. A cafeína também é um dos ingredientes de vários comprimidos analgésicos (cerca de 50 mg por comprimido) e de alguns

refrigerantes. Existe um síndrome de abstinência provocado pela cafeína (dores de cabeça, tonturas, irritabilidade) e muitas vezes há uma forte dependência psicológica. O uso excessivo pode causar irritabilidade e insónia, mas não existe provas conclusivas de lesões devidas ao seu consumo prolongado. (G.P.C.C.D., 1990)

Nicotina

O tabaco é uma planta solanácea originária da ilha do Tabaco, hoje cultivada em quase todos os países. A nicotina é um dos seus constituintes, promovendo o aroma e acção química. É um alcalóide responsável pela maioria dos efeitos que o tabaco produz no organismo e é o responsável pela dependência física. É absorvida pelas mucosas da boca, nariz e laringe, daqui passa para o sangue onde permanece por duas horas. Esta concentração vai-se progressivamente reduzindo e aparece a apetência por um novo cigarro. A supressão de nicotina no sangue produz síndrome de abstinência tabágica. (G.P.C.C.D., 1990)

1.3.3 Perturbadores do Sistema Nervoso Central (S N C) ou Psicodislépticos

Quadro 3 - Perturbadores do Sistema Nervoso Central (S N C) ou Psicodislépticos

Cannabis	Marijuana, Haxixe
Alucinogéneos	LSD, Mescalina
Ciclohexilaminas	Fenciclidina (PCP)
Solventes voláteis	Colas, Benzina, Acetona, Éter
Álcool	
Anticolinérgicos	Beladona, Trihexifenidilo

(G.P.C.C.D., 1990)

Cannabis

A cannabis é obtida a partir de um arbusto, a “cannabis sativa”, facilmente cultivável na maioria das regiões. É usada, geralmente, como relaxante e intoxicante leve. O produto mais activo, o tetrahydrocannabinol (T.H.C.), está concentrado na resina da parte superior da planta. O “haxixe” ou “haxe” é a resina extraída da planta e comprimida em blocos. A cannabis sob a forma de “erva”, conhecida também como

“marijuana”, é uma mistura leve da matéria da planta depois de seca. O derivado mais forte de todos é o óleo de haxixe, um líquido preparado a partir da resina, mas é também o menos comum. (Brands, et al., 1998)

Estes preparados têm uma potência muito variável. São geralmente enrolados num cigarro, muitas vezes misturados com tabaco, mas também podem ser fumados em cachimbo, misturados em bebidas ou adicionados à comida. O fumo causa efeito rapidamente, permitindo assim, ao consumidor regular a dose para atingir o efeito desejado. (Fonseca, 1998)

Os efeitos mais comuns, e também os mais procurados, são a conversa fácil, a hilariedade, a relaxação e a capacidade de melhor apreciar o som e a cor. Quando intoxicado, o consumidor de cannabis terá mais dificuldades em cumprir tarefas que requeiram concentração ou destreza manual e intelectual, incluindo a condução automóvel. As doses mais altas podem provocar distorções da percepção. (C.P.C.C.D., 1990)

Em caso de consumo prolongado em altas dosagens pode-se observar um síndrome amotivacional. (C.P.C.C.D., 1990). Em personalidades predisponentes pode ocorrer uma psicose cannábica. (Schukit, 1998)

Alucinogéneos

São substâncias que distorcem a percepção da realidade. Provocam uma excitação no SNC, que se vai manifestar em alterações anímicas tanto de tipo eufórico como depressivo. Os sentidos de direcção, distância e tempo são distorcidos; em doses elevadas observam-se delírios e alucinações. (C.P.C.C.D., 1990)

LSD

A dietilamida do ácido lisérgico, conhecida como “ácido” é um pó branco sintético. As quantidades mínimas para uma “trip” (“viagem”) estão geralmente misturadas com outras substâncias e aparecem sob a forma de comprimidos ou cápsulas para ingestão oral. A droga também pode ser absorvida em papel, folhas de gelatina ou cubos de açúcar. A potência destas substâncias é incerta e a maior parte das substâncias oferecidas como o L.S.D. são produtos bastante adulterados. (Fonseca, 1998)

Os efeitos dependem grandemente da disposição do consumidor, do ambiente, da companhia, etc. e também da dose. Incluem muitas vezes intensificações de cor e deturpações de imagens, sons e verdadeiras alucinações. (C.P.C.C.D., 1990)

As reacções emocionais podem incluir uma consciência de si mesmo muito aumentada e experiências místicas e de êxtase. Também é muitas vezes relatado um sentimento de estar fora do próprio corpo. Os efeitos físicos são geralmente insignificantes. As reacções desagradáveis “má viagem” incluem depressão, desorientação, tonturas e algumas vezes, o pânico. São mais prováveis se o consumidor for instável, ansioso ou deprimido, ou então, se estiver num ambiente hostil e pouco apropriado. (Milby, 1998)

Mescalina

É o principal componente activo do cacto Peyotl, tem propriedades semelhantes às da adrenalina, noradrenalina e anfetaminas. É ingerida por via oral e produz alucinações, sobretudo de tipo visual, uma dose de 350 a 500 mg actua durante 5 a 12 horas. Em Portugal o seu uso ou venda são praticamente desconhecidos. (G.P.C.C.D., 1990)

Fenciclidina (PCP - Pó de Anjo)

É uma substância com elevado consumo nos Estados Unidos da América. Entre nós não tem praticamente expressão o seu consumo. Ao nível da experimentação os seus efeitos são distorções perceptivas, apatia, náuseas, vômitos, descoordenação motora e alternância sonolência/angústia. Em doses moderadas produz sensações de afastamento, distância e alienação do ambiente. (Brands, et al., 1998)

Solventes

Algumas substâncias quando inaladas, produzem efeitos semelhantes ao do álcool ou dos anestésicos. Colas, dissolventes, decapantes, diluentes (todos eles contendo acetona na composição), combustíveis (gasolina, gás e aerossóis) e anestésicos voláteis (éter), são os produtos procurados pelos consumidores. Normalmente são substâncias inaladas. A inalação destes produtos provoca estimulação psicológica, euforia e pode ocorrer um síndrome confuso-onírico (durante

cerca de 2 horas) que consiste em alucinações auditivas, visuais e marcada desorientação de espaço e tempo. (G.P.C.C.D., 1990)

Álcool

As bebidas alcoólicas consistem normalmente numa mistura de água e álcool etílico (ou etanol) produzido por fermentação de frutos, vegetais ou cereais. A cerveja tem uma parte de álcool para 20 de água; o vinho é de duas a quatro vezes mais forte e as aguardentes são quase metade álcool e o resto água. (G.P.C.C.D., 1990)

O álcool é absorvido na circulação sanguínea e produz efeitos em cinco ou dez minutos que duram várias horas, conforme as doses. O efeito da bebida depende do grau de álcool da velocidade com que se bebe, da existência prévia da comida no estômago, do peso, da personalidade e do ambiente que envolve o consumidor. Como se cria tolerância, os efeitos também dependem da quantidade que se está habituado a ingerir. (Angel, et al., 2002)

1.4. A Personalidade na Toxicodependência

Muitos são os modelos teóricos que procuram encontrar pontos comuns entre toxicodependência e características da personalidade. No contexto da psicanálise destacam-se alguns trabalhos clássicos, como os de Rado, (1933), que critica a abordagem da psiquiatria que até aí associava a toxicodependência a perturbações mentais de origem exógena. Este autor salientou que seria o impulso perante o tóxico que estaria na base do fenómeno da toxicodependência. Ao estudar os meandros da dependência definiu a existência de uma “tense depression” caracterizada por uma extrema ansiedade e intolerância à dor.

Dando continuidade aos trabalhos de Rado, Fenichel (1945) assume que na relação droga–sujeito, o consumo desta, possibilita a realização do desejo primitivo que quebra a organização genital e promove uma regressão à sexualidade infantil. Podendo-se denotar uma predominância erógena da zona oral. Concomitantemente, isto implica uma fixação narcísica e a inexistência passada de relações objectais gratificantes e estáveis. O autor chegará mesmo a definir o sujeito toxicodependente como um “oral narcísico”, dominado por impulsos que privilegiam a região oral e a pele como zona erógena, e narcisicamente fixado num tipo de funcionamento em que os objectos servem apenas como dispensadores de atenção.

Em 1970 Hartmann, tendo como ponto de partida os trabalhos de Rado, define alguns pontos existentes nas personalidades dos toxicómanos, tais como: carácter depressivo, com defeitos no desenvolvimento do Eu, assim como feridas narcísicas; tentativa de manter a auto–estima e amor–próprio através do uso de drogas promovendo assim uma falsa identidade e estilo de vida; tentativa de ultrapassar a ausência de afecto perante relações significativas, através de uma relação fusional com outros toxicómanos; incapacidade de tolerar a dor e frustração.

É de salientar os trabalhos de Lindesmith (1947), este autor rejeita a ideia do papel da personalidade específica, associada às teorias do prazer e hereditariedade, defendendo por sua vez, que o processo de aprendizagem é o mais determinante. Logo só se considera a existência de toxicodependência quando o tóxico é usado para agir sobre o sintoma de abstinência. Então os efeitos positivos da substância são substituídos pelos negativos (a abstinência), também salienta que a procura de prazer não é um motivo universal na toxicodependência.

Crowley, (1972) sustenta que o comportamento toxicómano organiza-se de acordo com quatro tipos de reforço, estes são: reforço positivo primário, o prazer é sentido após uma injeção de metilamfetamina; reforço negativo primário, é o síndrome de abstinência; reforço positivo secundário, refere-se ao reforço social que advém da subcultura toxicómana; reforço negativo secundário, que considera a consciência de um eventual síndrome de abstinência.

Pittel (1973) salienta que a droga pode surgir como um meio de compensar deficits de infância. Encontrou algumas características associadas a sentimentos de isolamento, confusão e desorganização, as quais se organizam em função de uma deficiência no funcionamento de Eu, promovendo uma clara dificuldade em estabelecer relações objectais, assim como em controlar impulsos e afectos. Também denotou uma incapacidade destes jovens em integrar e sintetizar a experiência. O autor demonstrou que jovens consumidores tinham sido expostos, em maior ou menor grau, a experiências disruptivas e de stress durante a infância e adolescência. O consumo de substâncias surgiria como um sistema compensatório perante mecanismos de defesa pouco desenvolvidos.

Outros autores chamam a atenção para o facto de a maioria dos toxicómanos ser incapaz de manter relações estáveis de amizade, assim como dificuldades em assumir o papel masculino, Chein, (1969) reforça ainda que os adictos têm sentimentos de futilidade e fracasso, associados a uma depressão mais profunda que determina por sua vez uma enorme intolerância à frustração. A droga surge então, não como uma busca só por si de prazer, mas de satisfação perante a pobreza afectiva relacional do toxicómano.

Aron et al., (1974), põem a tónica nos sentimentos de dependência do adicto, sendo estes uma forma de sujeição ao meio ambiente, logo assumem uma forma passiva de relação objectal. Estes sentimentos de dependência perante o meio definem só por si uma baixa auto-estima, incapacidade crítica e auto-imagem pouco amadurecida.

São então inúmeros os autores que debruçam a sua área de estudo sobre as características de personalidade dos toxicodependentes e que assumem nestes a existência concreta de determinadas predisposições de carácter psicopatológico. Alguns sublinham a vulnerabilidade emocional existente na toxicodependência, outros a possibilidade dada ao consumo de substâncias como uma forma de ultrapassar situações de stress, a ausência de responsabilidade e a perda objectal assumem-se

também como padrões da toxicomania. Por outro lado, a vulnerabilidade prévia é definida como estando relacionada com perturbações psicopatológicas anteriores. Outros trabalhos apontam para a existência de distúrbios de personalidade, em particular nos politoxicodependentes, sendo esta uma estrutura com traços sensitivos de impulsividade, tendências suicidas e depressivas. Também se defende a existência inicial de uma personalidade rígida e regressiva. Outras investigações apontam para a existência da necessidade de experiências que exaltem a pesquisa de sensações, e a baixa auto – estima.

Bergeret, (1984) aponta que todas as formas de personalidade, enquanto funcionamento de estrutura, podem ser propícias à instalação da toxicodependência, desde a estrutura neurótica, à psicótica passando pelos sujeitos que têm dificuldades em afirmar a sua identificação no decurso da crise da adolescência. Não conseguindo estruturar-se devidamente, permanecendo imaturos com fundo depressivo. A toxicomania pretende mascarar a verdadeira estrutura do indivíduo, pelo que quando o comportamento toxicómano desaparece, a estrutura persiste. Contudo acentua que estas formas de personalidade também se podem encontrar em outros contextos e pessoas.

O mesmo autor refere que existem sujeitos que procuram evitar surtos delirantes, através de comportamentos toxicómanos. O surto psicótico pode ser justificado pelo uso de substâncias. Neste sentido o consumo de substâncias surge como uma função defensiva para justificar o delírio. Logo aponta que um número relativamente elevado de toxicodependentes apresenta uma organização de personalidade do tipo psicótico. (Bergeret, 1984) Em consumidores com estruturas neuróticas, denota-se reais carências imaginárias, existindo uma dificuldade em funcionar sobre o registo das representações mentais e uma necessidade de passar ao acto, nas actividades comportamentais que implicam o corpo.

Contudo existem bastantes toxicodependentes, se não a maioria, que não se situam nem numa estrutura do tipo psicótico, nem numa do tipo neurótico. Esses apresentam uma personalidade depressiva, por serem indivíduos muito imaturos, pois a crise da adolescência não foi economicamente superada. Assim, permanecem muito inconstantes, influenciáveis e inseguros nos investimentos objectais, mostrando-se igualmente muito dependentes dos demais. Este tipo de organização facilita uma farmacodependência e uma psicodependência, estes indivíduos representam a mais importante categoria de todos os toxicodependentes. Parecem cristalizados num

estado prolongado de pseudo latência, da qual não conseguem sair, o seu imaginário genital apresenta-se como que bloqueado. O desejo não é de forma alguma elaborado e há necessidade de uma remissão às ilusões do processo primário que tudo reclama, sem demora. Não pode haver assim êxito relacional, permanecendo os objectos mal investidos. O risco de suicídio neste tipo de estruturas é grande. (Bergeret, et al., 1989)

Segundo Bergeret, (1989) a toxicodependência não modifica a natureza da estrutura profunda do sujeito. O produto não é procurado em função de uma necessidade específica, é antes uma tentativa de defesa em relação às falhas específicas de desenvolvimento mais profundo. No entanto parece existir características regulares, comuns às diversas formas de estrutura de personalidade toxicodependente, independentemente da estrutura de personalidade subjacente. São esses traços, as manifestações comportamentais, as carências imaginárias e as carências identificatórias.

Perante a situação de dependência é o registo comportamental que supera os investimentos realizados nos outros, tanto em quantidade como em qualidade de investimentos energéticos e relacionais. Na maioria dos casos, assiste-se a um movimento de regressão a partir do registo mental em direcção ao registo comportamental. O toxicodependente procura recorrer ao auxílio do “pensamento mágico”, o que lhe permite tentar escapar à realidade do meio circundante e o leva a utilizar objectos alvo, colocados em posição “exterior”, graças à intensidade do jogo das projecções, embora eles pertençam à realidade psíquica do sujeito. (Bergeret, et al., 1989)

A par de uma regressão formal, que conduz os investimentos voltados para o princípio da realidade na direcção do primado do princípio do prazer, o autor anterior fala-nos, relativamente aos toxicodependentes, de uma regressão pulsional, cujo grau varia de uma personalidade para outra, mas cuja existência é clinicamente observável no conjunto das situações de dependência. No entanto, trata-se mais de uma fixação, na utilização do conteúdo libidinal num certo momento da psicogénese individual, do que de um retorno a posições pulsionais que teriam sido superadas. O autor dá uma grande relevância à violência, na compreensão do funcionamento psicológico do toxicodependente. A violência nestes sujeitos parece ter as mesmas características da violência infantil, em que há ausência de sentimentos de ódio e de agressividade personificado. (Bergeret, et al., 1989)

Outro autor que se pode enquadrar no modelo psicanalítico e que desenvolve uma teoria sobre o fenómeno da toxicodependência é Olievenstein, (1989), este defende que a toxicodependência é um fenómeno psíquico activo, isto é, desejado e procurado e que só pode ser devidamente compreendido de acordo com a existência original de uma espécie de “falta”, esta refere-se a uma falta arcaica complexa e difícil de tolerar. Este encontro entre sujeito e droga, restitui ao indivíduo uma identidade, ainda que pela negativa mesmo que o preço a pagar seja demasiado alto. É como se magicamente este encontro restituísse ao sujeito, ao nível do imaginário, a compensação dessa falha original.

Contudo, esta falha é tão dolorosa que o adicto opta pela transgressão e pelo prazer. A partir daí, tudo funciona como se a falta só pudesse existir com e através do prazer. Forma-se na mente do sujeito toxicodependente uma espécie de dualidade prazer-sofrimento em que só mesmo a intensidade da dor consegue contrabalançar e justificar o prazer. Quanto maior o sofrimento, maior será o prazer da próxima dose. Ao longo do tempo o sujeito vê-se pouco a pouco sufocado pela violência e pelo imediatismo da necessidade. A necessidade e a sua satisfação dizem respeito ao produto e à compulsão de repetir incessantemente esta experiência de satisfação, como forma de negar a falta, o desejo e manter a necessidade. Momentaneamente o sujeito em lua-de-mel com o produto experimentará a sensação de volta ao paraíso perdido, onde não há lugar para medos, incompletudes, angústias de morte e solidão. É como se o sujeito encontrasse uma imagem de si, que nada tem a ver com a falta e que em tudo se aproxima do divino, do não humano. Porém, o momento de lua-de-mel é irrisório e o que fica é a necessidade de voltar a consumir, essa é a grande certeza, voltar a consumir. (Olievenstein, 1989)

A partir daqui começam as tentativas do sujeito em abandonar os consumos, mas o deixar significa abdicar da identificação totalitária, associada a uma realidade limitada e limitante, aos seus olhos. Após a desintoxicação o adicto vê-se confrontado com a baixa auto-estima, a impotência, um corpo maltratado, e o sujeito toma consciência da distância que o separa daquela imagem toda poderosa de si mesmo, nascida da parte mais onnipotente do Eu, e reforçada pelo produto. Assim surge a tentação que pode levar à recaída. Ao associar a droga a um bom objecto, o sujeito está a incorporar a própria falha, conseguindo, na sua condição, ir além de qualquer limite que reporte à condição humana. A partir daí, pode-se negar a separação, a mortalidade e a dependência necessária. (Olievenstein, 1989)

Segundo a perspectiva de Dias (1980), o problema da droga é inseparável do problema da juventude. O autor centra as suas reflexões essencialmente sobre a adolescência, no sentido de encontrar aí, razões que expliquem de alguma forma o funcionamento psicológico do toxicodependente. O autor parte da hipótese da toxicodependência se instalar sobre um vazio, sendo o encontro entre o adolescente na sua crise e a droga, que vai cobrir o vazio provocado pelo afecto depressivo, originário do luto das figuras parentais. Isto pode acontecer, independentemente do tipo de estrutura da personalidade do indivíduo. Por sua vez a adolescência é sempre uma fase de crise, é um ponto fundamental na evolução psíquica humana, e vai repor o conflito edipiano que leva o jovem a fazer o luto das imagens parentais, abrindo consequentemente o caminho para a sua emancipação. Se a droga, aparece nesse momento, não vai permitir que essa emancipação se faça, favorecendo a regressão.

O toxicodependente funciona num modo primário, a amotivação está patente e a impossibilidade perante o investimento nos outros e na cultura é uma dado assente. É como se o sujeito procurasse deliberadamente a alucinação e a clivagem psíquica, passando estas a ser um objecto de desejo. No entanto, o autor põe a hipótese de que se o adolescente tiver para além dos conflitos próprios da idade, boas condições para ultrapassar esta fase, é provável que, mesmo que se dê o encontro com a droga, este seja passageiro e não modifique o sistema psicológico. (Dias, 1980)

O mesmo autor ressalta a existência de um afecto depressivo no indivíduo toxicodependente, este afecto está ligado a uma perda, portanto a uma mudança negativa, em que vai haver uma “perda objectal” devido a um trabalho interno de luto em que estão em jogo investimentos e desinvestimentos. O adolescente desinveste as figuras parentais, faz o “luto” e passa a investir no exterior, fazendo novas identificações fora do seio da família. Ao fim ao cabo, este processo consiste a num luto pelo qual o adolescente passa e que vai resultar num afecto depressivo, que consiste no desinvestir as relações de dependência que a criança manteve com os pais e reinvestir em novos tipos de relação. (Dias, 1980)

Para os toxicodependentes torna-se muito difícil fazer o luto das figuras parentais e é esta impossibilidade que resulta numa não identidade. Assim, os problemas da adolescência oscilam entre a depressão que se segue ao luto infantil, e a “regressão narcísica” que o acompanha. O comportamento adictivo, por um lado cria uma barreira a nível interno, que vai permitir a regressão e obstruir a relação objectal, e por outro lado, a nível externo vai inibir as relações sociais. A elaboração do luto

infantil e a aquisição da identidade que a segue, são difíceis e perturbadas, a perda da identidade vai provocar uma alteração que é caracterizada por uma inadaptação, em que o grupo tem um papel importante, possibilitando a aquisição de uma “identidade alternativa falsamente relacional” (Dias, 1980, p.36).

Em consequência do que foi exposto atrás, os distúrbios próprios da adolescência vão ser falsamente resolvidos pela relação com a droga, o que vai impedir uma resolução positiva dos distúrbios. A droga vai assim esconder o problema real e exprime “um sintoma de um mal maior” (Dias, 1980). Ainda para Dias (1980) o potencial dependente procura o efeito prazer–farmacogénico, onde o Eu poderá encontrar a euforia, sendo que o consumo de droga não deixa espaço para a fraqueza. Daqui surge a sensação de aumento de auto–estima e na elevação da tonalidade afectiva, permitindo ao Eu o reencontrar da sua grandeza original, que não é mais do que a onnipotência narcísica do Eu megalómano, como se o seu mal estar resultante da confrontação com a realidade, não tivesse sido senão um pesadelo que é magicamente superado pela droga. Após o efeito desta, a realidade torna-se mais dolorosa, pelo que compulsivamente o sujeito é levado a novo consumo, numa tentativa de manter a auto–estima e combater a depressão.

De acordo com Vieira (1996), o uso abusivo de drogas, e em particular a heroína, enraíza-se nas perturbações mais ou menos graves do narcisismo. Este autor debruça-se sobre as teorias de Rado (1933) e afirma que quando Rado sublinhou o binómio, depressão ansiosa–inflação narcísica, permitiu compreender o funcionamento mental do toxicodependente. Decorre, contudo, deste modelo a existência de impulsos destrutivos. A clínica analítica mostra-nos que os comportamentos adictivos são estratégias defensivas com vista a apaziguar angústias extremas, cuja fonte se encontra nas representações sádicas do Super Eu primitivo. O toxicodependente é então incapaz de julgamentos realistas, quer em relação aos objectos internos, quer aos externos. É um Super Eu brutal, cruel e sádico que deve ser contido, pelo apaziguamento a qualquer preço. Bergeret recorda que a expressão “adicto”, (anglo-saxónica) que significa toxicodependente, era utilizada na idade média “em relação ao que pagava uma dívida com o seu próprio corpo”. (Bergeret, 1998)

As manifestações comportamentais resultam da necessidade que o sujeito tem de reagir por actos para compensar as carências afectivas e a imobilidade do universo imaginário. Assim o corpo fica como que ao serviço do comportamento é como se,

com os comportamentos adictivos, o corpo pagasse as falhas do imaginário. (Sami-Ali, 1988)

Segundo Matos (1992), é patente a existência de dificuldades do toxicómano em estabelecer uma relação adulta, mudando várias vezes de parceiro. Estas dificuldades reflectem-se igualmente a nível do grupo de pares, na medida em que é vulgar a procura por parte do jovem de outros indivíduos com problemáticas idênticas à sua. Por outro lado salienta que o toxicodependente se aproxima de uma organização depressiva, em que o sujeito entra numa economia de perda, ou seja, sentindo a falta do afecto, dá sempre mais do que o que recebe, na expectativa de receber o suficiente. Paralelamente, funciona o processo de idealização do outro, a par duma desvalorização de si próprio. O objecto infantil sofreu uma clivagem, sendo o objecto externo idealizado e a representação inconsciente desse objecto, é um objecto maligno, a mãe controladora, como o toxicómano tantas vezes a descreve.

Na literatura mais recente Matos (2001) considera que se encontra no toxicodependente uma depressão primitiva ou depressão simples. Tratando-se esta de uma depressão em que praticamente não existe culpa, nem inferioridade, devido a uma quase ausência de formação de Supereu e do Ideal do Eu. Podendo surgir em substituição um Eu ideal ou Self grandioso, em alternativa à instância objectal Ideal do Eu. Em que o mundo interior do depressivo se reduz a uma representação de si mesmo, como impotente e sem valor, com um objecto interno pouco consistente e confortante.

O autor define que os factores que estão na base deste funcionamento depressivo são: a existência de uma insuficiente introjecção construtiva nuclear; uma insuficiente introjecção positiva orbital; assim como uma insuficiente exploração do mundo, aprendizagem directa e identificação idiomórfica. (Matos, 2001) A partir da existência destes factores ocorrem fenómenos como: insuficiente desenvolvimento de competências e perícias, com conseqüente redução das ambições pessoais, juntamente com uma tendência “ocnófila” (para agarrar-se); inexistência de entusiasmo, sendo este um dos principais indicadores de saúde mental, logo, de ausência de depressão e abatimento; falta de esperança, que surge devido à ausência de um objecto interno activador de sonhos e utopias; sentimentos de insegurança; existência de uma espécie de desejo insatisfeito, que leva o sujeito a estar sempre à procura de um objecto de apego, para alívio da ânsia, assim como, de sofrimento provocador da dor depressiva,

e que é inerente à carência objectal. Daqui resulta a dor psíquica, que representa o afecto doloroso da falta de afecto. (Matos, 2001)

Existe um sentimento de vazio, de que falta algo, a isto associa-se a amotivação e anedonia, não sentindo prazer em nada, nem apetite para fazer algo. A maior parte das vezes este sentimento de falta não é consciente. O que significa que a carência afectiva foi tão precoce que nem deu tempo para sentir o que é o amor. Neste seguimento o sujeito organizou, como diz Matos (2001), um nível de sensibilidade sensual “protopática” e não afectiva e “diacrítica”. É como se os afectos não chegassem a conhecer desenvolvimento e diferenciação, tendo unicamente sentimentos de conforto/desconforto, apatia/elevação, vazio/plenitude, dor/prazer. O autor assume que esta dinâmica surge como uma aparente alexitimia, em que perante esta imaturidade afectiva, os afectos finos não foram criados. Não se tratando meramente de uma incapacidade de os reconhecer e exprimir em palavras, aproximando-se mais de uma “atimia da evolução”. (Matos, 2001)

Esta depressividade, nunca se desenvolveu como depressão clínica manifesta e desenvolta, assumindo-se como “uma depressão sem depressão, porque não se formou como tal, não progrediu até ao estatuto de depressão” (Matos, 2001, p. 21). Neste sentido o autor afirma que é antes uma pré-depressão. Não é uma verdadeira depressão porque lhe faltou a constituição de um objecto interno, consistente e constante. Só se pode sentir a perda do que já se teve, logo é a perda do afecto que causa a depressão, é este o mecanismo central para a constituição da depressão propriamente dita, a depressividade tem outra evolução e promove a depressão do sistema imune.

Embora haja autores, do campo psiquiátrico e psicanalítico, que fazem equivaler, grosso modo, aos toxicodependentes, personalidades do tipo borderline, há aqueles que, como Blatt e outros (1984), afirmam que existem dados consistentes, de entrevistas clínicas e testes objectivos e projectivos, que indicam que os adictos a opiáceos e outros toxicodependentes, como grupo, são na sua maioria, doentes neuróticos. Estes dados não excluem a existência de um menor número de indivíduos que têm outras formas de psicopatologia, como perturbações borderline da personalidade ou psicoses.

Os dados indicam que os toxicodependentes, como grupo, seleccionam um modo particularmente desordenado e auto destrutivo de adaptação a conflitos e problemas essencialmente neuróticos. Escolheram um processo de se isolarem para

conseguirem com a droga os prazeres e satisfação que a maioria das pessoas procura através de relações pessoais e íntimas (Blatt, 1984).

Dando seguimento a esta linha de compreensão, Neto (1996) considera que a heroína, cocaína, ou outras drogas introduzem severidade na patologia, porque funcionam como um relógio externo que os obriga a actos anti-sociais. O grupo desviante pode cair assim nos itens de personalidade borderline típica, apenas para que em vias de recuperação, reentrem na vertente neurótica. Nestes casos o autor assume que o diagnóstico seja só um, o da perturbação neurótica. Para o mesmo autor, se existe defeito, não é na personalidade em si própria mas na a teia de relações que a nutrem e estruturam. Há deficit na construção e na constância do bom objecto interno, a partir de relações perturbadas com os pais, desde o nascimento ou mesmo, por vezes, desde a concepção imaginária pelos pais daquela criança como criança. Há crise na primeira infância e produção de sintomas posteriores de neurose infantil, vindo a surgir de novo e definitivamente na adolescência ou na adolescência tardia. (Neto, 1996)

Ao observarmos toxicodependentes nas primeiras fases de tratamento nas Comunidades Terapêuticas ou em psicoterapia, agora já livres de droga, mas com os desvios de personalidade à mostra, mais aparentes, encontramos importantes estigmas depressivos, traços paranóicos marcados, uma culpabilidade maciça, e por vezes um altruísmo não compensado por uma saudável auto-estima. (Neto, 1996)

É de salientar a posição de Dias (1980) a qual defende a importância em reconhecer a existência de traços de funcionamento comuns aos toxicodependentes, considerando que é de difícil resolução, se estas formas de funcionar são prévias ou adquiridas, pela regressão implícita perante o abuso de drogas. Por outro lado, assume que é comum encontrar nos toxicómanos sentimentos e afectos de natureza depressiva, na relação terapêutica, assim como indícios de sintomatologia neurótica aquando do internamento. Por outro lado, é defendido que seja o encontro droga/toxicómano que se apresenta como o ponto fundamental no trajecto psico-biológico, operando-se a partir daqui uma regressão acompanhada por um empobrecimento do afecto.

Numa tentativa de ler a personalidade do toxicodependente à luz da teoria de Sami-Ali, podemos encontrar aproximações entre o comportamento adictivo e um funcionamento caracterial (Sami-Ali, 1987), caracterizado por uma realidade puramente imediata, parecendo ocorrer uma espécie de recalçamento do imaginário.

A substância torna-se central na vida do sujeito e adquire a importância de objecto único sendo a solução e ao mesmo tempo o problema, pois aparentemente parece que resolve todo um conjunto de angústias não elaboráveis. (Danan, (2004).

Sami – Ali, (1988) salientar que no indivíduo toxicodependente é patente uma espécie de precariedade das possibilidades imaginárias. O comportamento adictivo desvanece e afasta a vida onírica. Por outro lado, salienta a originalidade da toxicomania no Egipto, uma vez que aqui os consumidores de haxixe continuam a ter acesso à vida onírica. Neste sentido, o imaginário que resulta duma actividade mental criativa, permitindo ao sujeito criar uma vida fantasmáticas, para entrar em relação e apanágio de uma boa saúde afectiva, não se encontra operante no toxicómano. Estas carências limitam por sua vez as trocas afectivas com o mundo exterior e a realidade que ele representa. O sujeito passa a ter dificuldades em antecipar desejos e prazer, na troca com o outro.

A partir do momento em que o sujeito se torna dependente da substância, o efeito farmacológico domina a vida e o corpo. O indivíduo dirige-se basicamente para a acção e comportamento a utilização do seu mundo imaginário encontra-se comprometido. Danan (2004) admite que esta aproximação entre a toxicomania e um funcionamento caracterial promove igualmente dificuldades relativamente ao sono paradoxal e conseqüentemente à actividade do sonho. Tal compromete os recursos de elaboração fantasmática e imaginação. Progressivamente o sonho vai desaparecendo da vida do toxicómano, tal como a angústia e a frustração o sonho também deve ser evitado, o que mantém o sujeito longe da sua subjectividade e interioridade.

Pedro, (1987) já tinha revelado esta ideia admitindo a existência de uma relação negativa dos toxicómanos com o imaginário, sonhos e ritmos biológicos, em que nas adicções de longa duração o sujeito organiza uma espécie de formação caracterial adequando-o a uma realidade puramente imediatista. Assim dá-se uma perda de interesse por dimensões próximas do imaginário, sem que o sujeito sinta esse empobrecimento. A vida do adicto funciona só e para a substância que a tudo reduz, os conflitos tornam-se insolúveis. O consumo já não visa o prazer, mas sim a inibição de conflitos psíquicos, distanciando o sujeito da relação com o outro e de si próprio.

Os consumos continuados permitem ao toxicómano funcionar próximo de uma adaptação a algo que é exterior a si, a substância. Assim a sua identidade fica comprometida vivendo meramente numa identidade de superfície. Esta está ancorada numa visão meramente ilusória do mundo, parecendo este harmonioso, mas que

verdadeiramente não passa de uma harmonia química, numa adesão total à substância. (Pedro, 1987) Tal funcionamento aproxima-nos de uma equivalência ao recalçamento do imaginário.

O corpo do toxicómano revela ritmos biológicos alterados pelo uso da substância. Particularmente os ritmos do sono, existindo uma espécie de insónia, que se manifesta contra o sono. Este não dormir, além de suprimir o contacto com o mundo onírico assume-se como uma defesa contra a possibilidade do indivíduo se relacionar com o sonho e logo com uma dimensão mais subjectiva e íntima. (Pedro, 1987)

Para Pedro (1987) a toxicomania revela-se como uma patologia de impasses, devido à dependência da substância os seus ritmos são artificiais, o sono e vigília são artificialmente sincronizados. O “corpo profundo” está dominado e surgem sinais contraditórios de natureza simpaticomimética (desregulação taquico, branquicardia, hipo e hipertensão, hipo e hiperglicémia). Assim as drogas dominam a vida psíquica e relacional do sujeito, tal como o corpo e o ritmo corporal. Este domínio da droga perante o toxicómano normaliza-o adoptando-o a uma realidade única, a da substância.

De todas as teorias apresentadas faz-nos sentido destacar a de Bergeret, (1984), o qual defende que é possível encontrar nos toxicodependentes diferentes formas de personalidade, ao nível de estrutura e funcionamento. Parece-nos que a personalidade do toxicodependente não se circunscreve exclusivamente a um funcionamento em particular. Porém é de salientar que, quando o toxicómano não é psicótico, mas está enquadrado num registo neurótico são notórias as carências imaginárias presentes nestes indivíduos. O que não significa que em psicóticos tal também não se verifique, pois a sintomatologia psicótica pode ficar atenuada, com os efeitos psicotrópicos das substâncias ajustando-se o indivíduo a uma realidade unicamente pautada pela exigência exercida pelo poder da dependência. A ideia de existirem falhas imaginárias nos toxicómanos vai ao encontro de Pedro (1987) e Danon (2004), pois é apresentada a hipótese que o toxicodependente apresenta um funcionamento em que o seu mundo imaginário está de alguma forma comprometido e limitado na sua actuação. De acordo com a nossa prática clínica tal constatação é notória, de facto parece que os toxicómanos funcionam num registo extremamente organizado pela substância (particularmente heroína), a qual irá cilindrar todo o mundo subjectivo do sujeito, o qual passará a viver em função das exigências

instauradas pelos condicionalismos da dependência. A dimensão intrínseca e imaginária do sujeito também se encontra anestesiada tal como alguns indícios de psicopatologia. A heroína reduz absolutamente o sujeito ao seu funcionamento, único, exigente, prático, superficial e operatório limitando-o ao consumo e meandros do mesmo.

1.6. Droga e Família

A família é considerada como um sistema de várias gerações ligadas entre si por laços de parentesco, funciona como uma pequena sociedade, isto é tem uma estrutura com papéis e funções definidos, com canais de comunicação claramente estabelecidos, diferindo da sociedade global apenas ao nível do envolvimento relacional-afectivo dos seus elementos no sistema. Como todos os sistemas abertos, a família não é imutável, sofrendo pressões do sistema social e dos seus subsistemas que provocam mudança. Pensamos não ser possível abordar a questão dos toxicodependentes adolescentes e juvenis sem os enquadrar na problemática geral de família actual, em que a sua vida se torna muitas vezes extremamente difícil.

Na actualidade, com a mudança de valores e mitos da sociedade, existe também uma reformulação não só do funcionamento familiar, mas também uma redefinição do que é a família, facto especialmente claro com o crescimento das famílias reconstruídas devido ao aumento dos divórcios. Esta redefinição do sistema familiar decorre de alguma maneira, de factores que concorriam para a coesão familiar, predominantemente económicos no passado, mais de ordem afectiva na actualidade. Esta coesão do sistema baseada nos factores afectivos é claramente menos forte, aumentando a instabilidade no funcionamento e na própria definição do sistema. Por outro lado, a pressão social sobre a família ao nível económico, com o aumento das exigências económicas para que a família seja considerada como tendo um nível de vida minimamente aceitável faz com que o sistema familiar se centre mais nas relações para fora, em desfavor da intensidade e qualidade das relações intra-familiares. (Relvas, 1998)

Por outro lado os horários desencontrados, os longos tempos de transporte, a ansiedade face aos múltiplos problemas quotidianos, não permitem aos pais a disponibilidade suficiente para o diálogo com os filhos. A vida numa sociedade em profunda mutação, a perda de um quadro mais ou menos rígido de valores, o descrédito dos métodos pedagógicos em que foram educados, por vezes a consciência de terem um nível escolar e cultural inferior ao dos filhos, conduzem a frequentes situações de demissão dos pais. As expectativas em relação ao futuro dos filhos e contrastando fortemente com a experiência destes, agravada pelas diferenças de nível cultural e pela falta de disponibilidade já apontadas, tornam extremamente difícil e penoso o diálogo no seio da família. Estes problemas são agravados quando a

realidade ou a suspeita de um toxicodependente se instala numa família. (Relvas, 1998)

A angústia e sentimento de total impotência são quase constantes, acompanhadas de atitudes acusatórias à escola, às más companhias, aos maus pais, etc. sendo frequente encontrar pais francamente deprimidos. Rapidamente toda a relação se polariza à volta da droga, quer na tentativa de convencer o jovem do perigo das substâncias usadas, quer na tentativa de intimidação e vigilância quer na incompreensão para com quem põe em causa, na prática, o modo de vida comum. Estas atitudes relacionam-se com ideias correntes sobre a droga, principalmente pelo seu carácter mágico, definido por 4 premissas míticas, como afirma Cordeiro, (1989): tomada inicial involuntária, viciação imediata, alteração total do comportamento, e impossibilidade de saída.

As relações existentes no seio da família do toxicodependente assumem um certa complexidade, com uma dinâmica desorganizante, esta é por vezes negada com uma atitude de cobertura, logo é comum os pais referirem-se à toxicodependência do filho como se esta fosse um fenómeno descontextualizado no ambiente familiar, porque neste está tudo muito bem. (Gameiro, 1998)

Dias (1980) salienta que no seio destas famílias existe um “medo de separação”. Este medo refere-se a um processo de interdependência entre os diferentes membros da família. Sendo que o sentimento de identidade só é mantido pela manutenção da mesma dinâmica familiar. Ora, na família do toxicodependente o medo da separação leva os pais a tomarem atitudes que impedem o adolescente de sair do meio familiar, nem que para isso tenham que alterar papéis, mediando-os por uma atitude hiper-protectora. É obvio que esta atitude vai ter graves consequências no adolescente, cujo desenvolvimento da vida afectiva se estrutura no fim último de aquisição da identidade com a consequente redefinição de papéis no seio da família. A família aparentemente tenta controlar o comportamento do filho, porém acaba por se mostrar incapaz de o ajudar a adquirir normas e atitudes adultas, ou a ter uma perspectiva realista e independente.

Vários estudos confirmam a existência de um deficit perante a internalização da imagem paterna, mais do que a materna. Apesar desta última se organizar, na maior parte das vezes numa hiper-protecção, que pode ser consequência da ausência da imagem paterna. Além desta hiper-protecção, a mãe pode mostra-se igualmente culpabilizante, narcísica, inconsistente, rejeitante, manipuladora e sedutora. As

relações afectivas do adicto com a mãe apresentam por vezes uma distância afectiva desta última, assim como alguma punitividade. Contudo é provável que a desorganização da relação com a mãe, resulte da ausência da figura paterna, seja esta ausência real ou virtual. A ausência da figura paterna acentua a problemática do empobrecimento da autoridade. Por outro lado, há toxicodependente que organizam uma imagem do pai extremamente negativa, com consequências na relação, então centrada numa reciprocidade rejeitante e na agressividade, existe neste caso um verdadeiro distúrbio da relação pai-filho. (Fleming, 1997)

A família do toxicodependente no meio de toda a conflitualidade foge de todo um papel parental definido, assim como da responsabilidade a ele associada. Os filhos inserem-se numa pobreza identificatória, para a qual a toxicomania pode funcionar como uma atitude de defesa. A toxicodependência funciona como um sintoma da existência de conflitualidade no seio intra-familiar, sendo que o sintoma representa igualmente a resolução paradoxal do conflito. Os pais assumem perante o filho toxicómano, uma atitude também paradoxal, pois se por um lado apelam ao seu crescimento e independência, por outro promovem comportamentos que o encorajam a ficar dependente. (Herve, 1991)

Estudos que comparam grupos de toxicodependentes com outros não toxicómanos, apontam que os primeiros demonstram sentimentos de maior infelicidade na infância. Contudo assumem fortes desejos regressivos, em reviver parte da sua infância. As punições físicas são frequentes na infância, e este grupo também tinha mais tardes livres na adolescência. Por outro lado, eram menos encorajados a trazerem amigos para casa, e os pais não demonstravam grande interesse nos trabalhos escolares dos filhos. Salienta-se uma menor comunicação com os pais, acompanhada de atitudes críticas e discussões entre pais e filhos. (Batista, 1998).

Matos, (1996) defende que a toxicomania pode-se apresentar como um sintoma ou sinal de uma autêntica doença psíquica ou de patologia grupal (familiar). Sendo que as suas causas, condicionalismos e evoluções são múltiplas e díspares. Podendo estar na sua base um conflito aberto ou camuflado entre o adolescente e as pessoas a quem está ligado e de quem depende; como pode estar em causa um conflito psíquico já interiorizado, sendo este já um problema de verdadeira psicopatologia, ou seja, uma neurose (no seu sentido mais lato). Neste sentido, a toxicomania não é vista como uma doença isolada, mas um sintoma de crise individual ou social, ou de

organização patológica da pessoa ou do grupo. Logo é variadíssima a gama de etiologias responsáveis.

Existem linhas de investigação que assumem a existência de perturbações psiquiátricas no seio da família do toxicodependente. Por outro lado é importante salientar a relação existente entre a família do toxicómano e consumo de álcool e droga pelos seus familiares. Sabe-se que existe uma prevalência de hábitos toxifílicos em filhos de consumidores, seja de álcool ou outras drogas. Sendo relativamente frequente o uso e abuso pelas mães, de psicofarmacos. Neste sentido, quanto maior a percepção do uso de droga na família, seja na mãe, pai ou irmãos, maior será a tendência para a toxicodependência. (Batista, 1998)

Se a família falha como agente social, deixando de ser estabilizador contribui para a possibilidade de comportamentos desviantes e toxicomania. Os indivíduos toxicómanos apresentam ainda além de uma dependência perante o grupo de afinidades, um acentuado conflito familiar e por vezes social e na confluência de todos estes factores é de salientar a maior frequência de ausência à escola, e ou fracos resultados escolares. (Batista, 1998)

Alguns autores relacionam a toxicomania com perdas parentais. Willis (1971) aponta a existência de elevada incidência de separações na família do consumidor, assim como lares desfeitos pela ausência de uma das figuras parentais. Salienta uma elevada taxa de divórcios, separações e mortes nestas famílias. É importante ter em linha de conta que certas dimensões do funcionamento familiar, tais como a sua organização, o nível de conflito entre os membros, o controlo parental e até os valores ético-religiosos estão associados ao desenvolvimento, do sentido interno de coerência dos filhos adolescentes. Isto significa que um bom clima familiar está associado a uma boa capacidade de coping nos adolescentes, o que constitui um importante preditor do evitamento dos comportamentos de risco de consumo de drogas. (Gameiro, 1988)

1.7. Droga e meio sócio-cultural

Temos de ter em conta que, na maior parte dos casos, no evoluir toxicómano, a adolescência apresenta-se como o período de vida em que os sujeitos iniciam o contacto com as drogas. Logo o grupo tem um papel determinante, uma vez que grande parte das identificações juvenis se fazem no e com o grupo. Até a simples procura da droga, é de forma geral feita em conformidade com um ou mais elementos

de um grupo. Sem dúvida que a introdução no mundo da droga, depende da iniciação através de um amigo, habitualmente um consumidor experiente, sendo por isso um acontecimento social. Sendo assim, o grupo tem um papel importante, pois não só pode fornecer a droga, como modelos para formas de comportamentos, hábitos e até uma linguagem nova, ao ponto de ser possível falarmos de novas culturas ou sub-culturas. A sub-cultura fornecida por um grupo, permite ao sujeito iniciar uma carreira desviante sem que o estigma social seja sentido por si, uma vez que no seio do grupo todos se assemelham neste código desviante. Esta sub-cultura organiza novos objectivos de vida que se adaptam à conformidade do grupo e promovem um importante papel de denegação. (Morel et al., 1998)

O poder do grupo e a facilidade de entrar em conformidade a este pode surgir devido a uma inadequada ou contraditória socialização, ligada a factores prévios de desorganização familiar e social. Então, se o indivíduo está particularmente fragilizado devido à perda de afecto familiar, por exemplo, tem mais facilidade em assumir a identidade toxicómana. O grupo fornece o que falta, o papel de um atributo social que promoverá comportamentos delinquentes. Pertencer ao grupo é pertencer a algo, a uma sub-cultura que lhe transmite a sensação de ter adquirido um Ideal do Eu, o grupo funciona como um modelo e reforço social, inovador e até fornecedor de prestígio. (Rosado, 1994)

Apesar de ser universal que todas as classes sociais são atingidas pelo fenómeno da droga, certos estudos apontam para uma particular incidência de toxicomania nas classes sociais mais desfavorecidas. Muitas vezes associados à degradação social, e familiar, e até alterações psicopatológicas. Alguns autores relacionam esta incidência com a existência de uma consciência intensa de pobreza social, nas classes mais baixas, a partir da qual a droga funcionaria como uma defesa contra o fosso existente, perante a fantasia e a realidade ambiental. (Costa, & Melo, 1994)

Por outro lado, as forças sociais, no seu conjunto, podem actuar sobre o indivíduo ou grupo, de uma forma facilitadora da erupção de comportamentos caracterizados pelo abuso de drogas. São exemplos os fenómenos ideológicos podemos enquadrar aqui o exemplo dos famosos anos 60. Onde o próprio consumo de substâncias significava a transição entre os valores formais e a exaltação de novos valores. Certas sub-culturas valorizam e estimulam o consumo de substâncias, como é

exemplo o caso de consumos pela satisfação de uma exploração cognitiva, relacionada até com formas de aspiração académica. (Agra, 1994)

Lazarus (1977) constatou, nos seus estudos que a proveniência social baixa é mais elevada entre toxicómanos de opiáceos, do que nos consumidores de outras drogas. Por outro lado, fenómenos de emigração, que por vezes condicionam o sujeito a grupos minoritários e desfavorecidos, associados a sentimentos de solidão, indiferença afectiva, insegurança, desvalorização, desilusão, promovem uma confluência de sentimentos negativos e baixa auto-estima, que podem aproximar o sujeito de comportamentos toxifílicos.

É ponto assente que o grupo joga um papel importante na entrada no mundo dos consumos, assim como a existência de drogas no mercado. Contudo estes factores não explicam por si só a totalidade do fenómeno. De toda esta revisão bibliográfica ficou-nos a ideia, que apesar destes serem factores importantes, o papel relacional com as figuras parentais assume um papel determinante, até porque é a falta de recursos a este nível que possibilita ao indivíduo estar mais susceptível ou não a aderir ao grupo. Queremos com isto dizer que, em parte, o grupo vem ocupar o lugar deixado pela abdicação ou insuficiência dos pais em suprir as necessidades identificatórias juvenis. Há uma relação directa de proporcionalidade entre a distorção do anel familiar e a vulnerabilidade do jovem ao uso abusivo de substâncias tóxicas. Quando esta distorção ocorre no campo do real, seja por morte ou ausência física de um dos pais, esta relação de proporcionalidade parece aumentar consideravelmente. Isto vai ao encontro do que afirma Dias (1988), sobre o papel organizador e contentor dos grupos em situações de ruptura no campo familiar. Sendo esta função organizadora, tanto maior, quanto o critério de inserção nos grupos, baseando-se na heterogeneidade de suas características formais e de funcionamento, factor que privilegia os processos de individuação e autonomização do jovem.

Além da importância que a influência do grupo pode ter no processo de toxicodependência, em particular com os jovens, é de salientar a existência de condicionalismos de ordem social que podem funcionar como facilitadores de desorganização, e eventualmente conjugados com características pessoais e familiares, sejam potenciadores de eclosão ao fenómeno da toxicodependência. (Tinoco, 1999)

Neste contexto o prolongamento da escolaridade aumentou o tempo de dependência familiar ajudando a manter artificialmente uma situação adolescente.

Tornando-se igualmente difícil aos estudantes fazerem projectos dadas as dificuldades de acesso ao ensino superior e também a qualquer profissão. Estes dados ajudam-nos a perceber melhor, por um lado, o desenvolvimento dos toxicodependentes na população estudantil, em que os seus aspectos de moda, de rito de passagem à idade adulta, de sinal de solidariedade entre os jovens são importantes, assim como as dificuldades manifestas no rendimento escolar quando um jovem fica dependente de drogas. Na maior parte das vezes demonstram um grande desinteresse pelo estudo e uma dificuldade ainda maior na frequência regular das aulas. Porém, ao contrário do que geralmente é considerado, grande parte dos toxicodependentes trabalha, conseguindo na sua maioria, manter o emprego sem grandes dificuldades embora sem grande interesse. As profissões mais frequentes são operários de indústria e empregados de escritório, na sua maioria com características rotineiras, o que permite ao toxicodependente a execução da sua tarefa sem se interessar muito por esta. (Rosado, 1994)

Baseando-nos nas teorias de Goffman (1988), convém referir que a nossa sociedade estigmatiza o indivíduo, possibilitando a este a aquisição de modelos de identidade, levando-o inevitavelmente a sentir alguma ambivalência em relação a si próprio. Este autor define estigma, como qualquer comportamento que pode desacreditar o indivíduo que o pratica, uma vez descoberto que alguém apresenta esse traço relativamente aos demais papéis desempenhados pelo indivíduo, a pessoa passa a ser desacreditada em todos os momentos. Passa-se, por isso a ser prostituta, homossexual, heroinómano, em vez de se ter uma identidade mais heterogénea. Esta descoberta social pode segregar o indivíduo de determinadas esferas normativas, retirando-lhe recursos, deixando-o com a única alternativa de se tornar mais desviante. Assistimos aqui à esfera individual da profecia que se auto-realiza. O toxicodependente enquanto sujeito distante dos padrões normativos da sociedade enquadra-se neste registo. Tornando-se facilmente um sujeito estigmatizado, como indivíduo em decadência. (Goffman 1988 cit. por Tinoco, 1999)

2. Imagem Corporal

2.1. Definição

O termo, imagem corporal é muito utilizado em psicologia, porém não existe uma classificação muito clara do seu significado. Aplica-se o conceito numa larga área da patologia, sendo referenciado na literatura de problemas neurofisiológicos e psiquiátricos, fenómenos de hipnose, doenças psicossomáticas, efeitos de droga e psicoterapia. Sofrendo esta uma grande multiplicidade de designações, o que reflecte a existente dificuldade perante a compreensão de como o indivíduo concebe o seu corpo. No que diz respeito a este termo, podemos considerar a existência de duas perspectivas que são distintas: perspectiva neurológica, a imagem do corpo é descrita como um processo integrador, que está na base de diversas competências e aquisições. Podemos enquadrar aqui a noção de esquema corporal, que de acordo com Head (1920), consiste numa representação esquemática do corpo na consciência; perspectiva psicológica, engloba todas as representações, percepções, atitudes e sentimentos que o sujeito constrói relativamente ao seu corpo. (Head 1920 cit. por Schilder, 1981)

Enquanto que o conceito de esquema corporal é eminentemente neurológico, o de imagem corporal é psicanalítico. (Cunha, 2004) Quando o termo imagem corporal começou a ser utilizado, surgiram algumas considerações se seria mais correcto: esquema ou imagem corporal. O termo esquema corporal predominava na neurologia e imagem corporal na psicologia. Alguns autores, como Rodrigues (1987) distinguem ambos, assumindo que o esquema corporal é uma estrutura neuromotora que permite ao indivíduo estar consciente do seu corpo anatómico adequando-o a novas situações e agindo de forma adequada. Parece-nos pertinente considerar que o ser humano é antes de mais um corpo uno e que esta distinção seja um pouco paradoxal. O esquema corporal integra a imagem corporal e vice-versa, consistindo para nós num único conceito.

No contexto do nosso trabalho vamos debruçarmo-nos exclusivamente sobre a perspectiva psicológica. Neste sentido adoptamos as seguintes definições sobre a imagem corporal:

Para Schilder (1981), o qual introduziu a noção de imagem corporal, esta consiste numa representação mental do corpo a qual se apresenta como um sistema de referência fundamental para a compreensão de todas as condutas humanas, sejam elas normais ou patológicas. De acordo com o seu modelo dinâmico e dialéctico, a imagem corporal reflecte a relação do sujeito com o outro e consigo, de onde emerge uma imagem. O afecto tem um papel importante a este nível, uma vez que modifica o valor relativo das partes da imagem corporal em função das tendências libidinais. Por outro lado, o autor ressalta o papel do movimento como factor de unificação com as diferentes partes do corpo, colocando-as numa relação precisa com o mundo exterior e os objectos. Neste sentido, a imagem corporal adquire-se, estrutura-se e elabora-se num contacto permanente com o exterior.

Schilder, (1981), define a imagem corporal como “...a pintura do nosso próprio corpo, que nós formamos na nossa consciência, o que é dizer a forma como o corpo aparece a nós próprios.”. (Schilder, 1981, p. 89)

Adoptamos também a definição de Bruchon-Schweitzer, (1987), o qual propõe que a imagem corporal é todo um conjunto de sentimentos, atitudes, lembranças e experiências que o indivíduo acumulou a propósito do seu corpo e que são integradas numa percepção global.

De uma forma geral, o sentido mais comum de imagem corporal refere-se ao corpo como uma experiência psicológica, focando os sentimentos individuais e atitudes em relação ao seu próprio corpo. Relacionando a experiência subjectiva do sujeito com o seu corpo e a forma como organizou diversas experiências.

2.2. Diferentes Teorias Sobre a Imagem Corporal

A primeira definição de imagem corporal surgiu no Século XVII, com o cirurgião Ambroise Paré (McCrea, et. al., 1982). Este neurologista observou que depois da amputação de um membro, o sujeito sente, ilusoriamente a continuação da presença desse mesmo membro que foi amputado. Por vezes, este “membro fantasma” pode ter uma realidade considerável para o sujeito, sendo aparentemente a origem do sofrimento e dor do sujeito. Sem fazer referência ainda ao termo, Mitchel, (1832) nos E.U.A., afirma que a concepção que cada um tem do seu corpo pode ser alterada sobre condições experimentais. (Mitchel, 1832 cit. por Gorman, 1965). A escola francesa, com Bonnier (1905), contribuiu para o estudo desta concepção, indicando um distúrbio chamado de “esquematia”, o qual se referia à distorção do tamanho de áreas

corpóreas. (Bonnier, 1905 cit. por Cash, 1990). A escola inglesa contribuiu bastante para o aprofundar do estudo sobre a imagem corporal, particularmente com o neurologista Henry Head. São apresentadas novas dimensões de estudo, tanto neurológicas como psicológicas, este autor foi o primeiro a utilizar o termo “esquema corporal”, assumindo que todas as pessoas construíam uma figura de si. O autor assume que alterações corporais podem mudar o esquema corporal. (Head 1920 cit. por Fisher, 1990)

Freud não utilizou o termo imagem corporal, contudo fez referência ao “Eu corporal”. Esta ideia surgiu na sua obra “O Ego e o Id”, onde descreve o desenvolvimento do Eu e aponta a existência de uma dupla posição do corpo sensorial, com uma experiência sensorial interna e externa. Apesar de Freud não descrever a imagem corporal, esta concepção estava implícita no seu trabalho. (Freud 1923 cit. por Hanley, 2004). Nos “Três ensaios sobre a teoria da Sexualidade”, Freud (1905) propõe uma teoria do desenvolvimento psicosexual, a partir da relação do sujeito com zonas erógenas do seu corpo. Parece que para Freud o corpo e a relação do sujeito com o seu corpo é um aspecto determinante para o desenvolvimento da personalidade e do próprio narcisismo.

Freud, (1923) considerou a representação do corpo como um elemento fundamental na génese do Eu e na diferenciação do Id. Para o autor, o Eu deriva de sensações corporais, principalmente das que nascem à superfície do corpo, pois é ele que representa a superfície do aparelho mental. Freud definiu o desenvolvimento inicial do Eu como resultado da integração na criança das sensações da superfície do corpo, utilizando-as para discriminar entre o mundo exterior e o seu próprio corpo. Do pensamento freudiano podemos concluir que a imagem corporal é básica para o desenvolvimento da estrutura total do Eu. (Freud 1923, cit. por Hanley, 2004). Muitas ideias acerca da imagem corporal na literatura vêm em parte da teorização de Freud acerca das experiências corporais. A teoria psicanalítica considera que a imagem corporal é construída através da interação entre o Eu e o Id, num inter-jogo contínuo das tendências egóicas com as tendências libidinais.

Na sequência das teorias freudianas temos algumas visões sobre a imagem corporal. A grande contribuição na investigação nesta área foi sem dúvida dada por Paul Schilder, psiquiatra e neurologista. Schilder em 1923 interessou-se pelo facto de doentes neuróticos e esquizofrénicos apresentarem sensações corporais estranhas e em 1935 apresenta uma obra decisiva “A imagem do corpo: as energias construtivas da

psique”. Considera a imagem corporal um fenómeno multifacetado, e nas suas investigações analisou a imagem corporal numa dimensão orgânica ou neurológica, psicanalítica e sociológica. O autor assume que a imagem corporal não é só uma construção cognitiva, relativamente ao corpo, mas também uma manifestação de desejos, emoções resultante da interacção com os outros que nos rodeiam. Os eventos diários também contribuem para a sua construção. O autor considera que a imagem corporal pode mudar continuamente, pela acção de forças emocionais. Assim existe um balanceamento entre aspectos fisiológicos e emocionais, ajustados a uma vivência pessoal, ancorada num passado e fundida num presente. Partes das imagens corporais dos outros são incorporadas na nossa imagem corporal, assim o corpo do outro chega-nos numa impressão sensorial, esta assume um significado através do nosso interesse emocional por diferentes partes do corpo. Sendo difícil conceber qual é o corpo que percebemos primeiro, se o nosso ou o do outro. Por outro lado, para Schilder (1981) a imagem corporal compreende mais do que o simples conhecimento consciente do corpo, incluindo processos menos conscientes da nossa mente. É um fenómeno plástico pois temos a capacidade de ter um número ilimitado de imagens corporais.

Schilder, (1981), propõe a possibilidade da imagem corporal se organizar ao longo de oito períodos: o primeiro seria a fase oral, a qual decorre nos três primeiros meses de vida da criança e está ligada fundamentalmente à cavidade bucal e às sensações que aí se originam, no contacto com os alimentos, com as mãos etc.; a fase orovisual, patente a partir dos três meses e que consiste no alargamento do espaço oral à custa de algumas configurações visuais, proporcionadas pelos movimentos da cabeça, pela convergência visual, pela apreensão manual e pela coordenação óculo-manual; a fase cutâneo-oral corresponde a novas sensações cutâneas produzidas pela temperatura, movimentos etc., permitindo o alargamento do espaço oral; fase manual caracteriza-se pela descoberta das mãos e a riqueza que esta descoberta proporciona. Na fase anal, a criança deixa de colocar a atenção no pólo oral, para a deslocar para o pólo anal. Os excrementos libertados pelo interior do corpo dão-lhe a noção de um interior. A partir do segundo semestre de vida, a utilização dos esfíncteres tem, uma importância decisiva na maturação psicobiológica e na aquisição da imagem corporal. É a fase de integração do tronco de acesso à marcha, do controle do pólo anal e da conquista das mãos, estes são factores que na sua integração permitem definir os limites da figura corporal; a fase da imagem total, depende do uso do nome para se auto designar e da experiência do espelho, factos que ocorrem pelo 3º ano de vida; por

fim temos o esquema corporal, este surge com a noção de indivíduo, é mais completa, considera a imagem total e integra as impressões proprioceptivas e intraceptivas obtidas a partir dos movimentos viscerais e corporais. (Schilder, 1981). O autor refere-se a Head (1920) admitindo que para a constituição da imagem corporal é importante para o sujeito saber onde estão os diferentes membros do seu corpo, sendo tal a postura do corpo, ou modelo postural do corpo. (Head 1920 cit. por Schilder 1981). O modelo postural do corpo é contorno e superfície, integra impressões visuais e a percepção do que está a acontecer no interior do corpo. Nesse interior sente-se a massa pesada, o resto é sentido próximo da superfície. (Schilder, 1981)

Schilder (1981) admite que a experiência narcísica que cada pessoa experimenta em relação ao seu próprio corpo é importante para a constituição da imagem corporal, podemos designar tal por “emoção reflectida”. De acordo com o autor, nós devemos amar o nosso corpo, logo a “imagem corporal plena” é um produto de “amor-próprio” e de um esforço contínuo. Se por um lado existem tendências para promover a imagem corporal, por outro existem igualmente tendências para a sua dissolução. E isto leva-nos à ideia de que a imagem corporal nunca é uma estrutura completa, nem estática existindo tendências para a ruptura. Schilder (1981) admite que estas tendências para a ruptura são uma espécie de mudanças nas situações fisiológicas da vida, sendo estas: doenças, maturação biológica, agressões físicas ao corpo e dor. Estes aspectos promovem alterações da imagem corporal.

A dor e a doença na teoria de Schilder (1981) promovem um “pensamento mágico”, onde a dor e doença se misturam num corpo que sente e que, acima de tudo se sente corrompido na sua harmonia (Schilder 1981 p. 175). As partes do corpo manifestamente doentes e a zona de dor é foco de atenção por parte do sujeito, perdendo a carga libidinal aí concentrada na construção da imagem corporal. É como se essas partes do corpo fossem isoladas pelo sujeito e assim expulsas da imagem corporal. Se o corpo é invadido todo pela dor, o indivíduo afasta-se dele, tende libertar-se, como se assumisse uma posição fora do seu corpo e se observasse ao longe. Existe assim uma tensão gerada pela doença e pela dor, um desejo de escapar de uma situação insustentável e de transformar a imagem corporal através de um abandono do corpo ou de partes manifestamente doentes e doridas. A sensação de mau estar provocada pela dor não é o único factor para a existência de uma tensão quanto à imagem corporal, a observação e sensação da doença enquanto encaixe

perceptivo também é responsável pela perda da unidade do corpo e da imagem corporal. A percepção do nosso corpo varia e como tal a nossa imagem corporal está sempre a ser reconstruída. (Schilder, 1981) Quer seja na saúde, quer seja na doença.

Schilder foi sem dúvida um autor central e pioneiro do estudo da imagem corporal, além de definir e explicar a construção deste conceito, ofereceu-nos uma possibilidade inteiramente nova e multifacetada para a compreensão da experiência corporal do indivíduo. Permitiu-nos a compreensão da subjectividade inerente à imagem corporal, sendo esta uma espécie de manifestação da forma como nos relacionamos com o corpo enquanto totalidade, compreendendo que a imagem corporal não coincide obrigatoriamente com o corpo nas suas inúmeras partes.

No que diz respeito à organização da imagem corporal, outros autores também nos ajudaram a compreender a importância do desenvolvimento individual a partir da relação do sujeito com zonas erógenas particulares. Após o nascimento, inicia-se a construção do narcisismo, este processo é inaugurado através da descoberta das partes do corpo, sentidas no princípio como estranhas e de seguida investidas e reunidas no Self, por novas identificações, em que as excitações difusas e desorganizadas são integradas, dando-se uma fusão dos auto-erotismos parciais, ligados a zonas erógenas e pré-objectais (Bergeret, 1990). Na constituição progressiva da imagem do corpo é inseparável o espaço da motricidade e linguagem, que se opera por uma série de investimentos parciais de zonas erógenas. Estas zonas estão intrinsecamente relacionadas com a organização da identidade sexual e da imagem corporal. Sabe-se que durante os primeiros meses de vida, a polaridade masculino feminino não desempenha nenhum papel psicológico na vida mental da criança. A conotação psicosexual só surge a partir do momento em que a criança reconhece as diferenças anatómicas entre os sexos. De acordo com a teoria psicanalítica, o reconhecimento das diferenças anatómicas entre os sexos efectua-se com a vivência do conflito edipiano, dominado pela relação triangular entre a criança e os seus pais. (Blos, 1962)

A identidade sexual organiza-se a partir das primeiras experiências corporais até ao estado adulto. Começando com o facto de ver e tocar os próprios genitais e experimentar sensações, tensões e gratificações com eles relacionados. Estando estas experiências correlacionadas com factores inconscientes de carácter libidinal e agressivo, em relação com os seus objectos primários, pré-edipianos e edipianos. (Blos 1962). No seguimento desta ideia já Freud defendia que a existência de uma diferença anatómica leva cada representante de ambos os sexos a uma organização

psíquica diferente, através do complexo de Édipo e de castração. Neste sentido, na fase fálica, o desenvolvimento psicosexual difere entre rapaz e rapariga. No rapaz, o pai é considerado intruso e ressentido-se com ele face à possibilidade de perder a exclusividade da relação com a mãe. A identificação com o pai é um passo essencial para a sua masculinidade e é inevitavelmente acompanhado de amor e rivalidade, no entanto o rapaz é confrontado com um dilema emocional, o medo e a castração pelo pai. Na adolescência, o processo de organização da sua imagem corporal está intrinsecamente definido em função do símbolo da sua masculinidade, o pénis. Na rapariga, a inveja do pénis marca a mudança do objecto de amor, que passa da mãe para o pai, daqui surge a angústia de castração. Na adolescência, a rapariga organiza a imagem corporal de forma não só circunscrita aos genitais, mas é por todo o corpo que o investimento libidinal se efectua. (Blos, 1962) Só quando o desenvolvimento se completa na época da puberdade é que a polaridade masculina-feminina se estabelece na sexualidade. Na masculinidade, o sujeito concentra a actividade e a posse, no pénis, a feminilidade encerra o objecto e a passividade. (Blos, 1967). Sob o ponto de vista da organização da imagem corporal, esta é constituída a partir do investimento narcísico de zonas diferenciadas do corpo e estrutura-se em função destas questões em torno da identificação sexual. Na adolescência o rapaz investe narcisicamente na zona genital, pénis, enquanto que na rapariga este investimento é distribuído por todo o corpo. Logo a imagem corporal masculina está mais dependente de um narcisismo fálico, enquanto a feminina se distribui pela totalidade do corpo.

A psicanálise permite-nos compreender o papel estruturante e construtivo da imagem corporal. A imagem corporal é construída inconscientemente ao longo de um percurso desenvolvimental, suporta-se em zonas erógenas e revela-se como a projecção de uma representação inconsciente do corpo próprio.

Desde a infância até à vida adulta que o indivíduo interessa-se pelo seu corpo. No início da vida, a criança revela atenção em si própria, ao concentrar a libido em partes do seu corpo, tendo tal um significado erógeno particular. Narcisicamente a libido direcciona-se para a boca. Assim, poder-se-á dizer que a imagem corporal começa a desenhar-se na boca, então temos um núcleo da imagem corporal na zona oral. A imagem corporal do resto do corpo crescerá a partir desse núcleo. De acordo com Bernfeld, (1996) existe um desenvolvimento primário que começa na zona oral, e um refinamento secundário que diferencia o Eu corporal do mundo externo. Desde o início da vida que o nosso corpo existe como parte do mundo externo, pois as

fronteiras entre o mundo externo e o mundo interno, não estão ainda claramente definidas. Então o corpo é muitas vezes projectado no mundo externo, e o mundo externo introjectado pelo corpo. A imagem corporal vai ser construída progressivamente num todo de níveis e camadas distintas e em experiências contínuas. Assim, o indivíduo volta-se para o mundo externo com a expectativa de adquirir novos dados, para construção da sua imagem corporal. (Bernfeld, 1996)

Os órgãos genitais como fonte de prazer especial, e as sensações uretrais, completam a configuração da imagem corporal. Por outro lado, o erotismo muscular e cutâneo, com sensações provenientes da pele, ajudam o delineamento da imagem do corpo. Os orifícios corporais: auditivos, nasais, urinários, olhos, boca, ânus e vulvular colocam-nos em contacto com o mundo, permitindo trocas essenciais (alimentos, ar, sons, fezes, urina, produtos sexuais). Estes constituem-se como zonas sensoriais e eróticas de grande importância. Por outro lado, há zonas de predomínio erógeno, neste ou naquele orifício de acordo com as tendências psicosexuais do indivíduo. E uma vez que esses orifícios são sede de fantasias psíquicas, aproxima-se o corpo da mente. (Bernfeld, 1996)

Para Horowitz, (1966) a “imagem corporal opera como um dado central interno, especializado na informação sobre o corpo e sobre o ambiente que o rodeia”. (Horowitz, 1966, p. 19). O autor postula que a imagem corporal, enquanto função do Eu, que designa por auto-representação, é integrada por uma hierarquia de sistemas, em camadas articuladas com o espaço próximo, que designa por constelação de imagem corporal, a imagem corporal estaria em constante relação transaccional com percepções externas e internas, memórias, afectos, processos cognitivos e acções. Correspondendo ainda às informações específicas e económicas relativas à morfologia, posição e relacionamento do corpo bem como a estrutura do espaço, objectos e pessoas que estão relacionadas. Esta informação vai sendo compilada, a partir dos dados provenientes de vários sítios e é filtrada através de todos os mecanismos mentais. Então, a imagem corporal surge como resultante dos resíduos de sensações anteriores. Deste modo, a natureza imediata e momentânea da imagem corporal afecta as interpretações dos dados recebidos através dos órgãos dos sentidos e pode ainda proporcionar a existência de distorções não perceptivas das informações recebidas. A imagem corporal poderia assim, conter elementos de estados do Eu arcaicos, derivados de períodos de desenvolvimento anteriores. Segundo Horowitz (1966) podem existir imagens do corpo “armazenadas” de estados prévios da vida

mental que através da regressão podem ser restituídos ou reenfatizados. Isto permite conceber a imagem corporal como um sistema de camadas, onde em qualquer momento a imagem do corpo é constituída pela combinação das diversas componentes do sistema, bem como pelo significado que lhe é atribuído. Esta concepção permitirá a compreensão de ocorrência de alterações na imagem do corpo associadas a modificações registadas em situações, ambiente actividade, vestuário ou relacionamento interpessoal. Para Horowitz, (1966) estas componentes do sistema de camadas hierarquizado situam-se numa matriz transaccional onde operam outras componentes da imagem do corpo bem como outros processos mentais.

Fisher & Cleveland (1958) estenderam este conceito ao campo da psiquiatria, para as psicoses funcionais. Tendo observado que alguns doentes esquizofrénicos mostravam algumas distorções ao nível da sua imagem corporal. Estando algumas destas distorções relacionadas com o valor da masculinidade e da feminilidade. Um segundo grupo de distorções, referia-se às sensações de desintegração e deterioração do corpo. Outra categoria referia-se ao sentimento de despersonalização. A quarta categoria de distorções, proposta por Fisher & Cleveland, refere-se à sensação de perda dos limites do corpo. Inicialmente as distorções da imagem corporal eram meramente estudadas nos casos de sujeitos com patologias.

Pankow (1974) concebe a imagem corporal, como um modelo de estrutura espacial. A partir do processo de simbolização primária, a imagem corporal estabelece a relação entre as partes do corpo e o seu todo. O processo de estruturação secundário estrutura o sentido e conteúdo desta relação.

Sanglade, (1983), propõe três acepções para o termo imagem corporal, estreitamente dependentes: esquema corporal, que considera o substrato neurológico da imagem do corpo; representação de si, diz respeito ao corpo que nos é dado a ver; imagem do corpo que é uma representação mental inconsciente do Eu, nos seus contornos, solidez ou fragilidade.

Segundo Dolto, (1992) a imagem do corpo está ligada ao sujeito e à sua história, refere-se ao desejo e é mediatizada pela linguagem. Esta é sempre inconsciente e é construída pela articulação dinâmica de uma imagem de base, uma imagem funcional de uma imagem das zonas erógenas, através da qual se expressa a tensão das pulsões. O mesmo autor refere-se ainda ao esquema corporal considerando-se este como o corpo actual no espaço perante a experiência imediata e pode ser independente da linguagem.

Descamps, (1985) ao definir imagem corporal “regride” a dois constitutivos da representação do corpo, os quais são parte integrante da imagem corporal, logo importantes para a sua definição. Estes são etapas que percorrem um caminho desde a cinestesia, consciência até ao imaginário. Assim temos: o modelo postural é o conhecimento mais arcaico em nós, sobre a localização do nosso corpo em relação ao meio, da sua posição e movimentos; esquema corporal, é o segundo elemento que nos dá acesso às sensações do corpo, diz respeito à síntese do conjunto de impressões vindas do nosso corpo, compreende as sensações tácteis, térmicas, fotográficas e cinestésicas. Consiste na consciência global do nosso corpo; imagem corporal refere-se ao interior, ao imaginário do nosso corpo, engloba o esquema corporal e o modelo postural, porém consiste essencialmente nas vivências que a libido tem com o próprio e com o mundo objecto, através do corpo real.

Sami-Ali fala na imagem do corpo no sentido em que:

Pode haver algo mais evidente, porém mais misterioso, do que se ter um corpo sexualmente identificável, levando-se em conta a génese da imagem do corpo? Génese eminentemente inconsciente seguida por uma dialéctica pulsional cujas possibilidades e limites se inscrevem em sua totalidade nas zonas erógenas. Uma persistente tensão que se acalma em momentos privilegiados coloca-a em movimento, como resultante de um duplo processo identificatório e projectivo: ser o sujeito sendo concomitantemente o outro e ser o outro, não sendo o próprio sujeito. (Sami-Ali. 1977, p. 76)

O corpo e a mente constituem-se como agentes e objectos de uma unidade somato-psíquica que, quando ameaçada revela a fragilidade da organização corporal e da imagem do corpo. Por outro lado, embora a imagem visual e especular joguem um papel importante na sua elaboração, é todo um conjunto de representações ligadas não só a um corpo físico, real, mas também a um corpo imaginário que interferem na constituição da imagem corporal. Um ponto central da teoria de Sami-Ali é o imaginário, este significa projecção enquanto função sendo sustentada por um processo de projecção corporal. Este imaginário enquanto projecção é um processo psicológico e biológico sendo constitutivo da saúde e da doença e determinará por excesso de vida onírica o reforço das defesas imunológicas. Por contrapartida a ausência de projecção promove uma inibição da vida onírica e uma ruptura entre consciência onírica e vígil, promovendo distúrbios no funcionamento psicossomático permitindo a doença orgânica Sami-Ali, (1989). Dentro desta dinâmica existe para o autor duas noções determinantes: corpo real e corpo imaginário, a primeira aproxima-se de um registo menos projectivo e mais orgânico e a segunda do imaginário e do

onírico. O ser humano pertence ao corpo real e ao corpo imaginário, sendo estas duas funções. O corpo imaginário utiliza a projecção e daqui surgem imagens do corpo estruturadas por um espaço e o corpo real aproxima-se de um registo adaptado e distante do imaginário. Dentro desta lógica Cady, (2004) assume que a imagem do corpo emana de uma estruturação da representação que considera o real e o imaginário. Então nalgumas situações a imagem do corpo pode ser estruturada a partir do visual real ou ser enriquecida pelo impacto do imaginário. No caso da patologia da adaptação em que existe um distanciamento das potencialidades imaginativas, a imagem do corpo organiza-se num registo relacional em que o outro se assume como instância superegóica que domina o corpo. Partindo destas concepções podemos considerar que a imagem corporal é o resultado de uma espécie de intersecção do corpo real com o corpo imaginário. A dinâmica entre ambos inscreve-se na actualização de imagens do corpo, as quais representam a realidade actual e passada do sujeito. Assim o corpo real não pode ser isolado do corpo imaginário e a imagem corporal surge da dialéctica entre o corpo real e o corpo imaginário.

Dentro deste quadro conceptual a imagem do corpo forma-se por um processo de organização da representação de si, que se desenvolve em diferentes momentos evolutivos integrando as marcas da história relacional. Esta imagem do corpo está assinalada com as características singulares da maturação psicossomática, em função das respostas do meio à criança e aos acontecimentos que essa vivência. (Rotbard, 2004). A mesma autora admite que o corpo é a representação do espaço e as sensações são diferentes percepções que promovem o espaço da representação. Este espaço organiza-se sob a forma de imagem e inclui espaços perceptivos que englobam a sensorialidade e os ritmos de diferentes percepções, que fazem parte da actividade do sujeito. A noção de sensorialidade leva-nos à ideia de que a visão binocular (Sami-Ali, 1998 cit. por Rotbard, 2001) integra uma projecção sensorial, que envolve a motricidade ocular a par de mecanismos cerebrais, daqui resulta a criação de imagens. A projecção intersensorial cria imagens partindo de sensações de percepções que produzem novas sensações de outras percepções, ocorrendo em cadeias associativas e promovendo diferentes conteúdos imaginários. A partir daqui podemos considerar que o corpo real relaciona-se com percepções tácteis, auditivas, olfactivas, cinestésicas e de movimento, é iminentemente um corpo perceptivo e predominantemente consciente e dominado por sensações. O corpo real integra a percepção sensorial e intersensorial entrecruzando-se aqui com o corpo imaginário e produzindo uma

imagem do corpo. Esta poderá ser uma espécie de representação ligada à resolução do encaixe entre percepções e afectos (real/imaginário), desencadeando uma passagem entre consciência perceptiva e consciência imaginativa.

Sustentando-nos nos autores referidos apresentamos de seguida a nossa leitura sobre a imagem corporal. Consideramos que esta comporta a oscilação corpo real, corpo imaginário, manifestando-se no campo da sensório-motricidade e das representações do corpo vivido, integra o concreto e o abstracto, actualizando-se graças à projecção sensorial, a função geradora da subjectividade. Este processo de subjectivação começa no campo da percepção mas ultrapassa-a realizando-se no registo imaginário. Podemos arriscar em assumir a ideia, que a imagem corporal faz parte da identidade do sujeito como unidade psicossomática, integrando a dialéctica corpo real, corpo imaginário, não só na sua origem como na sua actualidade. Contudo deverá existir um certo ajustamento com balanceamento entre o corpo real e o corpo imaginário, num compromisso entre percepção, sensorialidade e projecção.

O afecto liga-se à projecção enquanto dimensão totalmente imaginária, como prolongamento de uma espécie de actividade onírica situada numa consciência vigíl que está simultaneamente voltada para o interior e exterior, podendo passar de um pólo ao outro. (Sami-Ali 1997).

A imagem corporal remete à noção de “moi-peau” desenvolvida por Anzieu, (1978): “O Eu adquire o sentimento da sua continuidade temporal quando o eu-pele se constitui como um invólucro suficientemente flexível nas suas interacções com o meio e suficientemente abrangedor para conter os conteúdos psíquicos”.

As teorias sociológicas sobre o corpo, nas quais a de Turner, (1992) se destaca assumem uma linha construtivista e permitem-nos reflectir de forma mais integrada a imagem corporal. Na sua obra “The Body and Society” (Turner, 1996), o autor foca pela primeira vez o corpo no contexto da Sociologia. Baseia-se no trabalho de Foucault e assume que o corpo é natural e social, logo passa por um processo de “corporalização”, uma experiência, a partir da qual o sujeito desenvolve o controle do corpo como ambiente ou governo corporal. O corpo é socialmente trabalhado e individualmente percebido. O corpo reflecte a sociedade como metáfora e as próprias doenças assumem-se como metáforas de crises estruturais. Assim para Turner, a imagem corporal integra-se nesta linha de corpo social e natural, reflectindo uma imagem construída socialmente ancorada numa entidade biológica.

O filósofo Merleau-Ponty (1972) é outro autor que se debruça no tema relativo ao corpo e à imagem corporal. Revela uma ontologia do corpo não dualista, para o autor no conceito de corpo-sujeito, mente e corpo estão interligados. A percepção medeia a relação com o corpo e a sua conseqüente imagem corporal. O corpo é o ponto de partida para nos relacionarmos e percebermos o mundo. Funde-se assim a dimensão da percepção e materialidade do corpo. A imagem corporal começa por ser a percepção que cada um constrói da materialidade que o corpo traduz.

William & Bendelow (1998) no contexto da sociologia do corpo referem que a imagem do corpo é sempre individualmente e socialmente construída, sendo esta a própria representação do indivíduo no mundo, construída nesse mundo.

Numa linha fenomenológica O'Shaughnessy (1999) partindo da auto-percepção distingue a imagem corporal de longo prazo e a imagem corporal de curto prazo. A primeira é construída a partir da auto-percepção consciente das dimensões e propriedades do corpo. A segunda noção integra o estado actual do corpo, sendo possível que esta sofra alterações de acordo com factores internos ou externos.

Apesar do conceito imagem corporal assentar numa origem psicanalítica, a dimensão sociológica da mesma assume bastante pertinência. Nesta linha Cunha, (2004) refere que a imagem corporal se desenvolve a partir de uma inter relação entre relações sociais, relações com o corpo, relações com outros objectos e imagem dos outros. Na construção deste conceito estão presentes conceitos definidos socialmente de ideais de beleza, definindo a forma como o indivíduo se percebe e avalia, tendo tal influência ao nível das suas interacções sociais. Tal aspecto abre a possibilidade de integrar neste conceito a influência da sociedade consumista que produz ideais estéticos do corpo, tendo tal implicações na imagem corporal de cada sujeito. A sociedade em que vivemos dá grande importância ao corpo transmitindo uma imagem esteticamente enquadrada num modelo social. Surgem pressões sociais para integrar tal corpo. No Séc. XXI a moda dita uma estética corporal de sucesso e reconhecimento, essa passa por um corpo magro e esguio, esse é o corpo publicitado, desejado e defendido nas revistas, na moda, na sociedade em geral. (Cunha, 2004) Neste registo, a imagem corporal é influenciada pelas implicações estéticas da moda, na linha de Turner, (1996), tal aproxima-nos da “sociedade somática”, onde tudo é expresso através do corpo e da sua imagem, sendo este um objecto e veículo do desejo consumista. Turner (1996) assume que o Eu moderno deve ser encarado em termos de imagem corporal, definindo a própria relação com o corpo.

Como base conceptual do nosso estudo destaca-se a teoria de Schilder (1981), sendo esta integradora, assumindo que a dimensão perceptiva que nos permite o acesso ao mundo corpóreo, exterior e social funde-se na dimensão emocional mediatizada pelo passado e presente. Aqui as imagens do corpo intrincam-se em imagens corporais individuais e sociais revelando toda a sua particularidade. É importante considerar a ideia da imagem corporal ser uma experiência narcísica de cada um com o seu corpo, essa imagem corporal reflecte uma emoção “narcísica” que para nós será uma peça essencial nesta dimensão que é a imagem corporal. Por outro lado, a ideia que a doença e a dor corrompem a imagem corporal anterior a essas, sofrendo a imagem corporal ajustamentos devido a tal é ponto essencial neste trabalho, que procura efectivamente estudar a representação da imagem corporal na toxicodependência com infecção e sem infecção Vih/Sida. Como tal, a dor e a doença são factores de tensão provocando para Schilder, (1981) uma reestruturação da imagem corporal. À semelhança do que assume Schilder (1981), Bernfeld (1996) também parte do desenvolvimento primário de zonas erógenas e da relação do sujeito com as mesmas para o desenvolvimento da imagem corporal. Num constante movimento em que o corpo é projectado para o exterior e o exterior introjectado no corpo. A imagem corporal é construída por camadas numa dialéctica constante sujeito-corpo-mundo.

Fisher & Cleveland (1958) apresentam a ideia de distorção da imagem corporal, sendo esta também uma dimensão importante no nosso estudo. A distorção pode ocorrer a partir de sensações de desintegração e deterioração relativamente ao corpo, onde o corpo perde os seus limites. Tal leva-nos a considerar que apesar da imagem corporal ser uma dimensão em constante movimento, a distorção é possível. Em nossa perspectiva, esta distorção diz respeito a um distanciamento acentuado entre a relação corpo físico, biológico, sensorial, real e corpo representado, subjectivo ou imaginário. Este distanciamento pode estar relacionado com uma insatisfação relativa ao corpo real, por motivos de doença, de desajustamento entre o corpo próprio e corpo desejado, por desinvestimento afectivo no corpo. Se por um lado a imagem corporal é representativa, subjectiva e simbólica, por outro ela deve reflectir até certo ponto o corpo físico e material, se essa representação estiver de facto extremamente desfasada do corpo físico e dos dados da percepção, podemos falar em distorção da imagem corporal.

Apoiamo-nos também nas teorias sociológicas e fenomenológicas em que a imagem corporal surge a partir de um corpo socialmente trabalhado em que as

metáforas sociais ditam regras a um corpo que se exprime numa imagem corporal. O'Shaughnessy (1999) revela que a imagem corporal pode ser de longo ou curto prazo, sendo a primeira mais estável, construída conscientemente a partir de propriedades do corpo e a segunda mais maleável e organizada pelo estado do corpo no momento de saúde ou de doença. A distorção pode encontrar-se no registo da doença, quando surge a necessidade do indivíduo desenvolver um ajustamento da sua imagem corporal, num movimento entre o corpo real e o corpo imaginário. Turner (1992) admite que a imagem corporal é auto percebida e regulada pela sociedade e pelos seus ícones. A procura da estética corporal, beleza e reconhecimento dita regras e influências na imagem corporal de cada um, como tal aproximamo-nos da posição de Cunha (2004), que assume o facto da imagem corporal ser influenciada por uma sociedade “somática” que exprime tudo pelo corpo, enquanto veículo de comunicação, consumo e desejo. Isto leva-nos a desenvolver um corpo próximo do ideal social, num registo de falso self. Onde mais uma vez a insatisfação ou distanciamento que o sujeito conhece relativamente ao corpo real pode ser um factor potenciador de distorção da imagem corporal, uma vez que a busca até esse ideal pode provocar um distanciamento e desconhecimento face ao corpo real, numa organização de falso self. A necessidade do “corpo perfeito” impede que o sujeito consiga ler perceptivamente o seu corpo e organizar uma consistente consciência de si mesmo. É como se a percepção ficasse lesada organizando uma imagem corporal definida por percepções e ideias irreais relativamente ao corpo. O dilema interno entre doença e aquisição de um corpo socialmente agradável integro, saudável e sedutor pode efectivamente contaminar a representação interna que se reconstrói no sentido em que a imagem corporal está francamente distanciada do corpo real. Assim, a imagem corporal assume-se como algo de estranho relativamente ao real, como se perdesse totalmente o substracto perceptivo e consciente também característicos da constituição da imagem corporal. Parece que o corpo deixa de ser visto e ouvido, o sujeito fica alheio ao corpo real, o qual passa a ser um desconhecido.

2.3. Construção da Imagem Corporal

A imagem do corpo estrutura-se na nossa mente, no contacto do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia, sob o primado do inconsciente. Entram na sua formação contributos anatómicos, fisiológicos, neurológicos, sociológicos,

afectivos, etc. A imagem do corpo não é só uma sensação ou imaginação, é a figura do nosso corpo na nossa mente.

Na perspectiva de Capsiano, (1983), é importante considerar o papel dos órgãos dos sentidos na formação da imagem corporal, dando uma contribuição anatómica e fisiológica. Estes órgãos estão dispostos na periferia do corpo e colocam o homem em relação com o mundo externo, são agentes de protecção face a diversos perigos que nos ameaçam, permitindo reacções voluntárias e reflexos. Todas as impressões produzidas pelos órgãos dos sentidos, relativamente aos estímulos externos são transportados ao cérebro que os recebe, e transforma em sensações: visuais, auditivas, olfactivas, gustativas e tácteis. Sob o ponto de vista morfofisiológico, cada órgão dos sentidos é composto por três partes: parte periférica, que é o receptor das impressões e agentes estimulantes; parte cerebral, situa-se no eixo cerebrospinal e ao perceber as impressões já produzidas, elabora-as e constitui o aparelho da percepção; parte intermediária une as duas partes anteriores e transmite impressões do aparelho de recepção ao aparelho de percepção.

Em resultado desta dinâmica fisiológica, a unidade do corpo funciona como uma unidade em transformação, face à qual todos os sentidos entram em colaboração. O corpo como unidade é formado por uma massa pesada com cavidades, orifícios, preponderância, com uma superfície e contornos. Nesta unidade desenvolve-se sensações, que podem ser compreendidas a quatro níveis diferentes que se interligam: fisiológico, medular, simpático e periférico; actividades focais do cérebro; actividades orgânicas gerais (relacionadas com a região cortical) e processos psíquicos. (Capsiano, 1983) Estes diferentes níveis de interacção psicofisiológica interferem na imagem corporal e caracterizam a nossa vida. Contudo, deve-se ressaltar que as actividades do nosso organismo são primeiramente psíquicas. Com isto basta afirmar que a imagem corporal é conferida a partir do desenvolvimento dos níveis emocionais, afectivos e libidinais. (Capsiano, 1983)

Na construção da imagem corporal, todos os órgãos dos sentidos têm particular importância, contudo os olhos e o tacto adquirem neste âmbito papéis muito especiais. Os olhos registam as alterações do mundo externo, vislumbram o objecto de amor. Assim, são uma parte enfatizada da imagem corporal, pois é através deles que se penetra no mundo exterior. Por outro lado, a pele permite registar inúmeras sensações, como o contacto das mãos sobre ela. Então as mãos deslizando sobre o corpo permitem estabelecer os seus contornos. Porém torna-se claro, que não basta

deslizar as mãos sobre o corpo para construir a imagem corporal. Porém percebemos melhor o nosso corpo em movimento e no contacto com os objectos do que em repouso. (Capsiano, 1983)

Não há imagem corporal sem personalidade, entre elas há relação íntima e específica. A personalidade humana atravessa diversas situações na vida, logo são importantes as mudanças e adaptações. Tudo isto se reflecte na construção da imagem corporal, a qual não está dentro de limites pois a movimentação é contínua. Nem todas as pessoas possuem unidade emocional da imagem corporal. Por vezes procuram incorporar a imagem de outra pessoa que admiram. O que talvez queira dizer que não se desenvolveram relações objectais totais. A imagem corporal do indivíduo é resultado das imagens das pessoas com as quais se relacionam. Os olhares das pessoas entre si permitem uma troca de imagens e como resultado ter-se-á a imagem social do corpo. Então a nossa própria imagem corporal não é possível sem imagens corporais dos outros. (Capsiano, 1983) A construção da imagem corporal pressupõe, um desenvolvimento interno, uma maturação em todas as áreas da vida psíquica em conexão com as experiências de vida. Contudo, é o mundo psíquico que tem um peso mais preponderante, na determinação das funções psicológicas que devem ser utilizadas. O corpo é a expressão do Eu de uma personalidade. A imagem corporal é lábil, mutável e incompleta, depende do que fazemos dela, do nosso pensamento, percepções e das relações objectais. (Capsiano, 1983)

Forrester, (2000) aponta que a imagem corporal surge a partir dos grupos sociais onde o sujeito se insere e relativamente aos quais o sujeito se identifica. Para o autor a imagem corporal é socialmente construída. A forma como o corpo é utilizado, as ideias construídas a partir dele e como nos expressamos por ele está intimamente relacionado com influências sociais. É neste sentido que o autor aponta para a importância dos meios de comunicação para a construção da imagem corporal. Neste sentido a ideia de influência social assume particular importância na construção da imagem corporal, tal como o consumismo para a obtenção da imagem próxima do ideal social. Por outro lado, é importante considerar que é necessária a actividade cortical para o desenvolvimento da imagem corporal. Pois o córtex é que integra os diferentes processos que produzem a construção da imagem do corpo.

Forrester (2000) apresenta uma dimensão fenomenológica da construção da imagem corporal. Partindo da percepção do mundo e da afirmação do Eu. Aponta para uma inter-relação entre o estar num corpo que vive e a auto-consciência do Eu. O

sujeito constrói uma imagem interna do seu corpo, a partir não só do uso da consciência como do uso da percepção. A percepção é sempre usada a partir do corpo, o corpo é activo para a acção e percepção do Eu.

Outro autor que segue esta linha fenomenológica na construção da imagem corporal é Merleau- Ponty (1988). Refere que existem percepções externas e internas, estas surgem da relação entre o corpo e o mundo. As fronteiras entre o interno e o externo estão pouco delimitadas e mistura-se o corpo com o mundo surgindo imagens produzidas a partir desta interacção.

A imagem corporal é uma dimensão central na nossa individualidade e cultura. está presente na formação da identidade. A auto-identidade constrói-se através da auto-imagem, a qual é composta pela imagem corporal, que por sua vez é construída internamente e se assume como produto da interacção social. (Cunha, 2004) A imagem corporal não se constrói isoladamente, depende de um jogo de relações e comparações com modelos dinamizado pelo social, social esse que integra os meios de comunicação social, sendo este um poderoso agente de socialização. (Cunha, 2004)

Podemos conceber a construção da imagem corporal como sendo um fenómeno psicossocial, onde o Eu e o outro se diluem. Integra o indivíduo e a sociedade, na qual o sujeito é activo. Costa, (1992) admite que a imagem corporal confronta-nos com o que imaginamos ser, como nos vemos e como imaginamos que os outros nos vêem. Tal prende-se com a valorização estética e padrões sociais associados, os quais também entram na construção da imagem corporal. Desta forma, a imagem corporal será mais satisfatória quanto mais os factores corporais seus constituintes estiverem próximos dos aceites e valorizados pela sociedade. E será menos satisfatória quando mais distantes estiverem as representações corporais dos padrões sociais.

A partir da reflexão sobre várias propostas apresentadas por diferentes autores, no que diz respeito à imagem corporal e sua constituição apresentamos de seguida a nossa explicação relativamente à constituição da imagem corporal.

As teorias que integram na construção da imagem corporal a dimensão social e material do mundo fazem-nos bastante sentido. Se o corpo está sempre presente e é influente no processo de construção da personalidade do sujeito, esse corpo não é impermeável ao mundo social e físico com o qual as interacções são uma constante. Joga-se no processo de construção da imagem corporal uma articulação entre a dimensão biológica, psíquica e social.

A imagem corporal resulta de uma relação precoce e íntima do sujeito consigo e com o outro, construindo-se num contacto e articulação constante entre uma dimensão interna e externa. A interna integra afectos, memórias, sentimentos enfim a história afectiva do próprio sujeito, a externa contém as percepções do próprio sobre si, dos outros, e a devolução que o social faz do corpo do sujeito. Tudo isto será organizado num registo desenvolvimental e será estruturado numa espécie de consciência pessoal sobre o corpo próprio. Daqui surgirá a imagem corporal, a qual está alicerçada neste processo de desenvolvimento e que assumirá um compromisso entre o registo imaginário e real, onde a dimensão interna e externa do corpo se expressam num afecto ou numa imagem referente ao mesmo. Apesar dos factores externos, como a realidade biológica e as devoluções sociais serem extremamente importantes para a organização da imagem corporal, estas não dominam o processo.

Os órgãos dos sentidos (olhos e tacto) são factores primordiais para conhecermos o nosso corpo, mas também o corpo dos outros. Participamos constantemente em trocas sociais relativas à imagem do nosso corpo, todos se olham e comparam corpos, tamanhos, cores, volumes, texturas. A partir daqui podemos pensar que existe uma imagem social do nosso corpo e uma imagem pessoal do nosso corpo. A primeira refere-se à percepção sobre o nosso corpo que o exterior constrói de nós. Esta entra em relação e comparação com as imagens sociais dos outros e com os poderosos agentes de socialização que são os meios de comunicação social, os quais veiculam padrões estéticos de beleza, saúde, bem-estar e sucesso. Esta imagem social referente ao nosso corpo acaba por nos ser devolvida no contexto de relações interpessoais ou em vários sinais de comunicação não verbal ou verbal que os outros nos veiculam.

A imagem social do nosso corpo entra no processo de construção da imagem pessoal do mesmo. Ambas se desenvolvem desde o nascimento e interagem constantemente. Desta inter-relação surge a imagem pessoal do corpo a qual se constrói num processo de trocas constantes entre a dimensão biológica, psicológica e a dimensão social do corpo.

A imagem pessoal do corpo começa-se a construir desde o nascimento, logo o sujeito estabelece trocas com o outro e recebe imagens exteriores sobre o seu próprio corpo. É de extrema importância a qualidade das trocas afectivas e relacionais de base que integram e veiculam referências e respostas ao nosso corpo, satisfação de necessidades, quer biológicas, quer afectivas. Esta imagem pessoal do corpo está em

constante evolução e movimento revelando-se numa representação imaginária (fantasmática) e logo afectiva do corpo. Esta dimensão fantasmática do corpo revela de alguma forma a relação íntima do sujeito com o seu corpo real e exprime-se enquanto corpo imaginário. Isto significa que a imagem corporal revela-se a partir de uma relação entre o corpo real (biológico e sensorial) que se toca, observa e do qual se recebe informações e do corpo imaginário (fantasmático e afectivo).

A imagem corporal organiza-se na consciência, a qual inclui uma história biográfica e integra a percepção sobre o corpo resultando numa imagem mental mais ou menos consciente. O corpo real é um corpo eminentemente consciente, que se percepção enquanto objecto e que capta a imagem social do seu corpo. Contudo também somos corpo imaginário, o qual influencia a leitura que o corpo real (com a percepção) faz de si. Este é personalidade, afecto, projecção, história íntima, enfim é representação. A imagem corporal começa por ser uma imagem perceptiva do corpo para se transformar numa imagem representativa sobre o corpo próprio. A consciência é uma ferramenta imprescindível, permite construir, materializar e representar, possibilita que o Homem seja sujeito e objecto neste processo, onde o corpo se torna material e ao mesmo tempo imaterial. A materialidade é inquestionável, mas essa não existe isoladamente, daí surge uma figuração do corpo, com influências conscientes e menos conscientes. Foi produzida por uma intersecção íntima entre o corpo real e o corpo imaginário e significa o primeiro registo da imagem corporal, é a primeira imagem mental sobre o corpo que surge na consciência e que posteriormente se substancia numa imagem corporal mais alargada ajustada a um passado e a um presente.

Podemos pensar que a imagem corporal revela uma relação de aproximação ou distanciamento entre o corpo real e o corpo imaginário. Este ajustamento ou não ajustamento encerra um significado libidinal sobre o corpo próprio. Se o corpo imaginário estiver próximo do corpo real a imagem corporal do sujeito estará mais ajustada à realidade, o que pressupõe um conhecimento do corpo próprio e um investimento afectivo no mesmo. Se o corpo real estiver distante do corpo imaginário, significa que a imagem corporal estará menos ajustada à realidade e próxima da distorção. Revelando um desconhecimento relativamente ao corpo e dificuldades perante o investimento afectivo do mesmo. Deste modo os movimentos de aproximação/afastamento entre o corpo real e imaginário revelam a imagem corporal e por conseguinte o afecto que cada um coloca no seu corpo, o grau de relação do

sujeito com o mesmo (aproximação-afastamento) de conhecimento, de cuidado, zelo, de aceitação-negação.

Em suma a imagem corporal integra percepções, pensamentos, sentimentos e experiências individuais e sociais sobre o corpo, ela é subjectiva e objectiva. É móvel e multifacetada. Revela de alguma forma, o modo como percebemos e vivemos o nosso corpo e da natureza da nossa imagem corporal resulta a forma como percebemos o mundo, nos comportamos e até como nos disponibilizamos no contexto das nossas relações interpessoais. A imagem corporal tem implicações em toda a globalidade do nosso ser, o corpo é o seu palco e reflecte a mais profunda intimidade psíquica. Nunca está completa mas simboliza todo o nosso ser.

2.3.1. Consciência e Percepção na construção da Imagem Corporal

A Imagem Corporal é um fenómeno que se constitui a um nível privado na primeira pessoa em articulação com o exterior, isto é, o mundo social. Neste sentido ocorre na consciência de cada um. Por consciência e na perspectiva de Damásio (2000) podemos entender um conjunto de experiências que permitem ao organismo encontrar um sentido do si num dado momento, esta será a consciência nuclear ou mais básica do organismo. A consciência alargada também inclui o conhecimento de um mais elaborado sentido de si, encerrando já uma identidade que inclui a história de vida de cada sujeito. É organizada pela linguagem e dá sentido à nossa existência. A consciência alargada produz o “si autobiográfico” (Damásio 2000, p. 37) que comporta todas as dimensões biográficas de um organismo, tal leva-nos a outro conceito de Damásio que é a “consciência-com-sentido-de-si”, esta é a consciência do si no acto de conhecer. A consciência alargada permite criar uma individualidade, com sentido de pertença e capacidades de acções pessoais. Partindo destes conceitos de Damásio (2000), podemos considerar que a imagem corporal constrói-se numa mútua articulação entre a consciência nuclear e a consciência alargada. O organismo em primeiro lugar relaciona-se em consciência com o seu corpo e constrói uma relação com o mesmo a partir da sua história de vida e identidade.

A consciência é importante para gerar conhecimento sobre qualquer espécie de objecto a conhecer, a partir daqui surgem imagens que podem ser manipuladas, ao longo da existência do indivíduo. A consciência produz-se a partir do que vemos, ouvimos ou tocamos, para Damásio (2000) assume-se como uma espécie de

sentimento indissociável de imagens, que podem ser de natureza auditiva, táctil ou visceral e que fazem parte de um dado organismo.

Damásio (2000) refere-se às imagens mentais, as quais podem ser conscientes ou não conscientes, estas últimas não são directamente acessíveis, só o são, as imagens conscientes de cada pessoa, contudo o autor admite que todas se tornam conscientes. Imagem mental é para o autor uma espécie de padrão mental que está incluído nas variadas modalidades sensoriais, que não são só a visual, mas também outras como: auditiva, gustativa e “somatossensorial”. A última integra os sentidos relativos ao tacto, muscular, temperatura, dor, visceral e vestibular. Estas imagens não se referem apenas a objectos estáticos e são construídas sempre que o sujeito entre em relação com objectos. Estamos sempre a produzir imagens, até durante o sono, tal é visível através do sonho. Damásio (2000) continua a salientar a importância das imagens referindo que até os sentimentos são imagens, de natureza “somatossensoriais” que indicam estados corporais. Parece-nos pertinente pensar que a consciência constitui-se por imagens, as quais são construídas a partir da relação do organismo com os órgãos dos sentidos, assim conhecemos o nosso corpo, interiorizamo-lo em todas as suas dimensões de repouso ou movimento e integramos neste conhecimento sentimentos de natureza mais ou menos “somatossensorial”. A imagem corporal integra-se neste processo, num registo de imagem mental, mais ou menos consciente.

Ao fim ao cabo, a consciência é conhecimento de um dado fenómeno, que pode ser o corpo resultando uma imagem deste. Ela também depende da própria manifestação interna da interacção entre o organismo e o objecto. Para a construção da nossa imagem corporal a consciência tem um papel importante. Pois baseia-se numa memória autobiográfica, construída ao longo da nossa existência e é passível de transformação. Para Damásio (2000) a ideia que cada um elabora acerca de si, como a imagem do que somos física e mentalmente e que obrigatoriamente inclui a imagem corporal, é uma construção que ocorre de forma consciente, sendo essa transformação também não consciente. Assim, estes processos conscientes e inconscientes são influenciados por inúmeros factores como traços de personalidade inatos e adquiridos, conhecimento, inteligência, meio ambiente social e cultural. Assim temos um “si autobiográfico” que é fruto destas dimensões articulado com experiências e memórias de vida.

O mundo da imaginação e da consciência entrecruzam-se, ao ponto do primeiro influenciar a eficácia do segundo, existindo um “proto-si” não consciente que determina a consciência. (Damásio 2000) Para Damásio (2000) a consciência é um sentimento, pois sente-se. Este sentir assume-se como linguagem não verbal dos estados corporais, por isso se revelam no organismo. Assim a consciência humana está dependente de sentimentos, os quais vão influenciar sem dúvida a imagem corporal de cada um.

Podemos entender por percepção o acto de tornar consciente a informação que nos chega ao cérebro pelos neurónios sensitivos (Alves, Baptista, & Fortunato, 2003). A percepção acontece no organismo enquanto fenómeno consciente, sendo a consciencialização de um estímulo, que é transformado em informação captada por órgãos e conduzida por neurónios sensoriais. Assim, esta informação consciente é trabalhada, processada e compreendida. Os dados brutos são modificados num registo consciente e apresentam-se como informação construtiva, ou conhecimento. (Alves, Baptista, & Fortunato, 2003). O conhecimento de um dado fenómeno surge pela percepção, dando-se a conhecer como uma vivência subjectiva dos dados provenientes dos processos dos sistemas sensoriais. Assim a percepção não pode ser entendida como uma cópia do estímulo, mas sim como o resultado de um processo elaborado do estímulo sensitivo. A percepção funciona como uma espécie de “porta de protecção” (Alves, Baptista, & Fortunato, 2003, p. 103), perante o caos de estimulação que o organismo recebe.

A percepção é um factor determinante para a construção da imagem corporal, pois numa primeira fase de relação e de conhecimento com o corpo próprio, o organismo integra as suas características várias, sendo os órgãos dos sentidos as lentes de captação. Os olhos observam, as mãos tocam, o nariz cheira, a pele sente, as vísceras mexem-se, o corpo é vivo e vive e nós não o podemos negar nem deixar de o perceber todos os dias da nossa vida. Contudo o conhecimento que cada um tem do seu corpo não é uma leitura linear da percepção física desse corpo. Como Schilder (1981) admite, para se compreender a imagem corporal deve-se abordar a questão psicológica central da relação entre as impressões dos sentidos, dos movimentos e da motilidade geral do indivíduo. Ao se perceber a imagem de um objecto, ou quando se constrói a imagem de um objecto, o indivíduo não age meramente como um aparelho perceptivo, pois existe sempre uma personalidade e logo subjectividade que experimenta a percepção. Assim, a imagem corporal surge como resultado de um

trabalho desenvolvido pela percepção integrado na consciência e em articulação com a personalidade ou subjectividade do sujeito, organizando-se como um compromisso entre estas dimensões.

A percepção permite-nos adquirir a corporeidade, sendo esta a expressão, impressão ou o sensível do corpo que coloca o sujeito em relação com o mundo (Faria, 1996). O corpo apresenta-se assim a cada um de nós como instrumento de relação com o mundo, possibilitando-nos uma dada compreensão sobre o que nos rodeia. Esta corporeidade constitui-se a partir da nossa relação com o corpo, sendo este a parte mais material e visível do Eu. A noção de ter um corpo surge de uma primeira impressão da sua existência, ou seja da corporeidade, sendo esta fundamental para a construção da identidade. As sensações e movimentos corporais garantem a corporeidade e oferecem a consciência do corpo, e da identidade (Erthal, 1991)

O corpo integra a percepção e a percepção é uma constante no corpo, todas as pessoas experimentam a realidade do mundo através do corpo, este sofre diferentes estimulações a todo o momento numa constante interacção corpo–mundo, sendo esta regida pela percepção. O corpo utiliza os seus receptores sensoriais para captar as informações e determinando conhecimentos em estado de consciência.

O corpo é antes de mais um objecto de percepção, individual (do próprio) e do social, pois apesar de ser um objecto de relação muito privado e íntimo, também é aquele que apresentamos de imediato na interacção social. O corpo é um objecto individual e social, público integrando um conjunto de representações socialmente partilhadas e construídas, é por excelência um objecto de trocas sociais. É signo e matéria que funciona como objecto de troca e de consumo. Como assume Baudrillard (1970), é o “mais belo objecto de consumo” (Baudrillard 1970 p.34). Apesar do corpo ser um objecto de percepção relativamente ao próprio e ao exterior, neste processo perceptivo entram variáveis intrínsecas ao organismo, de carácter emocional, afectivo biográfico, sociológico que o tornam num objecto de representação. Assim este corpo é-nos dado a conhecer não só como fenómeno biológico e sensorial, mas também como fenómeno imaginário e subjectivo. Tal leva-nos à posição de Jodelet (1984) que assume que o corpo é talvez aquilo que de menos biológico possuímos. A percepção que estabelecemos é antes de mais subjectiva e pode dividir-se em experiência corporal directa e relação com o meio ambiente. A experiência corporal directa inclui o conhecimento do corpo próprio através do andar, lavar-se, fazer amor, bronzear-se, da dor, da doença, das emoções. Isto pode incluir experiências tanto reais como

imaginárias, puramente físicas, psicológicas e pertencentes tanto ao passado como ao presente. A relação com o meio ambiente refere-se a todo um conjunto de trocas de referência feitas no social relativamente ao corpo do sujeito. Jodelet (1984). A percepção do corpo pode então estabelecer-se num contacto mais íntimo e pessoal do sujeito com o seu corpo e podemos chamar a esta (percepção íntima do corpo) ou num contexto de percepção mais social em que o indivíduo percebe o seu corpo a partir de devoluções apreciativas (com valência positiva ou negativa) efectuadas pelos outros indivíduos sobre o seu corpo (percepção social do corpo).

A percepção do corpo não se reduz a uma mera transmissão de características corporais que são integradas a partir dos órgãos dos sentidos, mas a uma interacção entre as dimensões mais subjectivas, afectivas, auto biográficas e respostas sociais sobre o corpo ditadas pelo mundo exterior. Tudo isto é integrado pela consciência, quer seja a nuclear ou a alargada, num registo mais ou menos consciente (Damásio 2000). A partir daqui surge a imagem corporal, a qual se inicia sempre a partir de uma percepção, percepção essa que desemboca numa imagem representativa do corpo. A imagem corporal começa por ser uma imagem perceptiva do corpo e transforma-se numa imagem representativa do corpo. Estas imagens são uma constante em nós e são reais para o seu autor. Esta imagem perceptiva e representativa do corpo ganha consistência numa consciência que inclui uma história e uma vivência.

A nossa posição vai ao encontro da de Van Kolck (1987) a qual assume que a percepção individual do corpo já é a imagem corporal, pois é a forma como cada pessoa elabora a imagem do seu corpo, acentuando ou modificando diferentes partes em função de mecanismos da sua personalidade, vivências passadas e presentes. O indivíduo não é só um agente perceptivo, mas uma personalidade em constante comunicação.

A autora da presente investigação assume que a imagem corporal é um processo dinâmico que nasce com a percepção, insere-se como processo consciente e não consciente. O homem neste processo de construção utiliza a consciência como faculdade humana de imaginar, representar, projectar, construir, materializar uma visão que antecede o olhar, ele é o eterno espectador e investigador, utilizando o corpo como condutor do real e não real. O corpo é percebido como substância material, carnal, testemunha da existência humana, mas a imagem resultante dessa percepção é aquilo a que podemos chamar uma “figuração” construída num registo mais ou menos consciente e que revela a imagem e a representação psíquica daquele

corpo e aqui estamos no registo simbólico. A figuração do corpo foi produzida pelo próprio espaço de representação íntima e histórica. A figuração é a imagem do corpo que comporta em si uma experiência do sujeito com a dimensão natural, sensível e visível, mas também com a sua biografia, lembranças, fantasias, visualizações, projecções e códigos sócio-culturais. A figuração do corpo comporta não só os dados perceptivos regidos pela consciência mas também um universo invisível e impalpável. Ela é o primeiro indício da imagem corporal, assumindo-se como uma imagem mental sobre o corpo introdutória da imagem corporal.

A figuração do corpo também comporta em si fortes significados sociais e culturais relativos ao corpo e que caracterizam uma dada sociedade e cultura. Transmite-se um forte código de significados corporais correspondendo a representações sociais relativamente ao corpo, as quais influenciam experiências individuais de sujeitos pertencentes ao mesmo grupo. Assim o fluxo perceptivo é influenciado pelas representações sociais do colectivo. A consciência perceptiva que produzimos sobre o mundo e o corpo é indissociável de todo um conjunto de projecções humanas, que tornam a consciência perceptiva não numa leitura linear do fenómeno, mas numa comunicação silenciosa e profunda num espaço de representações.

2.4. Corpo e Imagem Corporal na Toxicodependência

Lipovetsky (1994) cita duas tendências antagónicas que modelam as nossas sociedades, uma excita os prazeres imediatos, como a droga, a outra privilegia a gestão “racional” do tempo e do corpo, o “profissionalismo” em tudo, a obsessão da excelência e da qualidade, da saúde e da higiene. De acordo com as exigências das sociedades actuais é suposto que nos dediquemos à segunda tendência, e neste seguimento não é pouco comum o apelo que actualmente se faz ao corpo saudável, modelado, musculado, enfim perfeito e provocador de desejo em igualar tal performance corpórea. Esta atitude social e cultural pode ser justificada quando abrimos uma revista e nos apercebemos da quantidade de anúncios sobre a forma física, ao peso, associado a um corpo escultural. Vive-se no culto do corpo perfeito, o qual possibilitará, na nossa fantasia uma facilidade em termos de aceitabilidade social e até pessoal.

Ora o sujeito toxicodependente não se insere neste último registo, do culto do corpo atraente e saudável. Apesar de nem todos os toxicodependentes chegarem ao ponto de desinteresse total perante o seu aspecto físico e corpo. Contudo algo se passa, para que o maltratem com a administração de substâncias nefastas as quais a médio, longo prazo, provocam um efeito notório no corpo. É de salientar que é o grupo dos heroinómanos que mais depressa se descuida e desinteressa pelo corpo e aspecto físico.

Há autores como Gurtinkel (1993) que apontam a existência de masoquismo, fazendo-nos compreender que o sentido de prazer-desprazer fica secundário ao da satisfação. Por outro lado, não temos porque duvidar do bem que lhe faz o uso das drogas, se não houvesse a intermediação da satisfação ninguém usaria drogas. O que não sabemos é em que nível se dá a satisfação, se pelo prazer do alívio da tensão ou pelo desprazer na obediência às exigências da punição. O ser humano pode-se satisfazer de ambas as formas. Assim enquanto o perverso goza às custas da destruição do outro, o melancólico é capaz de atormentar a sua existência com ideias de ter destruído o que nunca destruiu. Por outro lado, temos ainda que ter em conta o quanto de ódio cada pessoa tem envolvido na sua destruição, assim como avaliar quanto de amor potencial cada sujeito deixa de utilizar no cuidado de si. Amor capaz de fazer o sujeito dizer “não” às práticas auto-destrutivas. O toxicómano é, antes de ser um sádico a quem devemos castigar, um masoquista que “ama” a doença e os seus efeitos, acima de tudo, do bem e do mal, do corpo são ou doente. (Gurtinkel, 1993)

O consumo está em primeiro lugar, o corpo maltratado é um pormenor secundário. O facto dos dentes ficarem estragados, a diminuição do peso, a pele secar e ficar com um aspecto envelhecido, o rosto encovar e os olhos perderem o brilho, os danos provocados pelas agulhas, a par das consequências nos órgãos internos, não é motivo de grande preocupação. Claro que nos estamos a reportar ao indivíduo adicto heroinómano, com um período significativo de consumos, a quem a próxima dose associada às maravilhas que despoleta tudo apaga e compensa. O adicto nos rasgos de tomada de consciência sobre a precariedade do seu corpo sente que esse é o preço que tem de pagar pela sensação química em que navega. Nalguns casos o toxicómano suporta mal o seu corpo, e até o pode rejeitar, esse corpo passa a ser meramente um veículo, um instrumento que lhe possibilita alcançar o estado tão desejado.

O corpo do adicto, não pode ser sentido, procura-se por todos os esforços adormece-lo, existir sem corpo. Por isso é tão comum verificar que estes sujeitos não toleram qualquer dor física, ficam aterrados só de pensar em sentir o corpo, a ressaca ou até uma mera dor, que significa a confirmação que o corpo existe. Porque ter corpo é sentir, é conviver com a dor e o prazer diariamente.

O corpo originalmente harmonioso, equilibrado e autónomo, veio a ser progressivamente substituído por um corpo estranho. Há por tudo isto uma consciência parcial do corpo, em que é frequente uma desvalorização bastante marcada em relação às suas partes mais mal tratadas, existindo simultaneamente, uma discordância entre os seus desejos grandiosos de vir a recuperar a forma física e a consciência das suas limitações, vividas como um deficit da sua auto-estima. O adicto, na maior parte das vezes, vive ao nível do corpo, seja a médio ou longo prazo, uma degradação da auto-imagem, acompanhada de uma desvalorização da auto-estima, com fortes sentimentos de incapacidade e desinvestimento progressivo em áreas de valorização pessoal, e ainda um conjunto de sintomas característicos do quadro clínico do síndrome de privação, nomeadamente: agitação ansiosa, irritabilidade, dores lombares e dos membros.

O toxicodependente enquanto consome transporta-se para uma existência sem tempo, sem realidade, sem corpo. Ao anular-se como corpo, através da suspensão da sua própria história, permanecendo num ponto de vida que não foi, mas também não será, fonte de mais tormentos. Impede-se a si mesmo de se renovar, condicionado a rotinas automatizadas. É preferível intoxicar-se, pois se acordar vê-se dois e, por isso, é melhor não abrir os olhos ou então terá de anular uma das partes.

Entra-se numa vivência sem tempo enquadrada num jogo perigoso ao maltratar o corpo. A representação deste é despojada de valor, ficando incapaz de se aperceber dos prejuízos a que o corpo fica sujeito e que resultam de uma barreira interposta pelos efeitos das substâncias, entregando-se a uma espécie de cegueira mental que impede um processamento integrado, por parte da consciência, das imagens resultantes das modificações do corpo.

O toxicodependente divide-se e afasta-se de uma unidade corpórea. Na tentativa de acalmar uma parte da unidade agride a outra num acto desesperante, pois até a memória parece estar enclausurada e suspensa, não efectuando ligação com os acontecimentos vividos. O sujeito coloca o corpo ao sabor do acaso provocando momentos perigosos, numa confrontação contínua com indícios de morte. Dando seguimento a esta ideia, quantas vezes não encontramos na clínica, casos de indivíduos que se injectam com seringas alheias e referem que nesse momento não lhes interessou se o outro tinha doenças ou não. Tratar assim o corpo é já um começo de morte.

Verifica-se uma articulação desregulada entre o desejo, o mecanismo das emoções e o sentido de integridade ou sobrevivência. O resultado de tal desenvolvimento é a emergência de um Eu que parece não conviver com o seu corpo, tendo como consequência um desinvestimento afectivo, uma ausência de ritmo próprio, ou seja, uma descorporização.

O lugar do corpo toxicodependente é então fora de si, no vazio da realidade ritualizada do consumo, onde tudo se limita à repetição de um acto e procura de alienação, neste campo não há espaço para a desilusão nem para o investimento afectivo do corpo. Este limita-se a ser um lugar longe da interioridade, um objecto que serve unicamente para veicular algo, e proporcionar o que se deseja, enfim, é um mero caminho para chegar lá, onde?

Consideramos como imagem corporal, todo e qualquer sentimento, seja este uma representação, percepção, classificação, medida, que o sujeito atribui ao seu corpo. Esse sentimento representará um tempo e um espaço que entram na dimensão do imaginário. Sabemos que o Eu toxicodependente, ao afastar-se cada vez mais da realidade conduz a uma decadência do corpo, de um corpo desrealizado, diferente e desorganizado, por falha da projecção da sua imagem gerando uma dificuldade na percepção dos seus próprios estados emocionais. O adicto deixa de conseguir ler o corpo, este torna-se estranho. Tal perturbação pode constituir a razão pela qual o

toxicodependente se envolve em comportamentos de extremo risco, como é o caso de uma prostituição insaciável, tentando impedir o facto de ser incapaz de antecipar o seu tempo pessoal. O sujeito fragmenta a realidade corpórea onde não existe unidade como pessoa, ficando também privado do que poderia referenciar o tempo e o espaço.

Os afectos são virtuais, carecem da ausência de um metabolismo inerente à componente corporal, o que compromete uma correcta consciencialização do corpo, deixando antever uma enorme dificuldade na apreciação do seu estado físico global. É posta em causa a sua singularidade como sujeito, pela falta de estabilidade mental que lhe permite examinar e conservar as fronteiras que definem o seu corpo e em consequência comprometem uma boa gestão dos seus comportamentos de adaptação social. Isto representa um afastamento do sujeito perante o seu corpo, e daqui surgem implicações ao nível da posição do sujeito em relação à representação do corpo..

Da sociedade moderna emerge um modelo de imagem corporal que anuncia um social colectivo. Assiste-se ao desejo de viver um corpo que se aproxima de um ideal social. Assim, alimenta-se uma imagem aparente, com mutações rápidas e fugazes das nossas emoções. Tenta-se vencer o corpo, assumindo-se uma imagem pautada por próteses (bens materiais) e ideais próximos do estereótipo. Aniquila-se a interioridade do próprio, interessando não o ser mas ter a aparência do ser. Estamos numa situação onde tudo se faz e desfaz conforme as circunstâncias. A imagem do corpo toxicodependente põe em causa a imagem corpórea do ideal social, do corpo atlético, saudável, atraente. Provoca-nos com um corpo que assume uma imagem geralmente associada a um corpo maltratado, magro, sujo, repugnante pelo aspecto, pela possibilidade de doença e o temor de contágio associado.

A imagem que a sociedade tem do corpo toxicodependente é sem dúvida a da degradação, corpo esse que seria socialmente confortável se estivesse afastada dos circuitos dos não adictos. Esta é a representação social maioritária perante o corpo do sujeito adicto. Sabemos que os valores sobre o corpo socialmente idealizado foram postos em causa. Quando nos referimos ao corpo adicto mal tratado estamos-nos a cingir ao sujeito heroinómano, que chegou a níveis de consumo elevados e associado a este factor surge o desinvestimento e desinteresse pelo corpo.

Colman (1976), cit. por Leventhal (1983) chama a atenção que o toxicodependente tem tendência a sentir-se inadequado e inseguro. Sugerindo a existência de uma baixa auto-estima que influenciaria o comportamento depreciativo perante a sua auto imagem.

Outros autores afirmaram existir uma relação entre adicção e percepção negativa de si (Berg, 1970; Clark, 1974 e Rosen 1966, cit. por Leventhal 1983)

Tamerlin, e Harrington`s (1976), cit. por Leventhal (1983) efectuaram estudos sobre a imagem corporal em adictos utilizando o desenho da figura humana. Verificaram que as figuras desenhadas dos sujeitos adictos tinham tendência a ter cabeças exageradamente grandes e justificavam este facto relacionando-o com o pouco ênfase que estes sujeitos dão em questões intelectuais. Enquanto que as mulheres adictas desenhavam cabeças pequenas, o que sugere por parte dos autores, sentimentos de inferioridade e desejos de negação perante sentimentos dolorosos de culpa.

Man et al., (1972), cit. por Leventhal (1983) estudaram um grupo de jovens delinquentes e toxicodependentes do sexo masculino. Os resultados apontaram para uma forte necessidade por parte destes jovens em demonstrar uma imagem masculina vigorosa e forte. Perante a qual os autores defendem que esta imagem se assume como uma forma de auto anestesia.

Leventhal (1983), psicóloga da Universidade de New Jersey estudou a imagem corporal nos toxicodependentes, tendo realizado um estudo comparativo, entre uma amostra de homens e mulheres adictos e outra de não adictos. A autora determinou a existência de distorções da imagem corporal, tanto nos homens como nas mulheres toxicodependentes. A sua hipótese inicial foi então confirmada, esta supunha que os toxicodependentes evidenciam uma imagem corporal mais distorcida que os não adictos. A amostra era constituída por 20 homens e 20 mulheres adictas, recrutadas de uma clínica de reabilitação em New Jersey. Estes sujeitos efectuaram múltiplos consumos de álcool e drogas entre 2 a 25 anos de consumos, com uma média de 10 anos. O tempo de não consumo de cada um deles varia entre 1 a 34 meses e as idades situam-se entre os 19 e 60 anos. Os 40 sujeitos não adictos auto proclamavam-se anti-droga e anti-álcool e faziam parte de uma população de estudantes da faculdade de William Paterson, também em New Jersey, as suas idades situavam-se entre os 18 e os 51 anos.

A metodologia utilizada passou pela utilização de uma grelha, em que cada indivíduo foi inquirido para estimar o comprimento e a largura de 22 partes do corpo (exemplo: largura dos ombros, comprimento dos braços, pescoço, largura do peito). Baseado numa escala de glevs, em que cada glev equivalia a 25 polegadas. Foi pedido aos sujeitos que julgassem tamanhos de acordo com uma escala imaginária. Foi comunicado aos sujeitos que as 22 partes do corpo seriam estimadas

bidimensionalmente, isto é, em duas dimensões, o comprimento e a largura de diferentes partes dos seus próprios corpos. Depois de recolher as medidas imaginárias, o experimentador passou a efectuar a recolha das medidas reais de cada parte do corpo, em termos bidimensionais.

O estudo apresentou resultados muito interessantes e curiosos. Em que os homens adictos calculavam exageradamente o tamanho das diferentes partes do seu corpo (mais do que os não adictos) e as mulheres adictas sub estimavam o tamanho das diferentes partes do seu corpo, em comparação com as não adictas. Daqui salienta-se que os homens e as mulheres adictos, evidenciaram mais distorções na sua imagem corporal, do que os não adictos, estando em posições opostas. Em relação à população não adicta, não se verificaram diferenças na comparação entre mulheres e homens. Estes resultados vão ao encontro dos da autora do presente estudo, que num estudo anterior comparou a imagem corporal entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes utilizando a metodologia de Leventhal (1983). Tendo verificado que o grupo de toxicodependentes revelou significativa distorção da imagem corporal, comparativamente com o grupo não adicto. Também se denotou diferenças entre os sexos em ambos os grupos, sendo os homens que apresentam em ambos os grupos uma maior tendência para a distorção da imagem corporal, representando-se menores do que a realidade. (Gomes, 2002)

Perante esta revisão bibliográfica que relaciona o comportamento adictivo e a imagem corporal, parece existir dados que apontam para a existência de uma imagem corporal distorcida no sujeito toxicodependente e incompatível com a realidade. Parte-se do princípio que se pode aceder à imagem corporal a partir de várias técnicas, desde que estas representem de alguma forma o corpo, pode ser através de inquéritos, entrevista, desenhos, medidas. Através destes estudos, que são ainda muito poucos, podemos considerar que o sujeito adicto tem tendência a representar uma imagem corporal desarticulada e desorganizada contextualizada num imaginário empobrecido e pouco consistente na sua relação com o corpo.

Outros autores que de certa forma confirmam a existência de distorção da imagem corporal em toxicodependentes, referem-se à existência de fenómenos de despersonalização em toxicómanos. Dias et al. realizou em 1980 um estudo relativo à prática de massagens no tratamento de episódios de despersonalização em toxicodependentes, assumindo a existência destes fenómenos em toxicodependentes. A despersonalização caracteriza-se por um inexplicável sentimento de estranheza ou

de distanciamento dos processos mentais ou do próprio corpo, acompanhado por um teste de realidade intacto. O indivíduo pode sentir-se como um autómato, como se estivesse num sonho. Pode haver uma sensação de ser um observador externo dos próprios processos mentais, do próprio corpo ou de partes deste. Pode existir uma alteração persistente ou recorrente na percepção de si mesmo, como a experiência de sentir-se separado do próprio corpo, de agir mecanicamente. Acompanhando-se de uma sensação de irrealidade para com o corpo. (Dias, et al., 1980)

O indivíduo pode ter a sensação de uma alteração insólita no tamanho ou forma dos objectos (macropsia ou micropsia) e as pessoas podem parecer estranhas ou mecânicas. A despersonalização raramente é a queixa apresentada, os indivíduos com despersonalização recorrente, apresentam com frequência outros sintomas, como ansiedade, pânico ou depressão. A duração dos episódios de despersonalização pode variar de muito breve (segundos) a persistente (anos). Estados de despersonalização encontram-se em indivíduos sem adicção e psicopatologia devido a situações ansiogénicas, stress e perigo, podem ser auto-induzidas ou encontrar-se numa grande variedade de quadros psicopatológicos (fobias ,transtornos de pânico). (Dias, et al., 1980)

Salientamos que Dias et al., (1980) na sua experiência clínica tiraram a confirmação de uma grande frequência de episódios de despersonalização agudas, consequentes a práticas aditivas (sobretudo com alucinogéneos) e síndromas de despersonalização crónicas referidas por jovens politoxicod dependentes em consequência do abuso de produtos adictivos. Apesar de no estudo efectuado pelo autor citado, os indivíduos não apresentarem qualquer sintoma antes do início do uso de drogas. Os síndromas de despersonalização mantêm-se apesar das flutuações no uso de drogas persistindo após a supressão de hábitos adictivos. Destes estudos fica a ideia que em hábitos adictivos prolongados, há uma tendência para apresentar síndrome de despersonalização crónicas, cuja evolução não é paralela à maturação interna e à consequente ressocialização. A despersonalização surge como “destruturação da gestante das representações do corpo psicológico” (Dias,(1980) p. 359), num sistema em que o corpo é compreendido como representação, ligado dialecticamente a uma perspectiva evolutiva, e em que o seu reconhecimento aparece como um espaço transaccional entre o sujeito e o objecto. A despersonalização funciona como uma defesa regressiva, transitória ou crónica, a colocar do ponto de

vista genético num tempo em que a comunicação interpessoal é feita através do corpo, isto é, numa relação não verbal.

Uma vez que a toxicomania estimula em coordenadas intra e interpessoais um aumento do self grandioso e do amor-próprio patológico, não é surpreendente a frequência de síndromas de despersonalização crónicos em toxicómanos graves. Se a toxicomania se faz acompanhar de fenómenos de despersonalização é perfeitamente compreensível que a representação mental sobre o corpo próprio, ou imagem corporal esteja profundamente perturbada em sujeitos consumidores de drogas.

3. VIH/Sida

O seu significado refere-se a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Síndrome porque inclui um conjunto de sinais e sintomas; Imunodeficiência devido à falência do sistema imunitário que permite o aparecimento de várias doenças ditas oportunistas e tumores; Adquirida porque não é uma doença congénita, mas que advém de uma infecção por um vírus, muito particular, o VIH. Estas doenças são chamadas de oportunistas porque são causadas por organismos que são normalmente controlados pelo sistema imunitário, mas que neste contexto têm a “oportunidade” de causar doença. (Fieldhouse, 2003)

O VIH joga um importante papel no desenvolvimento da Sida, o sistema imunitário é extremamente complexo e existem muitas formas em que ele é afectado pelo retrovírus VIH. (Fieldhouse, 2003)

3.1. VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

O VIH refere-se ao vírus da imunodeficiência humana, o qual surge associado à imunodeficiência símia (VIS) ou felina (VIF). Tal leva-nos a pensar que o vírus da imunodeficiência não é exclusivamente humano, mas pode surgir noutros animais. Sabe-se que o VIH (VIH-1 e VIH-2) tem origem em lentivírus desenvolvidos a partir de símios de algumas espécies do continente africano. Sendo um vírus que evoluiu muito rapidamente, o que provoca muitas replicações, as quais estão na base de diversas variantes, com características biológicas particulares. Talvez uma delas se tenha apresentado como extremamente patogénica para o homem após imensos anos de contacto. (Ouakinin, 2001)

Este vírus inclui-se no grupo dos retrovírus, logo é constituído por RNA. ácido ribonucleico) pertence ao grupo dos lentovírus o que define um curso gradual à doença. O RNA é transcrito em DNA na célula infectada como protovírus, inicia-se uma nova síntese de partículas de RNA que originam novos vírus. Tal fenómeno chama-se transcrição inversa e a enzima que realiza esta tarefa denomina-se transcriptase inversa. De acordo com o ciclo de replicação viral, o VIH insere-se na célula hospedeira por uma glicoproteína da sua membrana, a Gp120, ao receptor CD4, que se situa na superfície de algumas células, particularmente linfócitos e macrófagos.

A proteína viral Gp 41 permite que a membrana viral se funda com a da célula onde o genoma viral penetra. (Ouakinin, 2001)

A transcriptase reversa possibilita a cópia do VIH numa cadeia de DNA complementar (CDNA). Esta cópia ao entrar no núcleo da célula integra o genoma do hospedeiro por acção de outra enzima do vírus a íntegrase. Efectua-se a replicação viral quando a célula hospedeira é activada, surgindo novas partículas de RNA por transcrição do vírus. Surgem unidades funcionais a partir da protease viral, saindo da célula num invólucro proteico constituído a partir da membrana celular (Ouakinin, 2001).

De acordo com Ouakinin, (2001), o RNA do vírus é capaz de promover uma replicação viral em células activadas, pois codifica várias proteínas reguladoras. O que permite a rápida replicação do VIH, logo desde o início da infecção, verificando-se uma relação de equilíbrio entre a replicação do vírus e a produção de células CD4. Até que as células CD4 deixam de ser sintetizadas nos níveis adequados à resposta imunitária e o hospedeiro perde a sua imunocompetência.

O VIH é hoje conhecido pela sua capacidade de sobrevivência em diferentes meios ambientes e a evolução dos seus genomas que resultam de mutações, rearranjos e recombinações genéticas, que ocorrem durante o processo de transcrição inversa, é a causa responsável pelo grau de variação genética do VIH. (Ouakinin, 2001)

Foram até hoje identificados dois tipos de VIH: o VIH 1 e o VIH 2, o primeiro é o mais frequente em todo o mundo e o segundo foi inicialmente descoberto na África e é mais parecido com o vírus da imunodeficiência dos símios. O VIH-2 foi identificado em 1986 e está definido a diferenciação existente entre este tipo de vírus e o VIH-1, não só no que diz respeito à evolução da infecção, como no seu ciclo biológico. Na infecção provocada pelo VIH-2, a latência clínica é maior que a do VIH-1, podendo até ultrapassar os 20 anos, enquanto que a infecção pelo VIH-1 apresenta um período de latência situado entre os 10 a 12 anos. (Alcorn, 2002)

O continente africano é o mais afectado pelo VIH-1, apesar deste estar presente em todo o mundo. O VIH-2 está mais disseminado pelos países de África Ocidental, como o Senegal, Cabo Verde, Angola, Moçambique. Contudo também apresenta prevalência noutros países, particularmente naqueles onde ocorreram contactos estreitos com países africanos, como a Índia, Brasil, França e Portugal. (Lourenço, 2001)

Além do continente africano, Portugal é o único país que apresenta um número significativo de infectados pelo VIH-2, tal deve-se aos contactos efectuados com as ex. colónias em África Ocidental. O VIH-2 existe actualmente em 5% dos casos notificados em Portugal. Têm-se verificado o aparecimento de novas estripes de VIH, que advém de mutações associadas ao ciclo de replicação vírica, como de trocas genéticas entre VIH positivos que circulam em diferentes comunidades. A grande variabilidade de estripes condiciona a preparação de vacinas e até a eficácia terapêutica antiretroviral e desenvolvimento de novos medicamentos. (Fieldhause, 2003)

A infecção causada pelo VIH-2 parece ser menos patogénica que a causada pelo VIH-1. É mais difícil isolar o VIH-2 no sangue de indivíduos infectados, do que o VIH-1. A Imunodeficiência causada pelo VIH-2 demora muito mais tempo a desenvolver-se, e os indivíduos afectados ficam assintomáticos durante mais tempo e podem manter-se sem desenvolver altos níveis de vírus no sangue, por 15 a 20 anos depois da infecção. (Fieldhause, 2003) O VIH-2 não é tão facilmente transmissível, como o VIH-1, durante o período assintomático da infecção, existindo níveis muito baixos de vírus durante esta fase, o que explica o facto deste vírus ser menos explosivo no seu desenvolvimento. (Fieldhause, 2003) A menor patogénese do VIH-2 pode ser também explicada, pelo facto deste usar um conjunto mais alargado de co-receptores em conjunto com a molécula TCD4+, o número de cópias plasmáticas de ARN é menor do que o do VIH-1. Alguns estudos defendem a existência de anticorpos neutralizantes, respostas citotóxicas das células T auxiliares contra antígenos VIH-2, tal como a reactividade cruzada entre antígenos VIH-1 e VIS. (Espada, & Victorino, 2001)

Um estudo desenvolvido no Senegal com prostitutas permitiu verificar que os indivíduos infectados com VIH-1 desenvolvem muito mais rapidamente a carga viral e surge um grande número de novos casos contaminados com VIH-1, por cada novo ano. Enquanto os infectados com HIV-2 desenvolvem a carga viral muito mais lentamente e o número de novos casos em cada novo ano era praticamente idêntico. A investigação demonstra que é necessário 5 anos para que o número de casos infectados com VIH-1 duplique e 31 anos para a duplicação dos casos infectados com VIH-2. O VIH-2 é mais dificilmente transmitido de mãe para filho, talvez devido à baixa carga viral existente. (Fieldhause, 2003)

Em 1994 foram identificados três grandes grupos genéticos relativos ao VIH, o M (major), o qual inclui os vírus dominantes na pandemia, O (outlier), que é um grupo divergente e o N (non-M, non-O), grupo não M nem O, este último mais recentemente descoberto. Verifica-se uma considerável variação genética entre estes três grupos, o grupo M divide-se em 12 sub grupos genéticos. Mais recentemente, foram identificados estripes virais resultantes de constantes recombinações entre estripes dos grupos M e O, a descoberta destas recombinações levou a uma nova classificação de VIH-1, o que demonstra o constante movimento evolutivo do VIH. (Pereira, 2001) Neste seguimento, Martins, (2001) assume de acordo com uma análise filogenética, que o grupo M pode subdividir-se em subtipos equidistantes sob o ponto de vista genético, logo podemos identificar nove subtipos: A, B, C, D, F, G, H, J e K. Tal significa que uma linhagem distinta, reconhecida e relacionada com um subtipo, não é contudo geneticamente distante para ser considerada um novo subtipo. Como tal, dentro do subtipo F encontramos duas linhagens distintas, que são consideradas sub-subtipo F1 e F2.

De acordo com Fieldhouse, (2003) existem algumas variantes do VIH-1, as referências aos seus subtipos têm-se tornado mais frequentes na literatura científica. Estes subtipos predominam em diferentes partes do mundo e a ocorrência dos mesmos subtipos em países distantes abre pistas sobre a disseminação global do VIH. De acordo com o mesmo autor, estão identificados os seguintes subtipos de VIH-1:

- Subtipo A - encontra-se em África Central;
- Subtipo B - existe nos países desenvolvidos, afectando particularmente os consumidores de drogas injectáveis e os homossexuais. É comum na América, Europa, Austrália e Tailândia. Continuando a contaminação deste subtipo, nos grupos indicados.
- Subtipo C - encontra-se na Índia, Brasil, Etiópia, Tanzânia, China e África do Sul, sendo actualmente o vírus mais difundido à escala mundial;
- Subtipo D - existe na África Central;
- Subtipo E - encontra-se na República Africana Central e na Tailândia;
- Subtipo F - verifica-se no Brasil, Roménia, República democrática do Congo;
- Subtipo G - existe na República democrática do Congo, Gabão e Taiwan;
- Subtipo H - encontra-se na República democrática do Congo e Gabão.

O grande número de variantes do VIH existente em África sugere que o VIH tem estado presente nos humanos nesse continente há mais tempo que noutras partes

do mundo. Por outro lado o VIS foi identificado em mais de vinte espécies diferentes de primatas africanos, tendo-se isolado pelo menos treze. De acordo com Ferreira, (2001), o VIH-1 está situado mais próximo do lentivírus dos chimpanzés, e o VIH-2 aproxima-se de outras espécies de macacos, como os mangabeys e os mandrillus. Formas recombinadas do vírus, entre diferentes subtipos, estão a aumentar grandemente nalgumas partes do mundo, especialmente na África Ocidental, onde a maioria das pessoas com VIH apresentam vírus descritos por recombinações AG, o que muitas vezes inclui secções de outros subtipos. O subtipo E consiste na recombinação entre o subtipo A e outro vírus. Foi classificado como uma forma de recombinação circular e assume o nome alternativo de CRF 01 - AE. (Fieldhause, 2003). Denota-se um aumento gradual de um número crescente de sequências que não se enquadram na nomenclatura padrão. Logo, as recombinações genéticas organizam novas estripes, que contribuem para o aumento e descontrolo da doença. O fenómeno de formas de recombinação circular está na sua origem. Existem quatro formas de recombinantes em circulação: CRF01- AE (pertencia ao subtipo E), CRF02- AG, o qual existe em África central e ocidental; CRF03-AB, este circula geralmente em consumidores de drogas injectáveis e está presente em Kalinegrado e o CRF04-cpx, recombinação grega, que integra quatro subtipos - A, G, H, K. (Martins, 2001)

A existência destes subtipos representa a evolução do VIH, a qual é potenciada pela facilidade de deslocação, que leva aos contactos humanos cada vez mais frequentes e fáceis entre povos distantes. A evolução constante do vírus, tal como a sua constituição altamente diferenciada, com a existência de grupos M e O não permite a delimitação precisa do VIH e a detecção serológica ou até a consolidação de uma vacina. (Ferreira, 2001).

Seropositividade refere-se à infecção do Sistema Imunitário, o qual vai reagir pela produção de anticorpos contra o VIH. O organismo demora aproximadamente três meses a reagir à infecção. Quando se encontram anticorpos significa que o indivíduo esteve em contacto com o vírus, embora não surjam sintomas da doença, o indivíduo seropositivo pode transmitir o vírus a outras pessoas, enquanto o vírus está alojado nos linfócitos T4. Este fenómeno denomina-se por seropositividade que pode manter-se por vários anos até que o vírus resolva multiplicar-se e destrua os linfócitos T4, deste modo aparecem as infecções, com as doenças oportunistas. Esta é que é a fase de SIDA, que significa um período avançado da replicação viral, que após a falência do sistema imunitário surge todo um conjunto de infecções.

3.2. VIH e o Sistema Imunitário

O sangue é constituído por glóbulos vermelhos e brancos, os vermelhos transportam o oxigénio para outras células, enquanto que os segundos assumem uma posição decisiva na defesa e combate às doenças, incluindo as infecto contagiosas. As células T são um tipo de glóbulos brancos que se desenvolve no Timo, este atinge o seu desenvolvimento máximo após o nascimento, mas na puberdade começa a diminuir e acaba por se infiltrar no tecido gordo. Contudo, mesmo nos adultos, o timo ainda consegue ter alguma capacidade para produzir linfócitos. (Alcorn, 2000)

Os linfócitos T podem ser divididos em dois grandes grupos: os linfócitos T auxiliares e os linfócitos T citotóxicos, os primeiros têm como principal função a secreção de substâncias denominadas citocinas que actuam sobre as próprias células que as produzem e à distância, activando outras células como as células T citotóxicas ou as células B, um exemplo deste tipo de substâncias é a interleucina 2 (IL2). (Arroz, 1998). Os linfócitos T citotóxicos são células que destroem as células a abater, tais como as infectadas pelo vírus, produzindo para esse efeito, perforina com o intuito de danificar a membrana das células alvo, fazendo com que elas rebentem. As células B produzem anticorpos ou imunoglobulinas que após reconhecerem microrganismos estranhos, fixam-se na sua superfície assinalando-as para que os neutrófilos efectuem o processo fagocitário e as eliminem. (Alcorn, 2000)

Todo este conjunto de células designadas no seu conjunto por CDs permitem a utilização de anticorpos monoclonais e contá-las por citometria de fluxo. As células T apresentam na sua membrana o CD3, que é um marcador que só existe na linhagem T, no entanto, outras moléculas como o CD4 e o CD8 podem existir em diferentes tipos de células. Como tal, é importante que as células expressem CD3 e CD4 para enumerar os linfócitos T auxiliares, e CD3 e CD8, para os linfócitos T citotóxicos. As células B são identificadas pelo CD19 e as células NK caracterizam-se por expressão de CD16, tamanho e complexidade de linfócitos, sem CD3. Todo este constituinte de células T, B e NK assumem-se como as sub populações linfocitárias. (Arroz, 1998)

Nos doentes infectados com o VIH, deve ser analisado frequentemente a relação CD4/ CD8 bem como o número absoluto de linfócitos T auxiliares, tais como CD3 e CD4, sendo o seu controle determinante para a terapêutica antiretroviral. As células CD assumem um papel muito importante na defesa do sistema imunitário. As

células CD4+ e CD8+ são especialmente importantes na infecção VIH, pois o alvo preferido do VIH são as células TC4+, podendo infectá-las facilmente. (Alcorn, 2000)

Na presença de um agente infeccioso ou não, mas estranho ao organismo as células TC4+ são chamadas a intervir, contudo nem todas são capazes de ler o antigénio do agente. Para a identificação de todos os agentes são necessárias células CD4+ competentes. Para que exista um sistema imunitário eficaz, o repertório das células CD4+ tem de ser tão amplo quanto o número de agentes. As células CD4+ activam as células CD8+ que devem combater em particular o agente estranho e vão verificar todas as outras células possíveis de serem infectadas e eliminam as que já foram infectadas. É suposto que o antigénio do agente estranho (o seu bilhete de identidade) seja completamente eliminado, só assim se efectua o fim da infecção. Se não existirem células CD4+ ou estas não responderem às células apresentadoras de antigénio, ou se o seu repertório não estiver completo, as células CD8+ não são activadas para combater o agente infeccioso. Tal verifica-se na infecção VIH, pois o sistema imunitário não tem condições para combater-lo. (Alcorn, 2000)

Todo o sistema imunitário sofre alterações funcionais em todos os seus componentes, aquando da infecção VIH. Estas alterações devem-se não só à acção directa do vírus como a um estado de activação crónica generalizada. Contudo efectua-se um ataque massivo aos linfócitos T auxiliares, os quais sofrem alterações qualitativas e quantitativas. Efectua-se uma perda da actividade lítica das células NK. Não se observa uma diminuição no número de monócitos, mas efectua-se uma infecção nas células dessa linhagem, sem efeito citopático directo, sendo os macrófagos de certos tecidos reservatórios de VIH. Também é patente a existência de alterações fagocitárias e de capacidade oxidativa, tal como da quimiotaxia e da produção de citocinas, pelos monócitos, em sujeitos infectados pelo VIH. É ainda de salientar a activação dos leucócitos polimorfonucleares, efectuando-se uma maior susceptibilidade à apoptose com alterações funcionais. (Espada, & Victorino, 2001)

Todas estas alterações ocorrem no sistema imunitário e vão constituir a imunodeficiência, como tal assumem um papel importante na eclosão das infecções oportunistas. Contudo não nos podemos esquecer que a génese da imunodeficiência está situada nas alterações numéricas e funcionais das células TCD4+ e TCD8+. Uma vez que as células CD4 e os linfócitos T juntamente com o VIH são os grandes protagonistas desta patologia, a investigação concentrou muitos dos seus esforços no

estudo da imunopatogénese envolvendo os mecanismos associados à depleção das células TCD4+. (Espada, & Victorino, 2001)

Espada, & Victorino, (2001) assumem que as glicoproteínas virais, potenciam mecanismos que levam à morte celular. Por outro lado, na infecção VIH os linfócitos ficam mais sensíveis à apoptose, envolvendo células não infectadas. A intensidade desta relaciona-se com o grau de activação imunitária, sendo independente dos níveis de TCD4+ periféricos e da viremia. Por conseguinte, a terapêutica HAART possibilita a diminuição de apoptose juntamente com a redução da viremia. Ainda de acordo com os autores acima nomeados, apesar de tudo, os linfócitos TCD3+ mantêm-se em número constante, de acordo com um balanço entre produção e morte celular. Porém, se na fase inicial o número total de linfócitos T existente no sangue periférico se mantêm constante, diminui drasticamente em fases seguintes. Os linfócitos TCD4+ diminuem no sangue periférico e os TCD8+ mantêm-se constantes, até à fase avançada de destruição de ambas as espécies linfocitárias. (Espada, & Victorino, 2001)

Em 1985 Margolick e seus colaboradores explicam a existência de uma homeostase nas células T, logo o organismo responde à perda das células T com produção de TCD4+ e TCD8+. Porém, tal homeostasia deixaria de existir em fases mais avançadas como a Sida. Porém Espada, e Victorino, (2001) explicam que a expansão dos linfócitos TCD8+ prende-se com o facto destes serem sub populações naïve, que ainda não foram expostas ao antigénio de memória, que após conhecerem o antigénio reconhecem e respondem a uma segunda exposição. Inicialmente só se perdem células naïve e aumentam as células de memória nos linfócitos TCD4+. Tal explica a possibilidade do sistema imunitário produzir novas células, mesmo durante a infecção VIH. O adulto produz linfócitos a partir de uma timopoiese residual, porém o VIH infecta os produtores tímicos e hematopoiéticos que produziram novas células. Encontramos então múltiplos factores associados na perturbação da homeostasia linfocitária. A população linfocitária sofre alterações quantitativas e qualitativas, verificáveis ainda antes da perda de linfócitos TCD4+, com uma dificuldade proliferativa linfocitária e alterações de citocinas. Por outro lado, os indivíduos VIH positivos podem apresentar aumentos transitórios de viremia, devido a infecções intercorrentes ou imunizações com vacinas, tais como a do tétano e da gripe. (Espada, & Victorino, 2001)

O VIH é capaz de produzir citocinas, as quais permitem diferenciações celulares, quimiotaxia e inflamação, logo a replicação viral surge. Então as citocinas pós-inflamatórias contribuem para a imunodeficiência. Em 1993, Shearer e Clerici apresentam a hipótese de que a produção de citocinas do tipo 2 implicaria o aumento da sensibilidade linfocitária à apoptose diminuindo a produção de TCD8+. Enquanto as citocinas do tipo 1 associam-se à protecção contra a infecção constituindo o objectivo da vacinação.

O VIH destrói parte da totalidade do repertório das células CD4+. Quando se inicia um tratamento antiretroviral efectivo, assiste-se, regra geral ao retorno das células CD4+. As pessoas não contaminadas com o VIH têm entre 400 a 1200 células CD4+ no sangue, muitas seropositivas conseguem voltar a ter uma contagem de células CD4+ normal. (Arroz, 1998) A regeneração das células T é feita através da expansão de populações de células T. A produção de novas células CD4+ pode ser feita pelas CD4+ remanescentes que fazem réplicas de si próprias. Caso seja activada, uma só célula CD4+ remanescente pode produzir centenas de cópias de si própria, é a designada expansão periférica. A regeneração das células T é feita através da diferenciação extratímica dos precursores da medula óssea, este é o local de proliferação das células mães, sendo uma fábrica que produz todo e qualquer tipo de células. Algumas delas podem diferenciar-se em células T sem que a sua transformação seja efectuada no timo. Durante o processo de expansão periférica, as células T novas transformam-se em células T de memória, as células CD4+ tornam-se em células de memória, as quais são activadas para combater agentes, logo necessitam de proliferar e memorizar esse agente, para serem mais eficazes da próxima vez. Contudo sem existirem antigénios a expansão periférica das células CD4 não é efectuada e por outro lado, se as células CD4+ forem activadas por uma mensagem mas não encontrarem qualquer antigénio, elas morrem. (Ouakinin, 2001)

A replicação viral é rápida e faz-se acompanhar por modificações nas próprias características dos vírus, surgindo as “quasi espécies” agravantes da deficiência imunitária. O sistema imunitário depara-se com várias mutações do vírus, o que provoca uma grande incapacidade de controle do sistema imunitário. Por outro lado, as células CD4 infectadas são destruídas, perdendo competências, o que possibilita a deficiência da resposta imune e como consequência alterações noutras células específicas para a resposta imunitária como os linfócitos NK, macrófagos, linfócitos B e TCD8+ (Ouakinin, 2001)

A investigação em torno da imunopatogenése das questões associadas à destruição das células TCD4+ revela a molécula CD4, como o principal receptor de VIH e os linfócitos T a população alvo infectada.

Torna-se interessante pensar nos “long term nonprogressors”, indivíduos VIH positivos sem indícios de progressão da infecção durante vários anos. Um critério usado para identificar este grupo é o facto destes indivíduos estarem infectados há mais de 7 anos e com linfócitos TCD4+ circulantes superiores a 600/ml, sem que esteja presente qualquer sintomatologia e terapêutica antiretroviral. Este grupo corresponde a 5% dos seropositivos, é heterogéneo e não se sabe ao certo as causas desta situação particular, se é uma não progressão da infecção ou uma progressão lenta. A investigação aponta para a existência de uma menor carga viral, apesar desta coexistir com a manutenção da mesma. Existe a hipótese da existência de estripes atenuadas do vírus, com menos patogenicia, factores genéticos também são relevantes, manutenção da existência de factores supressores solúveis e de respostas humorais e T auxiliares para VIH. (Espada, & Victorino, 2001)

3.3. Evolução da Infecção pelo VIH

Se a resposta imunitária ainda consegue controlar a fase inicial da infecção VIH, é totalmente inoperante nas fases que se seguem. No início da infecção pelo VIH, surge em 50% a 90% dos casos uma espécie de síndrome gripal que pode ter a duração de 2 semanas (Ouakinin, 2001). Fazendo-se acompanhar pelos seguintes sintomas: febre, faringite, linfadenopatia (aumento dos gânglios linfáticos), cefaleias, mialgias, artralgias, entre outros. Nesta fase denota-se uma franca diminuição dos linfócitos CD4+ no sangue periférico e dá-se o aparecimento de anti corpos verificando-se assim a seroconversão, entre 2 a 6 semanas após a infecção. Também se verifica a activação das células citotóxicas CD8+ que tentam fazer desaparecer as células infectadas pelo VIH. Dá-se a diminuição da virémia em 100 vezes menos que a inicial e o aumento do número de células CD4 para valores normalizados. (Ouakinin, 2001)

A partir daqui grande parte dos indivíduos infectados fica situado num período de latência clínica, assintomática que pode ter uma duração muito variável, desde 3 a 15 anos depois da infecção primária. O sujeito encontra-se numa fase de seropositividade, na qual dependendo de sujeito para sujeito se observa uma replicação viral e diminuição das células CD4. Verifica-se com maior ou menor

intensidade alterações na capacidade funcional e regulação da resposta imunitária. Não é pouco comum numa fase inicial surgirem adenopatias generalizadas, alguns sintomas pouco específicos e infecções relacionadas com a imunodeficiência, tais como o herpes zoster ou a candidíase orofaríngea, que no entanto ainda não se apresentam como diagnósticos de Sida (Ouakinin, 2001)

A virémia é baixa devido à resposta do sistema imunitário, mas ainda há vírus suficientes para continuar a replicação. Estes infectam os linfócitos T helper, que são marcados por CD4 ou CD4+. Enquanto o indivíduo ainda tem células CD4+ suficientes não sente nada, está assintomático, esta fase é variável, mas pode ir até aos 10 anos. Quando existem poucas células CD4+ o organismo já não consegue responder a uma infecção nem a outras efectuando-se a falência imunitária, podem surgir pequenas infecções até às doenças indicadoras de Sida. Tudo isto ocorre numa gradação que pode desenvolver-se no espaço de meses ou anos. A fase mais problemática e que assume a falência do sistema imunitário pode ser referida como a fase de Sida. Esta caracteriza-se por um vasto leque de infecções pouco comuns em indivíduos com imunidade normal. Estas foram definidas pelos Centers for Disease Control and Prevention (CDC) em 1993. (Valadas, 2001)

Para os adultos as doenças que assumem a existência de SIDA são:

- Candidose esofágica ou broncopulmonar;
- Carcinoma cervical invasivo;
- Coccidioidomicose extrapulmonar;
- Criptococose extrapulmonar;
- Criptosporidiose com diarreia > 1 mês de duração;
- Demência associada a VIH;
- Estrongiloidose extra-intestinal;
- Herpes simplex, com úlcera mucocutânea > 1 mês, bronquite, pneumonite e esofagite;
- Histoplasmose extrapulmonar;
- Isosporose com diarreia > 1 mês de duração;
- Infecção disseminada por *Mycobacterium avium*;
- Infecção por CMV de qualquer órgão, excepto fígado, baço ou gânglio;
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- Linfoma de Burkitt, imunoblástico ou primário do SNC;
- Nocardiose;

- Pneumonia por *Pneumocystis carinii*;
- Pneumonia bacteriana recorrente (> 2 episódios em 12 meses);
- Sarcoma de Kaposi;
- Septicemia recorrente a *Salmonella* spp (não tifóide);
- Síndrome de emaciação associada a VIH: perda involuntária de > 10% do peso corporal e diarreia crónica (> duas dejectões por dia, > 30 dias) ou astenia crónica e febre > 30 dias);
- Toxoplasmose cerebral;
- Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;

(M.M.W.R. 1993, cit por Valadas, 2001)

A infecção VIH provoca consequências ao nível da imunidade celular e humoral, pois o seu alvo, os linfócitos CD4+ são responsáveis pela regulação de ambas as imunidades. (Valadas, 2001)

De acordo com Ouakinin, (2001) não são totalmente claros, os mecanismos patogénéticos que estão associados às reacções ao VIH. Contudo parece que existe uma resposta organizada por anticorpos, citotoxicidade celular e produção de citocinas. Durante a infecção primária, a qual se faz acompanhar por sintomas de gripe, foi encontrado no sangue e liquor níveis aumentados de interferão, o que supõe uma activação do sistema imunitário, numa tentativa de defesa perante o VIH. Porém, ao longo do tempo e após infecção parece que surge uma modificação no padrão de produção de citocinas, surgindo o predomínio de um padrão Th1 no início e outro Th2 numa fase posterior. O que para alguns autores, apesar de não ser um mecanismo claro, assume extrema importância. Por outro lado, a própria destruição das células do sistema imunitário pelo VIH não está perfeitamente claro. De acordo com Ouakinin, (2001) a depleção de células TCD4+ pode justificar-se devido a um efeito citopático do VIH nas células infectadas, tal como a mecanismos de natureza auto imunes ou até à destruição de células infectadas após estimulação potenciada pela falência de IL2. Esta falência pode ser consequência de alterações funcionais das células CD4+ e CD8+.

Também os monócitos e macrófagos podem provocar modificações no padrão de produção de citocinas, uma vez que se podem constituir como reservatórios do vírus e logo produzindo modificações perante a infecção. Este fenómeno pode estar na base da caqueixa, depressão da medula óssea e até replicação viral devido à activação de células infectadas. Outro fenómeno prende-se com o aumento da produção de

imunoglobulinas devido à activação de linfócitos B. Tal pode estar na base de um aumento de IL6, IL1 e TNF ∞ , como a activação de algumas infecções que podem potenciar o desenvolvimento da doença, tais como citomegalovírus e vírus de Epstein-barr. (Ouakinin, 2001)

A partir desta revisão, referente à dinâmica imunológica associada ao VIH, é importante salientar que tudo se passa num processo extremamente complexo, onde ainda é patente todo um conjunto de lacunas relativas ao conhecimento do mesmo. Existem muitos fenómenos e interacções ao nível do processo imunológico em contacto com o VIH que não estão claros, não só no que diz respeito à resposta imunitária como até no que se refere à relação entre este e o sistema nervoso central e endócrino.

3.3.1. Doenças associadas à Infecção por VIH

Parece-nos interessante desenvolver um pouco o tema relativo às doenças que mais frequentemente surgem associadas à infecção VIH. Não vamos focar todas elas, mas aquelas que nos parecem ser mais comuns, e logo mais pertinentes.

Os doentes infectados com VIH, são particularmente sensíveis a alguns parasitas, os quais quando surgem associados à imunodeficiência provocam graves danos no organismo humano. Entre eles temos o Criptosporidiose, Isosporiose, Ciclosporiose, Microsporidiose, Pneumocistose, Toxoplasmose e Leishmaniose visceral (Kala-azar). (Antunes, et al., 2001)

O **Criptosporidiose** apresenta a espécie *C. parvum*, que é um protozoário intracelular patogénico, provoca diarreia auto limitada, a qual pode-se tornar grave por evolução para a cronicidade. Este parasita pode ser transmitido por contacto humano, sexual ou não, ou até por consumo de alimentos ou água contaminados, tal como contacto com animais também contaminados. (Antunes, et al., 2001)

Isosporiose é uma infecção causada por *Isospora belli*, um protozoário intracelular, a sua infecção é rara, contudo surge nos casos de imuno deficiência humana. Pode infectar tanto adultos como crianças e focaliza-se nos intestinos, provocando uma diarreia passageira quando não está associado ao VIH. Quando existe imunodeficiências surge uma diarreia grave. A transmissão pode acontecer por transmissão humana, por alimentos, água ou animais infectados. (Antunes, et al., 2001)

Ciclosporiose, também é uma infecção oportunista causada por *Cyclospora cayetanensis* outro protozoário parecido com os dois anteriormente descritos. Este parasita do intestino delgado provoca atrofia das vilosidades, alterações inflamatórias e até hiperplasia das criptas. Os sintomas típicos são fortes diarreias, cólicas, náuseas, vômitos, anorexia e conseqüentemente perda de peso. Pode ser transmitido por alimentos, água e possivelmente contactos humanos. (Antunes, et al., 2001)

Microsporidiose, o agente parasitário denomina-se por *microsporídia* e também é intracelular. Provoca grave diarreia crónica, síndrome de emaciação e má absorção, estes sintomas são transitórios quando não estão associados a infecção por VIH. A transmissão efectua-se através de água, alimentos, contacto com outros humanos, incluindo contactos sexuais e proximidade com animais. (Antunes, et al., 2001)

A infecção **Pneumocistose** apresenta o agente *Pneumocystis carinii*, assumindo características de fungo e protozoário concomitantemente. A transmissão pode ocorrer por via aérea e por animal. Este agente coloniza no pulmão, se o indivíduo sofrer de imunodeficiência pode provocar uma pneumonia grave e até mortal. A sintomatologia é febre, tosse seca, fadiga, dispneia com agravamento progressivo. É uma das grandes causas de morte devido à infecção VIH. (Antunes, et al., 2001)

A **Toxoplasmose** é resultado do protozoário *Toxoplasma gondii*, assume uma das mais importantes e frequentes causas de morte por infecção VIH Os felinos transportam este agente, contudo também pode ser encontrado em aves e répteis. A possibilidade de contaminação associa-se a condições climáticas, hábitos alimentares e de higiene. Doentes com Sida infectados por esta patologia apresentam em mais de 95% dos casos infecção cerebral, a qual foi reactivada de uma latente. Tal acontece quando os linfócitos TCD4+ apresentam um índice inferior a 100 células/mm³. Os sintomas associados a esta perigosa infecção podem dirigir-se predominantemente para disfunções neurológicas, tais como debilidade, desorientação, psicose, letargia, confusão ou até estados de coma. Manifestações focais da doença incluem: hemiparésia, hemiplegia, perdas sensoriais, tremor, paralisia de pares cranianos, cefaleia localizada, convulsões e afasia. Esta patologia ainda pode infectar outros órgãos, com ou sem associações sintomatologia neurológica associada. Logo o pulmão, fígado, olho podem ser zonas afectadas. (Antunes, et al., 2001)

A **Leishmaniose visceral (Kala-azar)** tem na sua origem o protozoário *Leishmania*, este está maioritariamente presente entre toxicodependentes que usam drogas injectáveis, uma vez que é transmitido por seringas. Normalmente surge em indivíduos com níveis muito baixos de linfócitos TCD4+, abaixo dos 200/mm. A sintomatologia da infecção caracteriza-se por febres, hepatoesplenomegalia, pancitopenia, com índices de imunodeficiência elevados, pode ocorrer infecção mucocutânea, gastrointestinal, laríngea, renal, peritoneal, sinovial, cerebral e dérmica. (Antunes, et al., 2001)

A **Candidose** é uma infecção provocada pelo fungo *Candida*, sendo bastante comum na população infectada com VIH. Caracteriza-se por infecções que ocorrem maioritariamente nas superfícies mucosas como vulvovaginal, esofágica e orofaríngea. Este fungo preexiste na flora das mucosas, contudo é potenciado devido a factores imunitários ou sistémicos. A candidose vulvovaginal, apesar de não aparecer em muito maior número nas mulheres VIH positivas, quando infectadas, estas apresentam infecções graves e resistentes à terapêutica. A variante esofágica apresenta dor retroesternal e disfagia, surgindo muitas vezes associada à variante oral. A Candidose orofaríngea é bastante comum nos VIH positivos e surge associada a alterações de paladar e a formas eritematosas, hipertróficas ou a queilite angular. (Pacheco, 2001)

A infecção fúngica de **Criptococose**, associa-se à levedura *Cryptococcus neoformans*, encontra-se principalmente em África e é muito observada em doentes de Sida. Esta levedura situa-se no solo que contém excremento de galinhas e pombos. Provoca infecções respiratórias produzidas devido a simples inalações. Perante índices celulares de CD4+ muito baixos, como $< 50 \text{ cel/mm}^3$, pode efectuar-se uma infecção por todo o organismo. Apresenta-se por criptococose pulmonar, sistémica e cutânea, ou ainda por meningoencefalite. (Pacheco, 2001)

Micose endémica, como infecção fúngica a sua prevalência relaciona-se zonas geográficas particulares, como a América do Norte, Central e do Sul, África subsariana e Ásia. A transmissão efectua-se por esporos inalados e os sintomas são febre, sintomas respiratórios, emagrecimento. Algumas destas infecções surgem em forma de histoplasmose e peniciliose. (Pacheco, 2001)

A **Aspergilose** é uma infecção também fúngica, causada por um fungo ubiqüitário no ambiente, denominado por *Aspergillus spp.* É uma infecção rara e quando ocorre está associada a fases terminais da doença Sida. Organiza-se em função

de dois grandes grupos de sintomas: infecção respiratória e infecção do sistema nervoso central, acompanhadas de lesões cerebrais, com edema perilesional e obviamente graves déficits neurológicos. (Pacheco, 2001)

A **Tuberculose**, nos dias de hoje é uma das mais graves patologias a nível mundial, pois apesar de existir uma vacina, ainda é uma das grandes causas de morte em população adulta. Ela tem na sua origem o *Mycobacterium tuberculosis*, o qual coexiste com estirpes multirresistentes, muitas delas associadas aos consumidores de drogas injectáveis. A imunodeficiência surge muito associada a infecção de tuberculose, e esta assume-se como definidora de Sida. Por conseguinte, a co-infecção VIH e tuberculose, promove agravamento no prognóstico de infecção por VIH, contudo também é possível a existência de infecção por *M. tuberculosis*, sem desenvolver a doença em si, ficando esta em estado quiescente, mas para isso a imunidade celular deve estar a funcionar de forma ajustada. Portugal apresenta elevadas taxas de infecção por *Mycobacterium tuberculosis*, a qual também se encontra com relativa facilidade na população portuguesa VIH negativa. Existe o perigo acrescido dos VIH positivos infectados com esta doença funcionarem como veículos de transmissão à população VIH negativa, esta é então a única infecção oportunista que se transmite a indivíduos que não são imunodeficientes. A tuberculose apresenta a possibilidade de atingir outros órgãos, em que a sintomatologia clínica depende da localização da infecção. (Valadas, 2001) A progressão da infecção por VIH provoca uma diferenciação da tuberculose, podendo desenvolver formas atípicas e multirresistentes. Esta multirresistência relaciona-se com a rapidez e eficiência da resposta terapêutica. A sintomatologia refere-se na maioria dos casos a um prolongado síndrome febril, podendo ou não estar associado a outras situações patológicas. Apesar de existir uma vacina desde 1921, a sua eficácia não é total, porém protege de formas mais agressivas. (Valadas, 2001)

Infecções bacterianas do aparelho respiratório superior e inferior estão bastante presentes nos indivíduos VIH positivos. Situam-se neste grupo infecções como a bronquite e sinusites prolongadas e recorrentes. Bactérias como a *E. coli*, *Nocardia spp* e *B. bronchiseptica*, provocam lesões nodulares atípicas nos pulmões e suas cavidades. Doentes com estas infecções apresentam expectoração mucopurulenta, toracalгия, tosse e febre. Em estados avançados de doença por VIH, as alterações pulmonares são atípicas e fazem-se acompanhar por condensação pulmonar, lesões nas cavidades e derrames pleurais. (Mansinho, 2001)

As bactérias *S. pneumoniae* e *H. influenzae* podem causar **Sinusite recidivante**, as quais surgem frequentemente em situação avançada de infecção por VIH.

A **Angiomatose bacilar** tem na sua origem o *bacilo Bartonella* ou *B. henselae*, esta envolve as mucosas, oral e anal, tal como o aparelho gastrointestinal, apresentando como sintomatologia febre, hepatite, lesões ósseas, síndrome pleuropulmonar e peliose hepática. (Mansinho, 2001)

Rhodococcus equi é uma bactéria gram positivo, intracelular e pleomórfica, provoca pneumopatia nodular, a qual se parece com a tuberculose, pode surgir ainda osteomielite, bacteriemia, e abscesso cerebral. (Mansinho, 2001)

Nocardia e Actinomiceta, são agentes pouco comuns que surgem em pessoas imunodeprimidas, provocam pneumonia, abscessos cerebrais, osteomielite, pericardite, endoftalmite e infecções da pele. (Mansinho, 2001)

O risco de **Bacteriemia e septicemia** é mais elevado, nos sujeitos VIH positivos, podendo tal ser mais exacerbado nos consumidores de drogas injectáveis. Os agentes mais comuns são *S pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Salmonella não-typhi* e *P. aeruginosa*. Uma bactéria que afecta preferencialmente os consumidores de drogas injectáveis é a estafilocócica, provocando infecções noutros órgãos, e dando origem a endocardite, espondilodiscite, artrite e perturbações neurológicas. Também podem ocorrer infecções potenciadas pelo agente *P aeruginosa*, provocando grande taxa de mortalidade. (Mansinho, 2001)

Podem surgir infecções **Bacterianas entéricas** causadas pelos agentes: *Salmonella spp*, *Shigella spp*, *Campylobacter spp*, *C. difficile*, *complexo Mycobacterium avium* e *E. coli enteropatogénica*. Num quadro de infecção por VIH, estas bactérias provocam diarreias prolongadas e graves. (Mansinho, 2001)

O **vírus herpes** surge associado aos tipos *Gammaherpesvirina*, *Alphaherpesvirinae* e *Betaherpesvirinae*. Permanece em estado latente após a infecção primária, podendo reactivar posteriormente, facto que até é muito comum na população geral. Existe o herpes simplex tipo 1 e tipo 2. O primeiro é muitas vezes transmitido durante a infância, por contacto salivar e surge associado a lesões orais mucocutâneas, o segundo ocorre por transmissão sexual, surgindo lesões anogenitais. Numa situação de imunodepressão este vírus é facilmente activado, estando esta activação relacionada com o desenvolvimento da incompetência do sistema imunitário. Os sintomas referem-se a lesões mucocutâneas, como as mais comuns,

contudo também outros órgãos podem ser afectados como o esófago, pulmão, encéfalo, retina, espinal-medula. (Aldir, 2001)

O herpes do tipo 6, 7 e 8 são ambos ubiqüitários, T linfotrópicos e ocorrem por transmissão de saliva. O herpes tipo 6 associa-se a casos de hepatite e síndromas mononucleósicas. Associado ao VIH pode provocar encefalites, neuropatias periféricas, retinites e pneumonias. No herpes tipo 7, ainda não foi identificada doença devido à sua reactivação. O herpes tipo 8, surge associado à etiopatogenia da doença de Kaposi, este herpes é transmitido sexualmente ou de forma vertical. Além do famoso sarcoma de Kaposi este vírus pode levar à doença de Castleman multicêntrica e linfomas B das serosas. (Aldir, 2001)

O **vírus citomegálico**, provoca infecções endémicas, após a infecção primária fica latente, podendo instalar-se na medula óssea e leucócitos do sangue periférico. Quando presente numa situação de falência imunitária incide a nível ocular, sistema nervoso central e aparelho gastrointestinal. A transmissão ocorre por via respiratória, oral, sexual, transfusões de sangue infectado, transplante de órgãos, mãe-filho, partilha de seringas em consumidores de drogas. Podem surgir casos de retinite, quando as células TCD4⁺ estão inferiores a 50 células/mm³ e pode levar à cegueira. A colite com diarreia grave e a esofagite com dor retroesternal são outras das possíveis manifestações. Também podem surgir encefalites, polirradiculopatia e a mielite, como manifestações neurológicas mais frequentes associadas a este agente. (Aldir, 2001)

O **vírus da varicela-zoster**, é de natureza ubiqüitário atingindo maioritariamente crianças em idade escolar, porém pode provocar duas situações clínicas, a varicela e a zona. Nos casos de imunodeficiência a infecção por este vírus pode levar à morte, uma vez que não fica unicamente pela manifestação benigna da varicela. Assim numa eventual evolução pode surgir hepatite, encefalite, pneumonite e vasculite hemorrágica cutânea. Este vírus é muitas vezes reactivado com a manifestação clínica da zona, a qual apresenta erupção cutânea, com localização no tronco. Pode envolver mais que um dermatomo, com o envolvimento de mucosas, ou até do sistema nervoso central. A necrose aguda da retina também está associada a esta infecção. (Aldir, 2001)

O **vírus Epstein-Barr**, apresenta como manifestações clínicas a tricoleucoplasia da mucosa oral, na língua, assume-se como uma infecção benigna. Contudo a eventual reactivação deste vírus pode provocar neoplasias hematológicas como o linfoma do sistema nervoso central, linfoma de Burkitt e carcinoma

nasofaríngeo. (Aldir, 2001) Existe um conjunto de neoplasias, que surge associado à imunodepressão por VIH, estas atingem frequentemente os pulmões, mama, cólon e ovário. Entre estas é de salientar o linfoma não-Hodgkin, sarcoma de Kaposi e carcinoma invasivo do colo do útero. Estes aparecem associados à infecção pelo vírus Epstein-Barr, herpes humano tipo 8 e o vírus papiloma humano. Parece que as células neoplásicas de tais doenças apresentam antígenos destes vírus. (Caldeira, 2001)

O **sarcoma de Kaposi** surge associado ao estado Sida. Este sarcoma era raro antes do advento da Sida, porém surge numa grande incidência associado a homens que contraíram VIH, por contactos homossexuais, parece que a via de transmissão homossexual está mais associada a esta neoplasia do que a via heterossexual ou parentérica. É a neoplasia mais associada à Sida, tanto nos países ocidentais como em África. As manifestações clínicas desta patologia apresentam lesões que seguem o trajecto dos vasos linfáticos e linfedema, apresentam uma pigmentação roxa ou vermelha na pele branca e castanho escura na pele negra, forma nódulos pouco dolorosos. Por vezes surgem lesões sub cutâneas sem pigmentação, as dimensões divergem desde grandes áreas até milímetros. A disseminação do tumor é multicêntrica e as lesões atingem preferencialmente os membros inferiores, tronco, genitais, cavidade oral, face, o trato gastrointestinal é a localização visceral mais afectada, pode haver infecção hepática e esplénica. (Caldeira, 2001)

O **linfoma não-Hodgkin** surge no contexto histórico da evolução da infecção VIH, como uma das principais neoplasias associadas à Sida. Esta neoplasia é sessenta vezes mais comum nos doentes com VIH, do que nos VIH negativos. Ao contrário do sarcoma de Kaposi, não está associado a nenhuma categoria de transmissão. No contexto da infecção VIH, o aparecimento deste linfoma surge associado à infecção latente pelo vírus Epstein-Barr, o qual reactiva e inicia uma proliferação desregulada dos linfócitos B infectados. Esta neoplasia apresenta uma forma multicêntrica e envolve localizações ganglionares e extraganglionares, pode ocorrer envolvimento da medula óssea e do fígado. Apresenta manifestações orais, parotídeas, cardíacas, anais e em vários outros órgãos, assume uma infecção generalizada e bastante agressiva. (Caldeira, 2001)

O **linfoma das cavidades corporais, ou linfoma primário de efusão**, surge associado à imunodepressão com células TCD4+ < 100/mm³, e manifesta-se por derrames em cavidades corporais, tais como a pleura e pericárdio, com ausência de

massas sólidas. Este tipo de tumor surge sempre associado à infecção por herpes tipo 8 e ao vírus Epstein-Barr. (Caldeira, 2001)

O **carcinoma evasivo do colo do útero** surge bastante associado à infecção por VIH, estando também integrada como um dos critérios de Sida. O desenvolvimento desta neoplasia surge associada a um vírus denominado por VPH, que ocorre por contacto sexual. O número de parceiros sexuais e a idade de início das relações sexuais são factores susceptíveis para a infecção por VPH, por outro lado, a imunodepressão associada a VIH, aumenta a prevalência de infecção por este vírus. (Caldeira, 2001)

A **neoplasia anal intraepitelial** surge muito associada à infecção por VIH, concretamente em indivíduos homossexuais masculinos, estando igualmente relacionada com a infecção pelo VPH. Pode apresentar pequenos tumores com eventuais metástases ganglionares regionais. (Caldeira, 2001)

As **insuficiências renais**, podem ser causadas por VIH, devido a doenças associadas, também pode acontecer devido a fortes terapêuticas antiretrovirais. As manifestações renais mais frequentes em doentes com VIH são as alterações hidroelectrolíticas, alterações de função renal, com aumento de creatinemia, a doença glomerulonefrite, pode surgir em qualquer fase da infecção VIH, fazendo-se acompanhar por co-infecções como discreta insuficiência renal, a nefropatia associada, é o resultado da acção do VIH no rim, está muito associada a consumidores de drogas injectáveis e surge em estágio de Sida, como doença definidora de tal estado. Caracterizando-se por uma rápida e progressiva deterioração da função renal, a Nefropatia correlacionada com VIH é uma das principais causas de morte devido a doença renal. Também pode surgir a neoplasia do rim, associada à evolução imunodepressora. A existência de hepatite C, juntamente com a infecção por HIV, é um factor potenciador de doença renal. (Pereira, 2001)

As **perturbações hematológicas** estão sempre presentes na infecção por VIH, acompanhado todos os momentos da sua evolução, apresentando uma incidência crescente de acordo com o desenvolvimento da infecção por VIH. Estas devem-se quer à acção directa do VIH, citocinas segregadas, consequências medicamentosas e principalmente devido a doenças da medula óssea. As principais perturbações hematológicas associadas ao VIH são a trombocitopenis, neutropenia e anemia, as quais podem manifestar-se conjuntamente ou isoladamente. A anemia surge muitas vezes na associação com VIH e deve-se à escassez de eritrócitos devido à acção do

VIH. Esta perturbação pode surgir também como consequência da contaminação da medula óssea pelo VIH, por bactérias, ou até tuberculose, histoplasmose, leishmaniose, criptococose, pneumocistose e linfomas. Pode igualmente aparecer associada ao sarcoma de Kaposi e ao linfoma de não-Hodgkin. A Neutropenia, também comum na infecção VIH, particularmente em estados avançados da doença. Refere-se a uma infecção nas linhagens celulares produtoras de macrófagos, neutrófilos e linfócitos. A Trombocitopenia é uma perturbação plaquetária de ocorrência frequente na infecção VIH pode aparecer quer isoladamente, quer associada a patologia da medula óssea, com aumento de megacariócitos, ou até devida a níveis plasmáticos elevados de anticorpos antiplaquetários. Pode manifestar-se juntamente com febres, alterações neurológicas, renais, anemia hemolítica. Contudo os indivíduos infectados com VIH podem manifestar Trombocitopenia, não devido a VIH, mas ao alcoolismo e doença hepática crónica. Também podem surgir alterações de coagulação devido à infecção VIH. (Pereira, 2001)

A associação entre **VIH e Hepatites** é extremamente comum em indivíduos VIH positivos, até porque ambas as infecções apresentam as mesmas vias de transmissão, o que explica uma prevalência de 82% de hepatite B em consumidores de drogas injectáveis e de 77% em homossexuais masculinos. Parece que a infecção por hepatite B pode potenciar o desenvolvimento da infecção por VIH e as terapêuticas para a hepatite têm menos eficácia. A hepatite C assume uma prevalência de 72% nos consumidores de drogas injectáveis e de 7% nos homossexuais do sexo masculino, é a causa mais comum de cirrose do fígado, o que leva a muitos dos transplantes realizados. A associação entre VIH e hepatite C provoca uma progressão mais rápida para cirrose. (Antunes, 2001)

3.3.2. Perturbação do Sistema Nervoso causadas pela infecção do VIH

Como sabemos a infecção causada por VIH vai activar todo um conjunto de microorganismos endógenos, que numa situação normal se manteriam em estado quiescente e assintomático no organismo humano, porém a imunodepressão provoca a acção destes agentes em vários órgãos e sistemas, particularmente o sistema nervoso central. Antes do aparecimento da Sida muitas destas perturbações eram raras, porém o VIH fez com que estas sejam nos nossos dias grandes causas de morte. (Miranda, 2001)

As complicações neurológicas decorrentes a infecção pelo VIH surgem em qualquer momento da evolução da infecção por VIH. (Malhado, 2002) Existe a hipótese do VIH entrar no Sistema Nervoso Central, particularmente dentro dos macrófagos, ao saírem produzem uma meningoencefalite da qual o paciente se recupera. Contudo com a consequente imunossupressão, esse vírus começa a multiplicar-se no SNC, originando os tão característicos quadros demenciais. (Ballone, 2003) Por outro lado, surge um subproduto de natureza viral e neurotóxico que é produzido quando se dá a destruição dos vírus pelas células denominadas mielomonocitos do SNC, este produto juntamente com um conjunto de moléculas produzidas pelo próprio organismo podem levar os neurónios à morte (Corasaniti, 2003 cit por Ballone, 2003)

As infecções causadas pelo VIH podem incidir em várias zonas do sistema nervoso, como medula espinal, cérebro e até nervos periféricos. Miranda (2001) assume que entre 40% a 70% dos indivíduos infectados com VIH desenvolvem doenças neurológicas, porém com os adventos da terapêutica antiretroviral esta incidência diminuiu grandemente. Contudo quando estas doenças ocorrem provocam grande mortalidade, do sujeito VIH positivo. (Miranda, 2001)

Relativamente às perturbações do sistema nervoso associadas a imunodepressão convém salientar se estas surgem isoladas ou concomitantemente com outras patologias, e podem surgir em qualquer fase da infecção VIH. Apesar de aparecerem mais frequentemente em casos de células TCD4+ inferiores a 200/mm³, por outro lado convém determinar a sua etiologia, uma vez que pode ser efeito do próprio vírus, de medicamentos, ou de agentes microbianos. (Miranda, 2001)

As causas mais comuns de doenças neurológicas em indivíduos infectados com VIH incluem a própria infecção pelo VIH e outras infecções virais ou não virais, como neoplasias e doença cerebrovascular. Estudo de autópsias em pacientes com Sida indicam que 70% a 90% dos cérebros destes pacientes demonstram evidências grosseiras ou microscópicas de doença no SNC. Vários relatos demonstram que alterações cognitivas sub clínicas devido à infecção pelo vírus podem preceder o diagnóstico de VIH em 10% a 25% dos sujeitos. Algum grau de complexo de demência associado ao VIH pode estar presente em cerca de dois terços dos pacientes com Sida, antes de morrerem. Fica claro que as alterações neurológicas em indivíduos infectados pelo VIH são uma causa importante de morbidade médica e psiquiátrica,

logo o desenvolvimento subsequente de desordens orgânicas mentais deve ser esperado. (Sande, & Volberding, 1995).

Grant (1990) assume que 30% dos pacientes VIH positivos desenvolvem demência, a qual evolui para um estado vegetativo. Este autor juntamente com os seus colaboradores desenvolveu um estudo no qual identificou alterações neuropsicológicas em 9% de um grupo de pacientes seronegativos, 87% em sujeitos na fase de Sida e 44% em indivíduos seropositivos.

As doenças neurológicas apresentam uma grande variabilidade de quadros clínicos e de polimorfismo clínico, estas doenças podem surgir com alterações da consciência, de funções cognitivas e até de comportamentos, podem acompanhar-se de cefaleias, perturbações neurosensoriais e até convulsões, pode ou não verificar-se febre. As patologias neurológicas podem ser várias, destacando-se: encefalopatia, meningite, encefalite, neuropatias periférica, mielite e abscessos e neoformações. Na fase de seroconversão também podem surgir perturbações neurológicas, como encefalite, mielopatia agudaradiculopatia, síndrome de Guillain-Barré, meningite aguda e neuropatia periférica. (Miranda, 2001) A demência associada ao VIH é uma perturbação neurológica que merece alguma importância.

Por outro lado, existem lesões focais que podem ocorrer, envolvendo o Sistema Nervoso Central e o periférico. Entre elas temos a Toxoplasmose, ou até lesões difusas provocadas por Citomegalovírus. A encefalite difusa é outra hipótese, a qual pode levar a um quadro de demência progressiva (Masdeu et al., 1988)

No momento assintomático da imunodeficiência, sendo esta ainda ligeira, podem surgir várias perturbações neurológicas, tais como, paralisia facial, polineuropatias, meningite asséptica, neuropatia dos pares cranianos, polirradiculopatias, cefaleias muito fortes, convulsões, mononevrite multiplex benigna, estas podem aparecer associadas a meningite bacteriana, tuberculosa ou fúngica, neoformações cerebrais com várias etiologias, abscessos, ou ainda a perturbações do sistema nervoso periférico causadas por vários vírus como o herpes, varicela-zoster e o citomegálico. Além de tudo isto pode ainda verificar-se casos de complicações cerebrovasculares. (Miranda, 2001)

As doenças neurológicas associadas ao diagnóstico Sida são: a encefalopatia por VIH, neuropatia periférica, mielopatia vascular e síndrome demencial associado à Sida. Estas fazem-se acompanhar por perturbações motoras, comportamentais, alterações na locomoção, ataxia, manifestações sensoriais e disfunções cognitivas. Em

estados avançados limitam actividades mentais e físicas, podendo eventualmente limitar toda a vida do sujeito. (Miranda, 2001)

As doenças neurológicas de cariz secundário são a toxoplasmose cerebral, meningites várias, leucoencefalopatia multifocal progressiva, infecções causadas pelo vírus citomegálico e herpes, neurosífilis, linfoma primário do cérebro. Sendo a toxoplasmose cerebral e meningite criptocócica as mais frequentes. O linfoma cerebral primário é uma neoplasia do sistema nervoso e pode ter na sua etiologia a infecção pelo vírus Epstein-Barr. (Miranda, 2001)

A cefaleia é uma das manifestações clínicas mais comuns, no conjunto das perturbações neurológicas associadas à infecção VIH, esta perturbação pode ou não surgir com febre, alterações do comportamento, das funções cognitivas e de estado da consciência, pode acompanhar-se de crises convulsivas e perturbações neurosensoriais. As manifestações neurológicas reportam-se à encefalite, meningite, abscesso ou neoformações, mielite e neuropatia periférica, podendo também ser simplesmente consequência de outras doenças. (Malhado, 2002)

A neuropatia periférica é das primeiras perturbações neurológicas a surgir e das mais comuns, consiste numa lesão em maior ou menor grau dos nervos, particularmente os das extremidades, daí o nome de periférica. Tal leva ao aparecimento de sintomas que vão desde o ligeiro formigueiro ou até sensação denominada por “encortiçamento”, até dor aguda ou sensação de queimadura, que pode chegar ao ponto do sujeito não suportar o uso de meias. Também é possível a perda de sensação em determinadas regiões do corpo. Além do próprio VIH, a terapêutica antiretroviral constituída pelos Inibidores da Transcriptase Reversa pode levar ao aparecimento desta perturbação, assim como carência de vitamina B12. (Silva, 1999).

A demência causada pela infecção VIH é uma perturbação neurológica bastante vulgar nos sujeitos infectados, existindo até a hipótese de ter na sua origem uma estripe neurotrópica de VIH-1, e surge com manifestações que revelam graves alterações ao nível do sistema nervoso central. Parece que este sistema pode ser invadido pelo vírus, através de macrófagos e linfócitos infectados, facto que provoca alterações inflamatórias na barreira hematoencefálica, o que facilita ainda mais a entrada de novos macrófagos infectados. O evoluir da infecção pode ainda levar à morte neuronal, também potenciado pelo facto do sistema nervoso funcionar como um reservatório de vírus VIH, que está sempre em replicação. (Ouakinin, 2001)

A sintomatologia clínica da demência por VIH apresenta manifestações motoras, comportamentais e cognitivas. As primeiras podem revelar hiperreflexia, dificuldade nos movimentos rápidos, tremor, perda de equilíbrio, lentidão, descoordenação de movimentos, com implicações na escrita e na locomoção. As comportamentais referem-se a episódios de perda de iniciativa desinteresse, apatia, e afastamento social. Os sintomas de âmbito cognitiva representam especial importância, logo surgem dificuldades de atenção e concentração, lentidão do pensamento, incapacidade perante tarefas mais complexas. (Ouakinin, 2001) O quadro típico da demência apresenta um início insidioso e progressivo, embora exacerbações súbitas possam ocorrer, tal como flutuações características dos sintomas com melhoras e pioras, o que pode ser inicialmente conflituoso. Ocasionalmente a demência tem um início agudo e é acompanhada por um quadro de psicose orgânica aguda. (Sande, & Volberding, 1995)

Na demência por VIH, as manifestações cognitivas englobam os sintomas iniciais de: perda de memória (nomes, compromissos detalhes históricos), lentificação mental, (perda de espontaneidade, menos rapidez de raciocínio e acção, menor conversação), confusão relativamente a factores temporais e de reconhecimento de pessoas. Como sintomas mais tardios temos uma demência global, com grande confusão mental e lentificação verbal muito acentuada. (Sande, & Volberding, 1995) As alterações cognitivas é em 25% dos casos a única alteração clínica inicial. dificuldades de linguagem podem surgir associadas a frases curtas, respostas de uma só palavra, ou falar unicamente quando se é questionado. Nas fases terminais da doença pode surgir o mutismo. (Ballone, 2003) As manifestações comportamentais incluem os sintomas iniciais de: apatia, isolamento, depressão, agitação, confusão e episódios de alucinações. Os sintomas tardios são: psicose orgânica, desinibição exagerada, inquietação e estados de alienação. (Sande, & Volberding, 1995) De acordo com Ballone (2003) parece que o sujeito sofreu uma alteração de personalidade, com fases de apatia, falta de motivação, isolamento, respostas emocionais inapropriadas, como rir de algo triste, oscilações acentuadas de humor, manias ou impulsos suicidas, alucinações. Também podem surgir episódios de perda de apetite. Em termos motores, como sintomas iniciais temos: perda da coordenação dos movimentos, tremores, alterações de caligrafia, instabilidade da marcha, com pouca força nas pernas. Em termos de sintomas tardios temos a lentidão acentuada, com eventual ataxia do tronco, pouca força nas pernas com dificuldades de

locomoção, tremores acentuados. (Sande, & Volberding, 1995) Os movimentos tornam-se lentos e inseguros, com dificuldades de coordenação fina e pode-se verificar movimentos bruscos dos olhos (Ballone, 2003)

O diagnóstico da demência assume, nos indivíduos VIH positivos, a exclusão de outras causas para a perturbação do SNC, e tal só é possível pelo recurso a exames complementares: imagiológicos, bioquímicos, microbiológicos e sereológicos. Assumindo particular destaque a ressonância magnética nuclear, para excluir a hipótese de lesões focais, sendo o diagnóstico definitivo possível pela biopsia cerebral. O tratamento da demência causada por VIH associa-se à terapêutica antiretroviral, podendo esta controlar a demência, porém a medicação deve assumir uma boa penetração meníngea. (Cunha, 2002) A demência ocorre quando o níveis de imunodepressão são extremamente salientes, como uma contagem de célulasTCD4+ inferior a 200. Nestes casos a demência pode até progredir de forma a estrutura-se uma grave deficiência cognitiva, acompanhada de paraparésias, descontrole de esfíncteres e perda de insight. A possibilidade da eclosão destas graves manifestações demenciais baseia-se na possibilidade de coexistir um baixo índice de massa corporal, susceptibilidades constitucionais anteriores, consumo de drogas e anemia. (Ouakinin, 2001). Para o despiste da demência será adequado a realização de provas neuropsicológicas e para o tratamento podem ser prescritos anti depressivos ou neurolépticos, em doses baixas e adequadas. A psicoterapia torna-se essencial, não só nos casos Sida em geral, como da demência em particular, o que possibilita um melhor ajustamento às deficiências quer do próprio, quer da família.

Com a evolução da demência outras áreas são afectadas e a pessoa passa a ter dificuldades em actividades quotidianas chegando no extremo à dependência total. O quadro, em sujeitos com VIH ou Sida pode manifestar-se inicialmente, por lentificação psicomotora, delírio ou até quadros psicóticos. Muitos autores usam a denominação Complexo de Demência da Sida (CDS) para descrever este tipo de demência causado por VIH. Por vezes também se empregam outros termos como encefalopatia por VIH. (Ballone, 2003) A demência causada pelo VIH, parece inicialmente uma afecção sub cortical, contudo há evidências que o córtex também esteja afectado, em especial o córtex frontal (Lantos, 1989 & Everall, 1991 cit por Ballone, 2003)

Podem ocorrer perturbações neurológicas, provocadas não só pelas patologias associadas à imunodepressão, como à acção directa do VIH no Sistema Nervoso,

verificando-se mesmo casos de perturbação neurológica em indivíduos em que os índices de imunodepressão ainda não estão presentes. Perturbações essas que irão acompanhar toda a evolução das manifestações da doença. (Ballone, 2003). O VIH pode ser isolado no tecido nervoso em várias fases da infecção, tal deve-se ao seu neurotropismo. (Shaw et al., 1985; Goudsmit et al., 1986 & Hollander, 1987 cit por Ballone, 2003). Qualquer indivíduo, criança ou adulto, VIH positivo pode apresentar deficiências neurológicas, as quais podem ocorrer no momento da seroconversão e perdurar até ao fim da vida.

O VIH infecta várias células, entre elas contam-se as células com implicações nervosas, como os macrófagos, células endoteliais, capilares cerebrais, astrocitos e neurónios. Os primeiros assumem-se como reservatórios de VIH e ao mesmo tempo transportam o vírus para o SNC, as células endoteliais e os astrocitos são posteriormente infectados (Brouillet, et al., 1997). Por outro lado, as infecções oportunistas agravam as lesões já em desenvolvimento, tal como a agente Citomegalovírus responsável pelo aparecimento de nódulos na massa branca. De acordo com Brouillet, et al., (1997) são bastante diversificados os factores que promovem o fenómeno de latência e persistência do VIH no cérebro, facto que pode levar à perturbação das células cerebrais, com alterações das concentrações de neuromodeladores, neurotransmissores e neurohormonas. Entre os factores contam-se: a parecença entre antígenos de superfície dos linfócitos T e células cerebrais, processos auto-ímmunes como auto-anticorpos que devido ao VIH atingiam a mielina e a semelhança entre sequências de proteína do invólucro externo do vírus e a neuroleukina.

De acordo com Black, 1985, Barnes, 1986 & Berger, 1987 cit por Ballone, (2003) as perturbações neurológicas associadas à infecção VIH podem-se diferenciar de acordo com três fases evolutivas: aguda, crónica e sub aguda. A primeira refere-se a ao momento da seroconversão e apresenta a encefalopatia aguda, meningite aguda e neuropatia aguda com eventual paralisia facial; a fase crónica apresenta mielopatia vacuolar, polinevrite sensitivomotora simétrica e a meningite asséptica atípica, podendo ser recorrente; a fase sub aguda, pode consistir numa encefalite sub aguda, que pode provocar demência progressiva. Pode confundir-se inicialmente com um quadro depressivo acompanhado de graves deficits cognitivos. Estes referem-se a lentificação no processamento de informação, dificuldades no pensamento abstracto, de aprendizagem, memória e linguagem.

No que diz respeito às disfunções cognitivas, podem ser identificadas numa fase inicial da infecção, manifestando-se através de incapacidades visuo-motoras e visuo-espaciais (Poutiainen et al., 1988 cit por Ballone, 2003), tal como dificuldades de linguagem, atenção, associadas a demência e enquadradas num padrão de patologia subcortical. (Saykin et al., 1988 cit por Ballone, 2003). A encefalite sub aguda faz-se acompanhar por perturbações da escrita, com progressão para a letargia, incontinência, tremores e convulsões. Pode acontecer atrofia cortical e subcortical, tal como focos de necrose, desmielinização, inflamação perivascular e meníngea independente da toxoplasmose e encefalite (De La Monte et al., 1987 cit por Ballone, 2003)

A demência tem uma progressão variável, nalguns casos evolui de forma rápida, em 3 a 6 meses, noutros o quadro pode durar 1 a 2 anos. As queixas das pessoas com demência pelo VIH costumam ser dificuldades de concentração e memória, podendo estas interferir em actividades quotidianas, profissionais, familiares e sociais. Há uma dificuldade em manter o desempenho profissional e uma tendência ao isolamento social, com um aspecto geral de apatia e empobrecimento de respostas emocionais. Pode surgir irritabilidade, comportamento social inadequado e períodos de desorientação temporal e espacial. (Ballone, 2003)

O VIH infecta não só as células do sistema imunitário, como as células do Sistema Nervoso Central e Periférico, podendo potenciar quadros de deficiência neurológica numa fase muito precoce da infecção. Associado a tal é extremamente comum a existência de deficits cognitivos, podendo estes manifestarem-se antes de qualquer outro sintoma e até diagnóstico de positividade para o VIH. Assim torna-se extremamente importante a realização de diagnóstico diferencial de estados demenciais, perturbações cognitivas ou estados confusionais e sujeitos com comportamentos de risco.

Para a avaliação deste quadro, os instrumentos habituais de screening de demência não fazem tudo. Embora a tomografia computadorizada cerebral não seja suficientemente sensível para detectar alterações da demência no cérebro, pode detectar determinadas infecções oportunistas compatíveis com a demência por Sida. A ressonância magnética cerebral revela alterações na substância branca em portadores de demência. Apesar destas técnicas não oferecerem uma confiança plena para o diagnóstico a demência, contribui para o refinamento do mesmo. A análise do líquido cefalorraquidiano contribui para o diagnóstico de infecções cerebrais, as anomalias

neste líquido podem incluir o excesso de glóbulos brancos, proteínas e anticorpos, como a imunoglobina G (IgG), e a presença de VIH. (Ballone, 2003). O exame clínico parece bastante adequado para fazer o diagnóstico, os técnicos podem fazer uso de várias provas psicológicas, como o Teste do Traço, que permite avaliar a velocidade da resposta psicomotora e requer flexibilidade cognitiva e capacidade de processamento paralelo, a prova de WAIS, particularmente com o uso dos sub testes de dígitos, vocabulário, cubos e puzzles. Também podem ser usadas baterias específicas neuropsicológicas como o Teste Categorical derivado da bateria Halstead-Reitan, o Luria-Nebraska, o teste Bender, tal como provas específicas de memória e aprendizagem. (García-Camba, 1998)

3.4. Implicações Psicológicas e Psicopatológicas associadas à infecção por VIH

A Sida já não é uma doença exclusivamente associada a grupos de risco, esta ultrapassa o conceito de grupo de risco, sendo uma infecção que cada vez mais se espalha por toda a população de modo geral. Apesar da terapêutica antiretroviral ter aumentado significativamente o tempo de vida dos pacientes infectados com o VIH, e ter permitido que esta infecção deixasse de ser uma fatalidade de médio ou curto prazo, para ser uma doença crónica, ainda é uma doença com prognóstico fatal e com um carácter particularmente ameaçador. Neste sentido a adaptação psicológica à positividade para VIH, não é vivida com facilidade, pois tal levanta muitas dificuldades quer em termos, pessoais, familiares, corporais e profissionais.

Apesar da informação cada vez mais fácil em torno das possibilidades de contágio por VIH, esta doença ainda está coberta de ideias místicas e medos ilógicos, ou não fosse ela uma doença de degradação corporal e psicológica, facto que a torna ainda mais ameaçadora. Estes medos podem potenciar contactos fóbicos e até atitudes discriminatórias em relação a doentes com VIH.

A adaptação à doença está relacionada com muitos factores, tais como a via de transmissão para a contracção de VIH, o contexto de tal ocorrência, sexo, perturbações psicológicas anteriores, psicopatologia associada. Em relação à via de transmissão, podemos dividir esta em quatro grupos, os homossexuais, toxicómanos, hemofílicos e heterossexuais. Os homossexuais apresentam um conjunto de características psicológicas que os fazem viver com extrema angústia e ansiedade a progressão da doença. Estas referem-se a um colorido histriónico e apelativo num fundo de grande angústia e culpabilidade relativamente aos seus comportamentos

sexuais. (Ouakinin, Félix, & Figueira, 1998) Por outro lado são um grupo que sobrealimenta a imagem corporal, apresentando um extremo investimento no corpo, forma física e estética, como tal as alterações que o corpo sofre com a eclosão da patologia leva-os a vivenciar uma extrema angústia. A imagem do seu corpo para eles e para o exterior está afectada, com lesões na pele, oscilações de peso, debilidade física. Além do desgosto e da ansiedade, tal é vivido como um grande impedimento ao nível das relações interpessoais e sexuais. Uma vez que não mantém uma imagem atractiva, muito pelo contrário, a imagem revela a positividade para o VIH. (Ouakinin, Félix, & Figueira, 1998)

Os toxicodependentes por sua vez parece que adoptam uma postura activa, com tendência para agir. Muitas vezes a notícia da positividade para VIH permite uma grande mudança, precipitando a recuperação perante o consumo de drogas. Assumem que o tempo de vida lhes está condicionado e tomam decisões, podendo surgir o reinvestimento em projectos adiados. Por outro lado, também é verdade que existe um grupo de indivíduos que ainda intensifica mais os consumos quando confirmam a sua seropositividade. Tal é mais evidente quando o suporte sócio-familiar é frágil ou nulo. (Ouakinin, Félix, & Figueira, 1998)

O grupo de hemofílicos, pelas características da gravidade da sua doença crónica, parece que já estão mais adaptados ao sofrimento físico de uma doença, como tal suportam a positividade para VIH, com alguma adaptabilidade, apresentando por vezes sentimentos de revolta e comportamentos de agressividade organizados em função da sua não implicação em actos de risco perante a contracção da doença. (Ouakinin, Félix, & Figueira, 1998)

Os heterossexuais, são um grupo muito amplo e heterogéneo, como tal parece não existir uma resposta de reacção só por si característica em relação à positividade para o VIH. Essa resposta está relacionada com múltiplos factores, como enquadramento profissional satisfatório, relações afectivas estáveis, características económicas e sócio-culturais. Uma das suas maiores preocupações é a estigmatização social perante a doença e as consequências em termos de rejeição, que tal pode implicar. (Ouakinin, Félix, & Figueira, 1998)

Os doentes com VIH apresentam alguma comorbilidade psiquiátrica, estudos relativos a tal referem que as perturbações de humor, consumo de substâncias, síndromes orgânicos, perturbações de ajustamento e de ansiedade são as mais comuns. (Brouillette, et al., 1997) É possível identificar a existência de algumas perturbações

psicopatológicas em doentes infectados com VIH, contudo estas podem existir anteriormente à infecção, como eclodir posteriormente. Sujeitos que já tenham apresentado alguma perturbação, podem estar relacionados com o consumo de drogas, particularmente heroína, cocaína e álcool, também pode existir indicações de perturbações de personalidade, distímia ou depressão major. (Ouakinin, 2001)

Alguns autores assumem que os quadros psicopatológicos que surgem em pacientes infectados com VIH são processos reactivos à situação do estado psicológico intenso e apesar de poderem surgir em qualquer fase da infecção são mais típicos na primeira fase. A sua origem é psicogénia sem ter uma relação etiológica directa com o vírus. Por conseguinte, as alterações psiquiátricas orgânicas da Sida já se devem à acção directa do vírus sobre o SNC e a complicações infecciosas e neoplásicas. (García-Camba, 1998)

Os transtornos mais característicos relativos à situação psicológica surgem associados a questões como: enfrentar a doença, a qual é traumática e dolorosa, pois leva a criação de expectativas escassas quanto a um tratamento eficaz e eventuais mortes de amigos afectados pela mesma doença incidem negativamente nessas expectativas; A deterioração progressiva da imagem corporal é um factor ansiogénico e põe em causa a auto-estima; O futuro apresenta-se inevitavelmente incerto, o paciente perde a sua motivação para as expectativas de futuro anteriores à infecção, com uma paragem em muitas áreas de desenvolvimento pessoal; Sofrem de alguma discriminação por parte da sociedade, geralmente ligada a hábitos específicos, particularmente relacionados com as vias de transmissão, o que pode ocasionar desadaptação sócio laboral; A seropositividade afecta também a actividade sexual, que deixa de proporcionar prazer devido à ansiedade e sentimentos de culpa; As relações de pares e família também se questionam, com o medo de contágio surge a discriminação e a perda de relações; Tudo conflui para uma intensa culpabilidade, em que o paciente se sente responsável por ter contraído a doença e teme ter contagiado outras pessoas; Frequentemente o paciente assiste à sua progressiva deterioração física, psicológica e de suporte sócio familiar, assumindo uma situação de isolamento. (García-Camba, 1998)

É bastante difícil realizar uma avaliação psicopatológica dos pacientes com Sida, devido à grande dificuldade em distinguir os processos funcionais dos orgânicos. (García-Camba, 1998) Associados à infecção por VIH podem surgir vários quadros psicopatológicos, como estados confusionais, baforadas delirantes com ou

sem depressão melancólica, ou em casos de psicose esquizofreniforme. Contudo não podemos escamotear a relação destes quadros com eventuais afecções neurológicas ou factores de personalidade do indivíduo, (Teixeira, 1995)

De acordo com Ouakinin, (2001), existem dois grandes grupos de perturbações psíquicas nos sujeitos infectados com VIH, esses são as perturbações neurobiológicas primárias e as secundárias e as perturbações psicobiológicas. As primeiras surgem devido à acção do VIH sobre o sistema nervoso e as segundas podem surgir como consequência de infecções oportunistas ou como efeito secundário da terapêutica. As perturbações psicobiológicas podem existir anteriormente à infecção VIH e serem reactivadas posteriormente, como consumo de drogas, ansiedade e depressão, ou podem ocorrer perturbações como consequência do diagnóstico do VIH. Após a tomada de conhecimento do diagnóstico é comum surgir perturbações relativas a depressão major, disfunções sexuais, ansiedade generalizada, reacções ao stress, perturbações do humor e cognitivas, como a grave demência, causada por VIH. Podem-se verificar perturbações emocionais, ansiedade e depressão, as quais se associam eventualmente a perturbações de personalidade. (Ouakinin, 2001), As perturbações depressivas e de ansiedade são particularmente importantes e relativamente comuns num diagnóstico de VIH positivo. Assumem tamanha preponderância, não só porque têm implicações na qualidade de vida do doente, como na adesão à terapêutica, facto que se prende com consequências extremamente graves, pois uma má adesão implica perdas ao nível da longevidade do paciente. (Ouakinin, 2001),

Para Ouakinin, (2001), por associação às perturbações depressivas e de ansiedade, temos as de ajustamento, luto, ansiedade generalizada, reacções agudas ao stress, depressão major e humor depressivo, misto ou ansioso. A notícia de ter VIH pode funcionar como um factor de stress crónico e eventualmente de longa duração. A perturbação ansiosa está frequentemente presente em sujeitos com infecção VIH, prende-se inevitavelmente com um conjunto de temores associados ao desenvolvimento da infecção, não só no que isso significa em termos médicos, eventuais doenças que podem surgir, dor, sofrimento, como nos condicionantes psicossociais inerentes à infecção, tais como rejeição. Pode também ocorrer ideias suicidas, agregadas à ideia de doença que causa dependência pelos cuidados de terceiros, estorvo, sofrimento e dor. A reacção psíquica ao diagnóstico, pode levar a manifestações de extrema ansiedade, com perda de peso, apatia, tristeza, as quais

podem ser confundidas na imaginação do doente, por sintomas relativos ao agravamento a infecção VIH. Ouakinin (2001) assume que as perturbações psíquicas mais frequentes nestes indivíduos são a depressão major e a distímia.

A depressão surge assim como uma perturbação reactiva importante, uma vez que o indivíduo se confronta com a ameaça de morte, incerteza no prognóstico, culpabilidade e isolamento social. A depressão corresponde a um dos quadros psicopatológicos mais frequente, tal como as perturbações orgânicas cerebrais. (Brouillette, et al., 1997). Contudo não nos podemos esquecer que muitos sujeitos VIH positivos já apresentavam anteriormente uma problemática psicopatológica, a qual é reactivada pela situação de extremo stress que é a tomada de conhecimento de estar infectado pelo VIH. Sabe-se por exemplo que os homossexuais apresentam tendência para o distúrbio ansioso generalizado, depressão major e nalguns casos abuso de substâncias (Brouillette, et al., 1997)

Outras perturbações reactivas, que se encontram com alguma frequência são a extrema ansiedade associada ao medo do futuro não só no que se refere à saúde como às relações interpessoais, e comportamentos obsessivos relativos a extrema vigilância corporal, com a procura incansável de sintomatologia, cuidados alimentares e cuidados de higiene numa tentativa de se manterem saudáveis e livres de perigo. (Cardenas, 1990).

De acordo com Sande, & Volberding, (1995) as perturbações psiquiátricas associadas à infecção causada pelo VIH podem-se agrupar em: Perturbações de adaptação incluindo desordens de adaptação com humor deprimido e desordens de adaptação com componente de ansiedade.; Perturbações afectivas principais, com depressão acentuada ou desordens bipolares; Perturbações de ansiedade, que se referem ao quadro de ansiedade generalizada; Perturbações mentais orgânicas, destacando-se a demência associada a infecção pelo VIH ou a infecções oportunistas e tumores, entre estes contam-se: infecções várias: fúngicas (doença por criptococos, abcesso por candida), por protozoários (toxoplasmose), bactérias (mycobacterium avium-intracellulare), viral (citomegalovírus, herpes, papovírus), as neoplasias (linfoma primário do cérebro, Sarcoma de Kaposi disseminado); as perturbações orgânicas do humor: depressão, mania, mistas; Perturbações orgânicas alucinatórias: perturbações de personalidade, personalidade anti-social, personalidade não-convencional e por fim temos as perturbações decorrentes do abuso de drogas.

As perturbações de adaptação caracterizam a reacção psicológica ao VIH, são dominadas por aspectos depressivos ou ansiedade e podem ser desencadeadas devido à progressão da infecção VIH como queda abrupta na contagem das células CD4 ou determinada limitação ou incapacidade das actividades profissionais e sociais habituais. No que diz respeito às perturbações afectivas estas envolvem alterações de humor, surgindo a depressão acentuada ou até perturbação bipolar agravada, sendo já preexistente. O diagnóstico deve ser feito pela gravidade e duração dos sintomas, tal como por uma história criteriosa. Tal diagnóstico só é confirmado na ausência de uma causa orgânica conhecida de depressão ou mania, facto geralmente problemático na avaliação dos indivíduos infectados pelo VIH. (Sande, & Volberding, 1995)

A depressão acentuada faz-se acompanhar por sentimentos de incapacidade e culpa existindo em 10% a 20% destes pacientes. Um número significativo de distúrbios orgânicos pode produzir sintomas de depressão, como a demência precoce associada ao VIH, tal como distúrbios metabólicos e efeitos colaterais de medicamentos. Podemos encontrar outros indícios de depressão como sentimentos de desvalorização, desesperança, culpa, auto depreciação e ideação suicida. A perturbação bipolar inclui períodos discretos de excitação eufórica, irritação, seguidos de fases de depressão. É de referir que a probabilidade de sobreposição de factores orgânicos e funcionais complica o diagnóstico psicopatológico associado à infecção pelo VIH (Sande, & Volberding, 1995)

As perturbações de ansiedade são comuns nos pacientes infectados pelo VIH. A vida está ameaçada por uma cruel doença crónica, a qual está associada a diversos factores psicossociais assumindo-se como potenciadora para a ansiedade, receios e medos. (Sande, & Volberding, 1995)

Sintomas psicóticos podem aparecer no espectro de pacientes infectados pelo VIH, num contexto variado que inclui a demência e o delírio. Tais sintomas associam-se a antecedentes de patologia psicótica, uso de drogas ou a sinais associados a demência por VIH. (Sande, & Volberding, 1995)

Os medos fóbicos, as crenças delirantes também se podem agravar num indivíduo infectado por VIH (Ferrand, 1987). Contudo, também se verifica medos exacerbados e crenças delirantes em indivíduos que não são VIH positivos, nem sequer correram riscos de o serem. Parece que o fenómeno Sida potencia conteúdo para desenvolver possíveis medos que no extremo eclodem em estados

psicopatológicos delirantes. Tal pode acontecer maioritariamente em depressões psicóticas e episódios esquizofrénicos agudos. (Ferrand, 1987).

A ansiedade também se pode fazer sentir em sujeitos VIH negativos mas que estão em situação de risco para a contracção de VIH, tal como indivíduos com múltiplos parceiros sexuais ou consumidores de drogas injectáveis. De tal forma é elevada a ansiedade, que estes indivíduos propõem-se constantemente para a realização dos testes de despiste de anticorpos anti-VIH. Outros são positivos para o VIH e negam a hipótese de o serem não tomando cuidados de qualquer espécie de auto e hetero protecção. (Ganso, 2000)

As perturbações hipocondríacas, quando associadas à convicção da contracção da doença, já se enquadram nas perturbações somatoformes. Estas focalizam-se em sintomas génito-urinários funcionais, associados a comportamentos que tentam confirmar as suas ideias. Muitos destes indivíduos não correram riscos de contracção de VIH, contudo esta perturbação chega a provocar graves limitações na vida profissional e interpessoal do indivíduo. De tal forma que recusam explicações biológicas e médicas para as suas queixas, chegando a ficar mesmo desapontados quando o teste comprova a sua seronegatividade. Tal perturbação também pode ser denominada de pseudo-Sida (Ganso, 2000)

Não nos podemos esquecer de todo um conjunto de factores que se podem relacionar com processos mal adaptativos face à infecção pelo VIH e posteriormente potenciar desajustamentos. Alguns desses são a falta de condições sociais, económicas com falta de suporte social, acontecimentos de vida, perdas por doença de Sida, processos de coping desorganizados. As estratégias de coping usadas pelo doente infectado revelam possibilidades de adaptação ou não à doença, como tal, estratégias de coping desadaptativas, com evitamento ou negação, podem levar a extrema ansiedade, o que potencia reacções ao stress e humor ansioso. (Ouakinin, 2001). De acordo com esta autora as perturbações depressivas e de ansiedade são de tal forma nefastas ao doente que além de influírem na qualidade de vida do mesmo, podem ter consequências perante a evolução da infecção, pois são factores que contribuem para o seu agravamento.

Os estados psicopatológicos, tais como as perturbações neurológicas são muitas vezes as primeiras manifestações da infecção pelo VIH. Nalguns casos, os quadros psicopatológicos sintomáticos associados à infecção VIH, revelam envolvimento orgânico cerebral, tal está na base de situações confusionais agudas,

depressão psicótica, deterioração demencial (Perry & Jacobsen, 1986 cit. por Ballone, 2003). Loewenstein, 1987; Detmer & Lu, 1987 cit. por Ballone, (2003), identificam nos sujeitos infectados pelo VIH, para além de estados confusionais simples, estados confusionais oníricos. Alguns casos de esquizofrenia aguda, psicose paranóide e estados maníacos e alucinatórios-paranóides, também têm sido descritos.

3.5. Infecção pelo VIH

As vias de infecção pelo VIH são basicamente três: Por via sexual, quer sejam relações sexuais heterossexuais ou homossexuais. O uso de preservativo é o meio de prevenção mais seguro a seguir à abstinência; Por via parentérica, através do sangue, seja por uso de material que entra em contacto com o sangue e que esteja infectado, ou por transfusão de sangue contaminado com o VIH, ou órgãos e tecidos. Neste sentido, os utilizadores de drogas injectáveis estão em maior risco; Por via mãe-feto, onde a transmissão pode acontecer no primeiro ou segundo trimestre, mas é mais comum na altura do parto. As grávidas seropositivas devem fazer tratamento antiretroviral para reduzir a virémia e devem evitar a amamentação, pois aqui existe um risco de transmissão de 5 - 15%. (Fieldhouse, 2003)

Nos casos de infecção por entrada do vírus no sangue circulante, o vírus é removido da circulação pelo sistema reticuloendotelial do baço, fígado e pulmões, efectuando-se a infecção do tecido linfóide nestes órgãos, acompanhando-se da replicação de VIH e disseminação da infecção. Quando a infecção ocorre por via sexual, pela mucosa rectal ou genital (contactos homossexuais ou heterossexuais), a célula dendrítica, no local da exposição assume um papel importante. Assim, ela capta os virões, que se deslocam para a região paracortical dos gânglios linfáticos de drenagem. Sendo aí que se efectua o contacto do vírus com as células TCD4+. Apesar das vias de infecção serem diferentes, não se efectuam diferenças na manifestação clínica da doença. (Espada, & Victorino, 2001).

O portador do VIH pode transmitir o vírus a outras pessoas, pois este encontra-se no sangue, sémen ou fluido vaginal, em quantidade que chegue para infectar outra pessoa. Se estas substâncias entrarem directamente na circulação sanguínea de uma pessoa não infectada, ou através de uma membrana mucosa, ela corre seriamente risco de contrair o VIH. (Fieldhouse, 2003)

A transmissão de VIH apenas acontece num número reduzido dos casos em que alguém não infectado fica exposto aos fluidos orgânicos infectados com o vírus.

Entre os factores que podem influenciar o risco de transmissão de VIH durante essa exposição de risco, contam-se os seguintes: quantidade de VIH presente nos fluidos da pessoa infectada, ou a carga viral; O tipo de exposição de risco, tais como a partilha de seringas, a qual assume um dos grandes riscos; A prática de sexo anal sem protecção assume-se como mais arriscada do que o sexo vaginal sem protecção. Outro sério risco de transmissão do VIH é a prática sexual que danifica os tecidos orgânicos e os expõe a fluidos infectados; A presença de outras doenças sexualmente transmissíveis, as quais podem aumentar a quantidade de VIH nos fluidos genitais da pessoa infectada com VIH, o que pode provocar úlceras ou inflamações das membranas mucosas, facilitando assim a penetração de VIH no organismo do indivíduo não infectado; Existem factores genéticos, que são responsáveis por um maior grau de resistência à possível infecção pelo VIH, apesar de todas as pessoas serem susceptíveis à infecção pelo VIH. (Fieldhouse, 2003)

No que se refere à infecciosidade do VIH, sabe-se que seropositivos de longo tempo são mais infecciosos do que seropositivos de pouco tempo. Tal justifica-se pelo facto de sujeitos em estado infeccioso mais avançado terem maior quantidade de VIH no sangue e nos fluidos sexuais. Contudo, indivíduos que contraíram há muito pouco tempo o VIH, particularmente aqueles que se encontram no período designado por “janela de seroconversão”, e ainda não desenvolveram anticorpos para combater o VIH, apresentam na sua maioria, um volume elevado de VIH no sangue. Então os seus fluidos sexuais possuem cargas elevadas de vírus, o que significa um maior risco de contágio quando se tem contacto com uma pessoa recentemente infectada pelo VIH. (Alcorn, 2000)

Durante a gravidez sabe-se que uma mulher infectada detentora de uma carga viral elevada, apresenta uma maior probabilidade de transmitir o vírus ao filho, tanto antes como depois do nascimento, ou ainda por via da amamentação, comparativamente com mães com uma carga viral mais baixa. (Alcorn, 2000)

Valadas, (2001) refere-se ao espectro da infecção por VIH e apresenta na sua progressão alguns aspectos importantes. Nas primeiras semanas de infecção ocorre a elevação de virémia, de seguida surge graves alterações imunológicas, associadas já a uma infecção crónica por VIH, tal pode ser observado pelo aparecimento de linfadenopatia persistente generalizada ou trombocitopenia. Numa fase avançada surgem as famosas doenças oportunistas, resultado da falência do sistema imunitário. A terapêutica antiretroviral, além de ter potenciado uma maior longevidade nos VIH

positivos, (HAART) provocou a existência de novas manifestações clínicas, que se inserem no espectro da doença, essas são a exacerbação de determinadas infecções devido a reconstituições imunes e a lipodistrofia, associada aos inibidores de protease.

Após a terceira ou sexta semana da infecção primária pelo VIH, surge em alguns doentes uma síndrome clínica aguda, com sintomatologia parecida à da mononucleose ou síndrome mononucleósica, que pode ter a duração de 10 a 15 dias, acompanha-se de febre, linfadenopatias periféricas e exantema. Ainda pode surgir outros quadros, como a encefalite, meningite linfocitária benigna, neuropatia periférica e o síndrome de Guillian-Barré. Tal efectua-se devido ao aumento da virémia, com queda das células TCD4+ no sangue periférico, levando ao aparecimento de infecções oportunistas. Também se verifica uma diminuição de células TCD8+ e B. Porém após esta crise, efectua-se um restabelecimento cerca de três semanas após as manifestações, expandindo-se as células TCD8+ em níveis iguais ao superiores aos preexistentes. (Espada, & Victorino, 2001)

Segue-se a fase de infecção aguda, esta só é diagnosticável através de estudos virológicos, permitindo o diagnóstico serológico da infecção, só é detectada, geralmente, semanas após o início das manifestações sintomatológicas. Espada & Vitoria, (2001), assumem que os níveis de virémia após 6 a 12 meses de seroconversão, têm importância prognostica, pois esses níveis determinam a evolução da doença. Após a infecção aguda instala-se um período de latência clínica, com infecção crónica. Este diz respeito a um período médio situado entre 8 a 10 anos de infecção crónica assintomática, o que representa um estado de latência clínica, uma vez que o VIH, não está adormecido, mas em replicação viral, surgindo eventualmente um agravamento de alterações imunitárias. Esta fase apresenta uma duração muito variável, pois existem aqueles indivíduos que desenvolvem rapidamente infecções oportunistas e os que continuam com os níveis de TCD4+ próximos do normal, até 15 anos. Estes sujeitos denominam-se por “*Long-term nonprogressors*” (Espada, & Victorino, 2001).

Sabemos hoje que a maioria dos indivíduos infectados pelo VIH são assintomáticos e os momentos de contágio também têm tendência para acontecer nesta fase, quando ninguém tem consciência de que é VIH positivo, nem a pessoa infectada, nem o outro com quem se está em interacção. Este período assume um tempo médio de 10 anos, sem o uso de antiretrovirais, o qual já aumentou devido ao uso de terapêutica. O desenvolvimento da infecção para a fase seguinte depende de

pessoa para pessoa, relacionando-se com a idade avançada do indivíduo no momento da infecção e a existência de algumas infecções particularmente a Tuberculose.(Valadas, 2001) Nesta fase é comum o aparecimento de um quadro clínico caracterizado por linfadenopatia generalizada persistente, atingindo cerca de 50 a 70% dos infectados, não apresenta implicações prognósticas, nem assume linearmente a progressão da doença. (Silvestre, 2001) Na fase de latência clínica, apesar de só uma parte dos linfócitos TCD4+ estar infectadas, o VIH continua o seu processo de replicação, particularmente nos gânglios linfáticos. (Valadas, 2001)

Alguns investigadores fazem referência a um estado clínico particular, que não se assume contudo como o estado Sida em definitivo. Este é o Complexo Relacionado com Sida (CRS) ou “*Aids Related Complex*” (ARC). O aparecimento deste complexo significa a evolução da doença, o qual antecede o aparecimento de infecções ou tumores oportunistas. O diagnóstico do Complexo Relacionado com Sida é muito difícil, sendo por definição um diagnóstico de exclusão, contudo a sua definição sob um ponto de vista conceptual é muito fácil, pois refere-se a uma infecção sintomática pelo VIH na ausência de infecção ou tumor oportunista. Caracteriza-se por manifestações tais como: fadiga fácil, febrícula, suores nocturnos e diarreia intermitente, síndrome de emaciação com degradação geral marcada e perda de mais de 10% do peso corporal associado por vezes a distúrbios endócrinos. (Silvestre, 2001)

O estado de doença avançado ou Sida, caracteriza-se pelo aparecimento ou reactivação das infecções oportunistas, situamo-nos numa fase sintomática. Os linfócitos TCD4+ sofreram graves alterações e não permitem efectuar a resposta adequada à sua função no sistema imunitário. Logo, todo o género de microrganismos encontram o terreno propício à sua fixação. Muitos destes até são limitados na sua virulência, mas com o desfalque do sistema imunitário tornam-se mortais, entre esses encontram-se: *Mycobacterium avium* ou *Pneumocystis carinii*. (Espada, & Victorino, 2001).

De acordo com Valadas, (2001), podemos resumir a história da infecção por VIH, de acordo com os seguintes estádio desenvolvimentais: 1º Estádio, Processo de transmissão de VIH; 2º Estádio, Dinâmica da infecção aguda do VIH, no Sistema Imunitário; 3º Estádio, Fase da seroconversão, com a presença de anti-corpos anti - VIH no indivíduo infectado; 4º Estádio, Período assintomático, onde podem surgir linfadenopatias persistentes e generalizadas; 5º Estádio, Aparecimento de infecções

sintomáticas, designado actualmente por estágio B, pelo CDC ou “Centres for Disease Control and Prevention”, classificação de 1993; 6º Estádio, Aparecimento de doenças associadas a Sida, acompanhadas de um nível inferior a 200 linfócitos TCD4⁺/mm³ (classificação de CDC, em 1993); 7º Estádio, Sida avançada, com evolução de infecção causada por níveis de TCD4⁺ inferiores a 50/mm³.

Constatamos que a Sida é uma doença gradual, podendo o indivíduo infectado levar dezenas de anos até chegar ao estágio 7, esta progressão assume uma variabilidade individual acentuada. Contudo a replicação de VIH não pára e as células TCD4⁺ são infectadas, provocando depressão progressiva do sistema imunitário. Assim, a Sida surge de uma incapacidade de resposta perante agentes infecciosos, os quais nem causam, na maior parte das vezes patologia em indivíduos VIH negativos. (Valadas, 2001)

Para que se realize clinicamente uma classificação padronizada e generalisticamente estruturada os “Centres for Disease Control and Prevention” (CDC), desenvolveram uma classificação em 1993. Esta última, é hoje em dia utilizada, tornando-se bastante útil pela sua simplicidade assentando em critérios clínicos e laboratoriais. As limitações que lhe são atribuídas referem-se ao facto de não valorizar a virémia e o ter sido construída numa época em que a doença apresentava uma progressão inexorável. Uma vez que nos nossos dias a terapêutica antiretroviral introduziu alterações importantes, as quais afectam a história natural da infecção pelo VIH. (Silvestre, 2001)

Com a terapêutica antiretroviral diminuiu a mortalidade e a incidência de infecções oportunistas, apesar dos linfócitos TCD4 não recuperarem. Contudo, nem todas as condições indicadoras de Sida diminuíram, continuando a surgir o linfoma, síndrome de emaciação e o carcinoma cervical. Apesar de continuarem a existir infecções oportunistas e mortes mesmo em doentes a realizar a terapêutica, estas ocorrem com menor frequência e com valores TCD4 baixos, inferiores a 50/mm³. Apesar da existência da terapêutica antiretroviral tripla, algumas patologias surgem com valores elevados, tais como o síndrome de emaciação, linfoma de Hodgkin, sarcoma de Kaposi, demência devido a VIH, esofagite devido a candida e pneumonia bacteriana recorrente. Associado ao uso da terapêutica antiretroviral HAART também ocorrem novas patologias, tais como tumores, danos hepáticos devido a co-infecção de hepatites B e C, lipodistrofia, toxicidade dos fármacos, entre outros. (Silvestre, 2001). A fase sintomática do VIH começa quando surgem patologias que podem ser

inseridas no grupo B de acordo com a classificação do “Centres for Disease Control and Prevention” (CDC), contudo estas infecções ainda não correspondem à fase Sida, entre estas temos: febre de 38,5°C, diarreia com um mês ou mais de evolução, tricoleucoplasia da língua, herpes zoster, com mais que um dermatomo, listeriose, neuropatia periférica, doença inflamatória pélvica, angiomatose bacilar, candidose oral, candidose vaginal persistente, displasia cervical, grave ou moderada e carcinoma cervical in situ. (Valadas, 2001)

As patologias inseridas no grupo C, de acordo com a mesma classificação, são aquelas que identificam a presença de Sida. Estas constituem um conjunto de infecções e doenças malignas, e um acentuado síndrome de emaciação. Felizmente a terapêutica HAART pode oferecer estratégias de restabelecimento protegendo o indivíduo das ditas infecções oportunistas, tal como das neoplasias. (Valadas, 2001)

O centro de prevenção e controle de doenças nos E.U.A. define periodicamente a listagem de doenças que definem a situação de Sida. Incluindo, imensas patologias como neoplasias. Inclui também como critério definidor a contagem das células TCD4+, quando estas estão abaixo de 200/ml, tal representa um grande risco de contrair infecções oportunistas e a síndrome consumptiva crónica, que se relaciona com certos distúrbios imuno-endócrinos que definem um estado de doença avançada. (Espada, & Victorino, 2001).

Os “Centers for Disease Control and Prevention” (CDC) nos EUA desenvolveram a classificação de Sida. A definição dos CDC foi modificada em Agosto de 1985 para incluir a referência específica do VIH A qual foi revista em 1987 para incluir um conjunto de doenças particulares. Desde o início de 1993 que os CDC desenvolveram uma nova classificação, o que significa que os indivíduos VIH positivos podem agora ser convenientemente diagnosticados e assim só se considera que eles têm Sida se desenvolverem determinadas doenças, tais como: tuberculose pulmonar, cancro invasivo, pneumonia bacteriana ou se as células CD4 apresentarem níveis inferiores a 200. Os CDC também desenvolveram uma classificação específica para a infecção pelo VIH em crianças. (Alcorn, 2002)

As alterações relativas à definição de Sida surgiram dos epidemiologistas, tal como dos organismos oficiais responsáveis pelos cuidados de saúde. Então cada definição recente representa um refinamento na classificação. Como é óbvio as crianças infectadas com VIH apresentam um classificação diferente, até devido às

dificuldades de diagnóstico inerentes, particularmente em crianças com menos de 15 meses de idade. (Alcorn, 2002)

De acordo com Alcorn, (2002), a classificação de 1993 realizada pelos CDC, para a infecção pelo VIH em adolescentes e adultos categoriza os indivíduos em condições clínicas associadas com a infecção e com a contagem de CD4. O sistema classificativo está assente em três estádios, com diferentes níveis de CD4. Tal significa que o estágio da infecção pelo VIH é definido consoante a sub categoria em que a infecção se situa, tal como o número existente de células CD4. A categorização deve estar baseada na contagem mais baixa de CD4. As categorias por contagem de células CD4 são:

- Categoria 1 - 500 células/mm³ ou mais;
- Categoria 2 - 200 - 499 células/mm³;
- Categoria 3 - menos de 200 células/mm³.

As três categorias clínicas são:

Categoria A - refere-se a determinadas condições existentes no adolescente ou adulto (adolescente com idade igual ou superior a 13 anos). As condições verificadas nas categorias B e C não podem estar presentes. Nesta categoria enquadram-se as seguintes manifestações:

- Infecção VIH assintomática;
- Lifodenopatia generalizada persistente;
- Infecção primária, com sem manifestações de doença quando ocorre a serconversão.

Categoria B - surgem manifestações no adulto ou adolescente infectado com VIH, as quais não estão incluídas na categoria C. Nestas manifestações enquadram-se os seguintes critérios:

- As manifestações são atribuídas à infecção VIH e são indicativas de defeito da imunidade celular;
- As manifestações apresentam um curso clínico que tende a progredir devido à infecção pelo VIH;
- Esta categoria inclui condições sintomáticas, com excepção das incluídas na categoria C. Exemplos das manifestações incluídas nesta categoria são:
 - angiomatose bacilar;
 - candidíase na boca ou garganta;

- candidíase na vagina, vulva de forma persistente e resistente ao tratamento;
- cancro do colo do útero, ou anormalidades moderadas ou severas;
- sintomas constitucionais como febre à volta de 38,5 C ou diarreia persistente durante mais de um mês;
- herpes zoster, tendo ocorrido durante pelo menos dois episódios e enquadrando mais do que uma dermatose;
- trombocitopenia idiopática;
- neuropatia periférica;
- inflamação pélvica, particularmente complicada;
- listeriosis;

Categoria C - inclui as manifestações referentes ao estado de Sida, para o qual tem de estar presente uma das seguintes patologias:

- candida no esófago, traqueia, brônquios ou pulmão;
- cancro evasivo do colo do útero;
- coccidiomycosis;
- cryptococcus fora do pulmão;
- cryptosporidiosis com diarreia com duração superior a um mês;
- herpes simplex com associados a problemas prolongados de pele;
- encefalopatia;
- infecção intestinal crónica, com duração superior a um mês;
- sarcoma de Kaposi;
- linfoma
- pneumocystis carinii pneumonia;
- pneumonia bacteriana recorrente;
- multifocal e progressiva leucoencefalopatia;
- salmonella septicemia recorrente;
- toxoplasmose no cérebro;
- síndrome de emaciação por VIH; (Alcorn, 2002)

De acordo com os “Centres for Disease Control and Prevention” (CDC), (classificação de 1993), os indivíduos infectados com o VIH podem agrupar-se em 3 categorias clínicas:

Quadro 4: Classificação Clínica dos infectados com o HIV pelo CDC

Categorias Clínicas			
Contagem de linfócitos TCD4+	A	B	C
	Assintomática ou infecção VIH aguda ou linfadenopatias persistentes e generalizadas	Sintomática (não incluídos no grupo A nem C)	Doença definidora de Sida
>500/mm ³ (>29%)	A1	B1	C1
200-499mm ³ (14-28%)	A2	B2	C2
<200/mm ³ (<14%)	A3	B3	C3

Alguns estudos clínicos continuam a usar a pré definição de 1993 efectuada pelos CDC, para a classificação dos estádios da infecção pelo VIH. Esta é constituída por:

- Grupo I - infecção inicial e doenças de seroconversão;
- Grupo II - infecção assintomática do VIH;
- Grupo III - linfadenopatia generalizada persistente;
- Grupo IV-1. - outras doenças definidoras de Sida, mas sem evidência laboratorial de infecção pelo VIH. Sendo algumas delas: candida, cryptococcus, cryptosporidiosis, herpes simplex, sarcoma de Kaposi em indivíduos com mais de 60 anos, linfoma cerebral em pessoas com mais de 60 anos, pneumonia pneumocystis carinii, hiperplasia pulmonar, leucoencefalopatia, toxoplasmose cerebral;
- Grupo IV-2A. - outras doenças definidoras de Sida, com evidência laboratorial para a infecção por VIH, tais como: infecções bacterianas múltiplas e recorrentes, coccidiomycosis, encefalopatia, histoplasmose, diarreias persistentes com duração superior a um mês, sarcoma de Kaposi em qualquer idade, linfoma cerebral em qualquer idade, patologia não Hodgkin, tuberculose envolvendo o exterior dos pulmões, síndrome de emaciação e salmonella;
- Grupo IV-2B - outras doenças definidoras de Sida, com evidência laboratorial de infecção pelo VIH, não tendo outra causa, senão a

imunodeficiência. A Sida é diagnosticada se estiver presente uma ou mais destas doenças: candida no esófago, retinites com perda de visão, sarcoma de Kaposi, pneumonia intersticial linfóide, hiperplasia pulmonar linfóide, doença disseminada por microbacteria, toxoplasmose cerebral;

- Grupo IV.3. - Se os testes laboratoriais são negativos para VIH, a Sida só pode ser diagnosticada se todas as outras causas para a imunodeficiência forem postas de parte. (Alcorn, K., 2002)

A classificação dos CDC para crianças surgiu em 1994 e é muito específica, para tal usa-se a contagem das percentagens de CD4 e a sintomatologia clínica associada. Contudo em crianças com idades muito precoces, verifica-se valores elevados de CD4, por vezes superiores ao dos adultos. Logo o sistema de classificação para o VIH baseia-se nos níveis de CD4 e da idade da criança. (Alcorn, K., 2002)

A definição clínica da infecção pelo VIH denominada por Who também é usada nos países desenvolvidos e baseia-se em claros marcos clínicos e não requer tecnologia de diagnóstico sofisticada, a qual pode ser facilmente usada em países com recursos tecnológicos limitados. Tal não significa que esta classificação não utilize a contagem das células CD4. A classificação Who está dividida em adultos e crianças. (Alcorn, 2002)

Adultos

A Sida em adultos é definida pela existência de pelo menos dois sintomas major e um sintoma minor, sem que existam outras causas para a imunossupressão, tais como cancro ou má nutrição.

Os sintomas major são:

- perda superior a 10% do peso total;
- diarreia persistente com duração superior a um mês;
- estado febril com duração superior a um mês;

Os sintomas minor são:

- candida na boca e esófago;
- tosse constante com duração superior a um mês;
- prurido súbito muito espalhado;
- herpes zoster;
- infecção vasta por herpes simplex com duração superior a um mês;
- linfodenopatia generalizada persistente;

- o diagnóstico de sarcoma de Kaposi e a meningite cryptococcal são patologias só por si suficientes para o diagnóstico de Sida. (Alcorn, 2002)

Crianças

É essencial a existência de dois sintomas major e dois sintomas minor para confirmação de infecção pelo VIH, tal como nenhuma outra causa para a imunodepressão.

Os sintomas major são:

- perda de peso ou crescimento lento fora do normal;
- diarreia com duração superior a um mês;
- febre persistente com duração superior a um mês;

Os sintomas minor são:

- linfadenopatia generalizada persistente;
- candida na boca e esófago;
- tosse persistente com duração superior a um mês;
- prurido súbito muito espalhado;
- repetição de infecções comuns como otites, amigdalites etc.;
- confirmação de VIH na mãe. (Alcorn, 2002)

3.6. Terapêutica para o VIH

De acordo com as orientações americanas de tratamento, de Fevereiro de 2002, produzidas pelo DHHS, todas as pessoas infectadas com o VIH que apresentem sintomas devem iniciar a terapêutica. O tratamento em pessoas assintomáticas requer uma análise detalhada das vantagens e desvantagens. O tratamento é contudo recomendado quando as células CD4 se encontram abaixo das 350 células/mm³ ou quando a carga viral for superior a 55 000 cópias/ml, por teste RT - PCR ou dDNA. Contudo a altura adequada para iniciar o tratamento pode variar muito, pois a evolução da infecção para Sida efectua-se a velocidades diferentes de indivíduo para indivíduo. A grande maioria das pessoas inicia o tratamento 4 a 5 anos após a infecção, contudo alguns indivíduos podem necessitar de tratamento muito mais cedo, porém também existem aqueles em que a Sida nem se desenvolve, outros permanecem 10 ou mais anos sem sintomas. A evolução da doença é muito variável, cada caso é um caso e deve ser muito bem avaliado, sendo o indivíduo seropositivo que deve decidir quando está preparado para começar a terapêutica. Deve ser muito

bem analisado qual o tratamento que melhor se ajusta aquela pessoa e ao seu estilo de vida. (GPATV/S, 2003)

O objectivo da terapêutica antiretroviral é manter o indivíduo sem sintomas, aumentando o número de células CD4, para que o sistema imunitário funcione adequadamente e assim combata as infecções. Pois apesar de não existir cura para o VIH, com o tratamento adequado, o sistema imunitário consegue funcionar e não aparecem facilmente sintomas. (GPATV/S, 2003)

Os medicamentos antiretrovirais bloqueiam uma parte do processo de fabricação de cópias VIH, estes ligam-se a uma das proteínas envolvidas neste processo. Então temos os inibidores da transcriptase reversa e os inibidores da protease. Os primeiros ligam-se a uma proteína denominada por “transcriptase reversa” e bloqueiam uma das fases de fabricação do vírus. Os segundos ligam-se à proteína “protease” bloqueando o desenvolvimento viral numa fase posterior. Ambas as terapêuticas impedem a replicação viral. (Alcorn, 2003)

Actualmente utiliza-se a terapêutica antiretroviral, denominada por HAART (Highly Active Anti-retroviral Therapy). Implica uma terapêutica de combinação que resulta no uso de três ou mais medicamentos, tudo isto possibilita que os medicamentos funcionem em diversos estádios de vida do VIH. Tal permite uma diminuição do número de doenças oportunistas relacionadas com a Sida. Estes funcionam de igual forma, independentemente de ser homem, mulher ou criança, ou a via de infecção VIH. A toma desta terapêutica reduz o vírus no organismo, para quantidades mínimas, juntamente com um controle e monitorização adequadas e regulares, é possível medir a quantidade de VIH no sangue e de CD4. Realizando todo este controle e terapêutica correctamente a pessoa pode permanecer de boa saúde durante muito tempo. É determinante que a contagem das células CD4 nunca esteja abaixo das 200, pois tal pode imediatamente deixar o sistema imunitário desfalcado quanto a defesas e surgir imediatamente as primeiras doenças oportunistas, uma das primeiras a surgir é a pneumonia ou pneumocistis carinii. (GPATV/S, 2003)

Esta medicação não cura mas interrompe o desenvolvimento do VIH, possibilitando a reconstituição do sistema imunitário, contudo a seropositividade persiste. Apesar de terapêuticas continuadas por largos anos, com a manutenção de cargas virais abaixo das 50 cópias/ml, o VIH continua presente numa espécie de repouso. De acordo com Casquilho, (1999) existem reservatórios de VIH chamados

de santuários, sendo estes o cérebro e os testículos. Tais reservatórios virais assumem-se como obstáculos para o controle e eliminação do VIH.

Sabe-se que as mulheres começam o tratamento mais cedo do que os homens, pois de acordo com alguns estudos as mulheres correm um maior risco de adoecer comparativamente com os homens, com a mesma contagem de CD4. Também a carga viral varia durante as diferentes fases do ciclo menstrual. Durante a gravidez é perfeitamente possível, com a terapêutica antiretroviral reduzir a carga viral para níveis indetectáveis, o que reduz quase totalmente o risco de transmissão do VIH ao bebé. (Casquilho, 2002)

O início do tratamento também se prende com a idade do indivíduo, pessoas com mais de 50 anos são mais vulneráveis ao VIH. (Casquilho, 2002) O tratamento deve ser cuidadosamente respeitado para que os efeitos sejam os desejados. Mesmo em indivíduos hospitalizados com doenças oportunistas, que ficam a saber da infecção nesta altura e com apresentação de células CD4 abaixo das 100/mm³, se realizarem a terapêutica adequadamente é possível diminuir a carga viral e efectuar-se o aumento das células CD4. (Casquilho, 2002)

A primeira combinação antiretroviral é a mais potente, logo deve-se tomar muito correctamente. Este tratamento pode ser alterado e ajustado de acordo com as análises ao sangue. Contudo esta terapêutica antiretroviral pode potenciar alguns efeitos secundários, os quais são na sua maioria controláveis. Entre estes verificam-se as náuseas, diarreia, fadiga, emagrecimento, lipodistrofia, entre outros, alguns deles podem-se tornar menos salientes ao longo do tratamento. As combinações terapêutica dependem de pessoa para pessoa. Um dos efeitos secundários mais importantes é a lipodistrofia, que diz respeito a alterações na gordura e níveis de açúcar no sangue, incluindo alterações na distribuição da gordura corporal e forma do corpo. Os efeitos secundários podem levar a dificuldades na adesão ao tratamento, a qual é fundamental para o tratamento da infecção VIH, até porque o aparecimento de estripes resistentes ao VIH relaciona-se com um regime terapêutico pouco estruturado (Campos, 2003).

Os antiretrovirais mais usados são os nucleósidos inibidores da transcriptase reversa, não-nucleósidos inibidores da transcriptase reversa e os inibidores de protease. Estes últimos apresentam um forte potencial para a diminuição de estripes selvagens de VIH, apresentando franca biodisponibilidade e baixa toxicidade. Enquanto os inibidores da transcriptase reversa sejam nucleósidos ou não nucleósidos impedem o VIH de infectar as células humanas, os inibidores de protease impedem a produção

de viriões infectantes. Tal justifica o uso desta terapia em conjunto, pois actuam de formas complementares, o que permite o uso da terapia tripla ou HAART. (Doroana, 2001)

A má adesão à terapêutica pode ter como causa a necessidade de muitas tomas ao dia, um número elevado de comprimidos e efeitos secundários associados. Porém é imprescindível que a taxa de adesão se situe entre os 80% a 95%, o que de acordo com Campos, (2003), em vinte tomas o indivíduo só se pode esquecer de uma. Ora tomas irregulares são uma das principais causas de falha terapêutica e tal pode levar ao aparecimento de resistências. Não devem ocorrer quaisquer espécie de interrupções no tratamento, pois a carga viral pode saltar no espaço de uma semana, de níveis indetectáveis para milhares de cópias, ou até atingir valores idênticos à fase anterior ao tratamento. A adesão é um factor extremamente importante para que se efectue a diminuição da carga viral. Podemos identificar factores explicativos da não adesão como: má relação médico-doente, patologias psiquiátricas associadas, depressão, níveis sócio-culturais baixos, com dificuldades ao nível da compreensão e reconhecimento da terapêutica, difícil acesso aos cuidados médicos, ocorrência de discriminação e violência doméstica e um factor muito importante é o consumo de drogas e álcool que como sabemos desorganizam os ritmos do sujeito e imediatamente das tomas prescritas. (Antunes, 2001).

As resistências vão impedindo a actuação dos medicamentos, e tal pode acontecer sem se dar conta. O vírus replica-se e sofre mutações que alteram o material genético do vírus, mais propriamente nos componentes das proteínas, logo o medicamento fica impedido de se ligar e bloquear as proteínas virais, assim, o medicamento deixa de ser eficaz. Se os fármacos estiverem presentes, mas em quantidades insuficientes para impedir a replicação viral, o vírus pode promover mutações que levam a reproduções virais mesmo com a presença de medicamentos, os quais se tornam inoperantes. (GPATV/S, 2003)

O VIH pode ainda organizar resistências a todos os medicamentos da mesma classe. Apesar da eventualidade de surgirem efeitos secundários associados à terapêutica antiretroviral, não se deve parar de tomá-los, pois tal, faz com que o vírus se torne mais resistente, replicando-se e substituindo a população de vírus não resistentes. O processo de resistências é irreversível, uma vez que os vírus resistentes persistem no organismo mesmo após se ajustar novamente o tratamento. (Campos, 2003) Perante o desenvolvimento de resistências é recomendável que se mude a

combinação terapêutica, assim que essas sejam detectadas. As resistências podem ocorrer mesmo com níveis virais baixos, entre as 50 e as 500 cópias/ml. Por isso, é que os seropositivos devem fazer testes de carga viral capazes de identificar quantidades baixas. As resistências são também uma consequência das altas taxas de replicação e mutação do vírus, que se combina com capacidade de integração genômica e de latência. Uma mutação pode acontecer em cada ciclo de replicação, tal permite que mutações associadas a resistências a medicamentos surjam até uma vez por dia (Camacho, 2001)

A medicação deve ser adequada para favorecer a adesão e a manutenção equilibrada de medicamentos, os quais possam impedir a replicação do VIH por muito tempo. O desejado é chegar a um nível indetectável de carga viral inferior a 50 cópias/ml. A manutenção a este nível não só inibe a replicação viral, como o aparecimento de resistências, favorecendo a eficácia de uma combinação terapêutica e obviamente a possibilidade de uma boa saúde. Com menos de 50 cópias/ml no sangue, o VIH existe em pouca quantidade, sendo pouco provável o desenvolvimento de resistências. A toma da medicação deve continuar, tal como a adesão à mesma. Entre 50 e 500 cópias/ml, é possível surgir resistências e se as mutações aparecerem a medicação pode deixar de ser eficaz o que aumentará a carga viral. Se apesar da manutenção do tratamento antiretroviral, o sujeito se mantiver com 500 cópias/ml sem redução das mesmas, as resistências podem aumentar e logo a medicação deixar de fazer qualquer efeito, o que potencia o aparecimento das doenças oportunistas. (Campos, 2003)

A importância perante o controle das resistências, faz-nos pensar como é determinante a adesão do sujeito ao tratamento. Tal significa que os medicamentos são sempre tomados a tempo e horas, seguindo todas as restrições de dieta. O sujeito terá de fazer algumas alterações do seu estilo de vida, pois os horários das tomas são extremamente rígidos e só é permitida uma hora de tolerância perante um eventual esquecimento. Também se verificam restrições de dieta, uma vez que os alimentos estão associados à capacidade de absorção da medicação. Deste modo, é compreensível que a adesão ao tratamento deva ser uma prioridade, para que a terapêutica tenha efeito durante muito tempo. (Campos, 2003)

O fenómeno de resistência cruzada, é uma possibilidade quando existe resistência a um medicamento, também pode efectuar-se a resistência a outro semelhante sem que este tenha sido alguma vez tomado. Tal aplica-se a medicamentos

da mesma família, como os inibidores de protease (Ips) e os inibidores não nucleósidos da transcriptase reversa (NNRTIs). Para minimizar este risco, a terapêutica deve ser bastante forte, uma vez que o evitamento de resistências é uma das condições determinantes para uma terapêutica adequada de combinação. Por este motivo é que se utiliza três medicamentos combinados, pois o vírus continua em processo evolutivo e a sofrer mutações, mesmo com cargas virais baixas. Combinações de dois medicamentos não são suficientes, sabe-se que até para algumas pessoas, as três combinações não são suficientes. Estas combinações são compostas normalmente por dois nucleósidos e um IP, ou dois nucleósidos e um NNRTI. Não é recomendado como escolha de primeira linha o uso único de três nucleósidos, tal só fará sentido se a carga viral for baixa. Com cargas virais altas (superiores a 100 000 cópias/ml ou com CD4 abaixo de 100) faz-se uso dos inibidores de protease, considerados como as combinações mais fortes. (Baldwin, 2000)

Pode ser necessário utilizar combinações de quatro medicamentos, particularmente se a carga viral for alta e a contagem de CD4 baixa. Sendo os nucleósidos e os Ips usados em conjunto, constituindo a toma de dois nucleósidos e dois Ips. Além destas combinações, pode ser necessário outras de cinco, seis ou sete medicamentos, mas tal só faz sentido em pessoas que se tornaram resistentes a medicamentos usados em combinações anteriores. Estas combinações são chamadas mega-HAART, e são mantidas até que a pessoa mantenha uma carga viral abaixo dos níveis de detecção. (GPATV, 2003).

Existe um conjunto de testes que nos permitem confirmar a infecção por VIH. De um modo geral os testes baseiam-se na pesquisa de anticorpos contra VIH, os quais surgem como uma resposta do sistema imunitário aos antígenos do vírus. Podemos localizar os vírus a partir de métodos directos, os quais incluem a proteína p24/25, efectuados por testes imunoenzimáticos. Técnicas de biologia molecular permitem-nos aceder ao AND e ARN dos vírus. Estão actualmente em utilização vários testes de diagnóstico para o VIH. (Pedro, 2001)

Um dos primeiros testes a ser utilizado é o ELISA, testes de primeira geração, que procuram captar o anticorpo e o antígeno. Os testes de segunda geração baseiam-se em antígenos recombinantes. Os testes ELISA apresentam uma sensibilidade superior a 99%. Contudo sabemos que podem surgir casos de negativos falsos, particularmente nas duas primeiras semanas da infecção ou já numa fase avançada da mesma. Enquanto os positivos falsos, podem surgir associados a doenças auto-

imunes, fibrose quística, insuficiência renal, doença hepática, gravidez múltipla, hemodiálise, vacinação de hepatite B, raiva ou gripe e politransusão. Os testes rápidos são outra hipótese, com equipamento reduzido, apesar de nos transmitirem os resultados em 30 minutos, estes são maioritariamente utilizados em situações de emergência. Os testes combinados para anticorpos e antigénio p24 permitem a detecção simultânea de anticorpos e antigénio. O teste de Western Blot detecta anticorpos a partir de proteínas específicas, também já existem técnicas para a detecção do ARN ou AND viral. (Pedro, 2001)

Na mulher grávida a terapêutica antiretroviral deve ser a mesma que a prescrita à mulher sem estar grávida. Sabe-se que particularmente o AZT reduz o risco de transmissão perinatal, em 60%. (Antunes, 2001)

Apesar da inquestionável vantagem da terapêutica antiretroviral, para a manutenção da sobrevivência dos indivíduos infectados com VIH, também é verdade que essa terapêutica acarreta alguns efeitos secundários, os quais podem apresentar alguma gravidade e até consequências de má adesão à terapia. A toxicidade dos antiretrovirais é uma realidade, facto que nos confronta com várias manifestações tóxicas, fenómenos de interacção, causas de acção directa ou provocadas por alterações metabólicas. (Mansinho, 2001)

É possível surgir uma toxicidade aguda ou sub aguda, que se associa a manifestações observadas maioritariamente nas 8 a 12 horas após a introdução à terapêutica. A toxicidade crónica é outra realidade, responsável por distúrbios desenvolvidos a longo prazo, ao nível metabólico, particularmente do metabolismo dos lípidos e glúcidos, tal como a lipodistrofia. (Mansinho, 2001)

Entre outros efeitos associados aos nucleósidos inibidores da transcriptase reversa encontram-se: toxicidade hematológica, miopatia, neuropatia periférica, pancreatite, esteatose hepática, hepatite tóxica fulminante acidose láctica, hipersensibilidade a abacavir, nefropatia tubular renal ou nefrite intersticial e alterações metabólicas tais como a síndrome da lipodistrofia. (Mansinho, 2001) Os não-nucleósidos inibidores da transcriptase reversa apresentam como efeitos colaterais a toxidermia, hepatite tóxica, distúrbios neuropsiquiátricos. (Mansinho, 2001) Os inibidores de Protease são os mais potentes inibidores de replicação viral, porém também apresentam vários efeitos secundários como: problemas gastrointestinais, valores elevados de aminotransferases, intolerância à glicose, hiperlipidemia e redistribuição anormal de gordura ou lipodistrofia, nos hemofílicos

pode potenciar fenómenos complicados de hemorragia intensa e osteoporose, com eventual necrose asséptica da anca, fracturas da coluna e necrose femural, podem ainda verificar-se litíase renal, hiperbilirrubinemia não conjugada, diarreia, náuseas, vômitos e dor abdominal erupção cutânea. (Mansinho, 2001) Os inibidores da transcriptase reversa, apesar de relativamente seguros, quanto a efeitos secundários, apresentam alguma toxicidade no contexto do tratamento prolongado, podendo afectar órgãos como medula óssea, músculos estriados, coração, nervos periféricos, pâncreas e fígado. (Mansinho, 2001)

Apesar da terapêutica antiretroviral permitir um grande conjunto de benefícios clínicos nos infectados com VIH, em estádios avançados da doença, possibilitando uma maior longevidade e melhor qualidade de vida, a optimização das determinantes farmacológicas não é suficiente para que se atinja os objectivos da terapia. Existe todo um conjunto de condicionantes que afectam o processo, como os níveis virológicos, imunológicos, comportamentos do paciente no processo de adesão e manutenção da terapêutica. É então fundamental uma integração comportamental com a escolha do fármaco ideal e dose associada.

Também existe a terapêutica de profilaxia pós exposição ao VIH ou “Opst-Exposure Prophylaxis” (PEP). Significa que se a terapêutica antiretroviral for administrada o mais rapidamente possível após a exposição ao VIH, esta exposição pode não resultar em infecção pelo VIH. Esta medicação só pode ser utilizada com prescrição médica. De qualquer forma pode reduzir a possibilidade de infecção em técnicos de saúde expostos ao VIH em 79%. Esta terapêutica foi desenvolvida a partir de 1996, para dar resposta aos técnicos de saúde que acidentalmente correram risco sério de ficar infectados com VIH, como o serem picados com uma agulha eventualmente infectada. Neste sentido a intervenção (PEP) reduz o risco de infecção, porém também se verifica que alguns técnicos de saúde mesmo após esta terapêutica contraíram a infecção VIH. (AidsinfoNet 2003) Apesar desta terapêutica estar dirigida aos técnicos de saúde que correm riscos de contrair VIH, em contexto profissional, o PEP já foi testado em indivíduos que foram expostos ao VIH por sexo não protegido ou por partilha de seringas. Tal ocorreu num estudo realizado com 400 casos de eventual exposição ao VIH sujeitos à intervenção PEP, destes 400 nenhum indivíduo ficou infectado com o VIH. (AidsinfoNet 2003)

Porém esta terapêutica continua a ter como objectivo a intervenção precoce contra a infecção VIH em profissionais de saúde. Isto porque, um técnico de saúde

normalmente só tem um único acidente, enquanto que outros indivíduos expostos ao vírus podem repetir essa exposição várias vezes. Logo, o fácil acesso ao tratamento PEP, pode encorajar comportamentos de risco, ao considerar este como uma forma simples e eficaz de evitar a infecção pelo VIH. Contudo o PEP não é a “Pílula do dia seguinte”, é constituído por um programa de várias drogas, tomadas muitas vezes ao dia, num total de pelo menos 30 dias, tendo custos muito elevados. Para ter bons resultados, o indivíduo tem de tomar toda a medicação até ao fim, faltar uma dose pode significar o desenvolvimento da infecção. Tal como possibilitar o aparecimento de resistência viral à medicação. Se isso acontecer a terapêutica ainda complica a infecção. (AidsinfoNet 2003) Os efeitos secundários mais comuns da terapêutica PEP são: náuseas, sensação de mau estas, dores de cabeça, fadiga, vómitos e diarreia. (AidsinfoNet 2003)

3.7. Epidemiologia da Infecção VIH e da Sida

Epidemiologia é o estudo da doença em relação à população. É desenvolvida como um instrumento para monitorizar o desenvolvimento da doença, prever como é que a epidemia crescerá e quem será maioritariamente afectado por ela. A epidemiologia explica-nos como é que a epidemia se desenvolveu, onde é que a epidemia existe, como é que ela se vai desenvolver. Permite-nos analisar como é que o VIH é transmitido, quem é que a epidemia afecta, no passado, presente e futuro.

Já passaram aproximadamente 20 anos desde o relato clínico dos primeiros casos de Sida. Foi o Centro de Prevenção e Controle de Doenças de Atlanta (CDC) que reconheceu esta nova e devastadora doença. Nesse tempo ignorava-se os meandros clínicos da infecção, tal como a sua evolução epidemiológica. Actualmente esta pandemia assume um dos grandes problemas de saúde pública e graças a sistemas de vigilância epidemiológica sabemos que esta doença afecta todo o mundo de uma forma devastadora e aterradora. (Fieldhouse, 2003)

O VIH caracteriza-se por uma incrível heterogeneidade e variabilidade, que o torna praticamente incontrolável, os subtipos são um dos exemplos de tal. De acordo com estes factores os padrões epidemiológicos mundiais tornam-se assustadores. Entretanto surgiram os sistemas de vigilância epidemiológica de segunda geração, propostos pela Organização Mundial de Saúde, no sentido de melhor caracterizar tal epidemia, sem escamotear os factores sociais e comportamentais. (Paixão, 2001)

De acordo com Paixão, (2001) podemos caracterizar as epidemias em três padrões distintos: Epidemia em fase inicial, refere-se uma infecção recente, há menos de 5 anos, inclui os casos sintomáticos e assintomáticos, assumindo uma prevalência ainda bastante baixa, menos de 5%, em grupos particulares associados a comportamentos de risco. Nesta fase encontra-se a Austrália e Ásia ocidental; Epidemia concentrada surge num sub grupo populacional, o qual associa-se a situações económicas e sociais desfavorecidas. Com uma prevalência superior a 5%. Nestas circunstâncias encontramos a União Europeia, e América do Sul; Epidemia generalizada, a infecção encontra-se altamente disseminada pela população em geral, estando esta associada a contactos heterossexuais. A este nível epidemiológico encontra-se o continente africano, particularmente a África subsariana e austral, tal como sudoeste asiático.

É de salientar que cada continente ou país apresenta padrões epidemiológicos específicos. Tais diferenças devem-se a aspectos comportamentais e sociais, administração da terapêutica antiretroviral, profilaxia das infecções oportunistas, critérios de classificação epidemiológica, vias de transmissão, tipo de VIH predominante, data da introdução da infecção. (Paixão, 2001)

As diferenças epidemiológicas que ocorrem relativamente à infecção pelo VIH, nos diferentes países e continentes, têm por base além dos factores já apontados, implicações relativas ao desenvolvimento económico e social de cada país. Então os países em desenvolvimento apresentam, desigualdades de acesso aos programas de prevenção e serviços de saúde, recursos limitados para as terapêuticas e para a profilaxia de infecções, grande incidência de doenças infecciosas, elevada diversidade vírica, diversas epidemias de VIH. Os países desenvolvidos tendem a apresentar co-infecção de vírus hepatotrópicos, aumento de casos assintomáticos devido um maior tempo de sobrevivência, profilaxia das infecções oportunistas e diminuição da sua incidência, uso de antiretrovirais o que delimita a progressão da infecção. (Paixão, 2001)

Os valores mundiais relativos a mortes são devastadores, sabe-se que nos E.U.A. e em África já existem mais de 40 milhões de indivíduos infectados com VIH, tendo perto de metade já falecido. Do mesmo modo em todos os países já ocorreram casos de infecção por VIH, o que significa que ninguém está ileso. Por conseguinte, cada país apresenta padrões epidemiológicos particulares, que se articulam com características dos subgrupos, vias de transmissão, administração terapêutica e toda

uma panóplia de condicionalismos sociais e comportamentais. É obvio que as condições desenvolvimentais de cada país também assumem uma posição importante, nos países desenvolvidos verifica-se uma diminuição da incidência da doença. Tal deve-se não só a campanhas de prevenção, como facilitismo no uso da terapêutica antiretroviral mais sofisticada, a profilaxia das infecções oportunistas e logo maior longevidade. Esta posição contrasta com os países pouco desenvolvidos, como alguns países africanos, onde a transmissão do VIH continua, a diversidade viral é alta, com fraca profilaxia das infecções oportunistas, pouco terapêutica antiretroviral e programas de prevenção. (Paixão, 2001).

Na União Europeia, é o Centro Europeu para a Monitorização Epidemiológica da Sida, que promove o estudo da vigilância Epidemiológica, também conhecido por Euro HIV, situado em Paris. Cada país desenvolve a sua vigilância a partir dos casos notificados, registando assim, todos os casos infectados por VIH, os quais são posteriormente enviados para Paris. Sabe-se que cada país conhece padrões epidemiológicos específicos, caracterizados por grupos populacionais com características próprias, associando-se a factores de risco também específicos, os quais estão inevitavelmente associados a questões de natureza cultural, política, socioeconómica. Até a via de transmissão é maioritariamente diferente entre países, no sul da Europa esta aconteceu por uso de drogas injectáveis no sub grupo de toxicodependentes 36,5% e no norte da Europa a via sexual, particularmente homossexual, foi a que assumiu uma forte expressão, com 30,4%, isto para 2000. (Paixão, M., 2001) Contudo convém salientar que a via de transmissão heterossexual assume actualmente a forma principal de transmissão da infecção VIH, neste sentido verifica-se uma importante alteração epidemiológica na União Europeia. (Paixão, 2001).

Não nos podemos esquecer das limitações associadas aos dados epidemiológicos, pois só se tem conhecimento dos números de indivíduos infectados, que se dispuseram a realizar o teste. Logo, os números associados à prevalência do VIH na população geral não se tornam totalmente representativos da população geral infectada pelo VIH. (Fieldhause, 2003) Por outro lado, estudos realizados no seio de populações homossexuais sugerem que a prevalência da infecção é unicamente realizada em função daqueles que pediram para ser testados, os quais assumem uma percentagem significativamente baixa. Como tal, só uma porção dos indivíduos VIH positivos procuram realizar o teste. Logo esta proporção pode ser diferentes nos vários

grupos de risco. Outra questão refere-se à possibilidade da pessoa escolher fazer o teste dos anticorpos para o VIH, um mês depois da infecção, ou uma série de anos depois, ou até quando surgem os sintomas das primeiras infecções oportunistas. Desta forma, as estatísticas referentes ao VIH só podem revelar uma aproximação perante os níveis cumulativos da epidemia. (Fieldhause, 2003)

Os epidemiologistas usam o termo “grupos de risco”, para se referirem a pessoas que podem ser vulneráveis a uma condição particular, social ou médica. Contudo, sabe-se que todas as pessoas são biologicamente susceptíveis de infecção pelo VIH, se forem expostas ao vírus, isto não significa que toda a gente está igualmente em risco perante o vírus. Porém, considera-se que os grupos de risco estão em proporção estatística mais próximos da infecção pelo VIH. (Fieldhause, 2003)

O estudo relativo à distribuição mundial das infecções pelo VIH demonstra que África assume a existência de todos os grupos e subtipos de VIH-1, tal como a presença de VIH-2. O VIH-2 apresenta, tal como o VIH-1, subtipos diferentes, porém existem poucos dados relativos à prevalência dos diferentes subtipos. Sabe-se que estes subtipos estão praticamente todos presentes no continente africano. (Fieldhause, 2003) As estripes africanas de VIH-1 apresentam uma elevada diversidade, o que está na base da duração e agravamento da infecção nesse continente, porém encontramos uma distribuição dos subtipos por áreas geográficas particulares, o que provoca prevalências e incidência diferentes. (Martins, 2001) África tem ainda outra palavra a dizer quanto ao aparecimento das primeiras estripes de VIH-2, estas foram primeiramente isoladas em indivíduos de África ocidental. Este vírus também assume uma maior proximidade genética e filogenética com o vírus da imunodeficiência do símio, do que com o VIH-1. Foi em África ocidental que se organizou o epicentro da infecção VIH-2, a qual atingiu países como Guiné-bissau, Senegal, Gambia, Ghana e Costa do Marfim. Assumindo maior preponderância a Guiné-bissau, com 10% da população geral infectada, enquanto os outros países revelam entre 1 a 2% de infecção. Esta transmissão aconteceu maioritariamente por via sexual, heterossexual e caracteriza-se por períodos assintomáticos longos com mortalidade baixa. Em África ocidental é a actividade sexual (heterossexual) a grande causa da disseminação do vírus. (Martins, 2001)

De acordo com Martins, (2001) África ocidental apresentou nos anos 80 o início da epidemia de VIH-2, a qual parecia estar unicamente circunscrita a essa zona, surgindo porém alguns casos muito pontuais de infecção por VIH-2 em África central.

Para além de África ocidental, Angola e Moçambique assumem uma representação importante na infecção causada por VIH-2, a partir de redes de ligação com a zona ocidental. Contudo este vírus foi transmitido para outras partes do mundo, particularmente para países que estabeleciam relações coloniais com a África ocidental, estes países são: a Guiné-bissau e mais distante, Portugal, França, Alemanha e Suécia. Por sua vez, a África ocidental portuguesa, que mantinha relações importantes com outros países como Portugal, Guiné-Bissau organizava-se como ponte para ligações com a Europa, com uma rede particular entre Portugal e Suíça o que permitiu que os interpostos comerciais e relacionais veiculassem entre outras coisas o VIH-2, entre as gentes. Outro foco de disseminação foi a África ocidental francesa, com o Senegal, Costa do Marfim e Mali, como estes países estão fortemente infectados, a França constituiu um importante intermediário para a transmissão da doença pelo resto da Europa. A África inglesa, também assumiu particular importância, no decurso das suas relações com as colónias de Gambia e Gana. Outras ligações tiveram lugar, como a Alemanha e a Serra Leoa, a Holanda e a Guiné-bissau, a Suíça e a Costa do Marfim. Estes foram os grandes focos africanos responsáveis pela disseminação do VIH-2 pelos países da Europa, é interessante pensar que as transacções económicas entre os diferentes países fazem-se acompanhar por contactos humanos, definidos por relações de particular proximidade e intimidade, sendo provavelmente a via sexual o modo de extrapolação do vírus para outras zonas do mundo. (Martins, 2001)

Enquanto que a África oriental e central apresenta uma elevada prevalência de VIH-1, na África ocidental domina a infecção VIH-2. Também é patente em algumas zonas africanas a existência de duplas infecções de VIH-1 e VIH-2, uma vez que os dois vírus coexistem entre as populações, tal está maioritariamente descrito na Costa do Marfim, e algumas zonas da África ocidental. Contudo, sabe-se que a longo prazo a infecção VIH-1, deve dominar a infecção geral de VIH em detrimento do VIH-2. (Martins, 2001)

Nos Estados Unidos da América, a infecção por VIH, diz respeito particularmente ao tipo VIH-1 e ao subtipo B, apesar de ser esta a variante que domina, já se identificaram outras variantes como a O e o VIH-2. Na Europa, particularmente nos países da União Europeia, é o vírus VIH-1 que domina a epidemia, com o subtipo B. Porém também estão identificados casos de infecção pelo VIH-2 e VIH-1 do subtipo não B e grupo O. A Europa do Leste está a apresentar um

crescente aumento de infecções pelo VIH-1, particularmente do subtipo não-B. (Fieldhause, 2003)

Na Ásia, encontramos países com prevalência de infecção VIH elevada e baixa. No primeiro caso encontram-se países como a Tailândia, Camboja e Myanmar, e no segundo caso Mongólia. A Tailândia, devido às grandes taxas de prostituição e droga adicção apresenta altos índices de infecção, particularmente de VIH-1, subtipo B. A China e a Índia, como países extremamente populosos assumem particular preponderância na infecção VIH. Na China a infecção pelo VIH, continua a crescer, dominando o VIH-1, com sub tipo C e B, neste último caso, devido aos consumidores de drogas injectáveis, o tipo CRF01-AE, tem apresentado alguma expressão e prende-se com a transmissão por via heterossexual. A Índia apresenta a existência de VIH-1, de subtipo C, surgindo já alguns casos de subtipos A, B e D, a via de transmissão primordial é a sexual, também estão identificados alguns casos de VIH-2. (Martins, 2001)

No que se refere às crianças infectadas pelo VIH, sabe-se que a transmissão de mãe para filho, ou vertical é a via de infecção primordial, particularmente em indivíduos com idade inferior a 15 anos. Esta categoria de infecção ocorre após numa fase de doença avançada da grávida e o contacto da criança fluidos corporais maternos infectados. Porém, a grande prevalência de crianças infectadas situa-se no continente africano, estando a Índia e Ásia a demonstrar fortes índices de infecção a este nível. O impacto da infecção vertical em países menos desenvolvidos deve-se a dificuldade no acesso ao tratamento antiretroviral, falta de meios para fazer face às infecções oportunistas, no tratamento e prevenção e a inexistência de estratégias de prevenção perante a eventualidade da transmissão vertical. (Paixão, & Pádua, 2001)

Por outro lado, na infecção causada por VIH-2, a possibilidade de transmissão vertical é muito menos frequente, comparativamente com o VIH-1. (Paixão, & Pádua, 2001) É de salientar que a execução de rastreio de anti-corpos anti-VIH nas mulheres grávidas produziu um controle e declínio da transmissão vertical do VIH. Uma vez que um tratamento precoce antiretroviral, associado a cuidados especiais de saúde permite o decréscimo de infecção VIH ao feto. (Paixão, & Pádua, 2001)

Para além do contínuo aumento de novos casos de infecção pelo VIH nos países africanos e Caraíbas, a epidemia está a devastar de forma explosiva a Rússia e os países da Ásia Central e do Sul, que em breve ultrapassarão os índices africanos. A ignorância e a pobreza associadas à toxicodependência e a prostituição tornaram os

países de leste num centro de cultura para a proliferação de VIH e outras doenças sexualmente transmissíveis. Estes países carecem de estratégias de prevenção e ao acesso de terapêutica para os cuidados de saúde básicos. (Fieldhouse, 2003)

A Conferência de Barcelona em 2003 salientou “zonas vermelhas” no mundo com maior prevalência para o VIH, zonas que infelizmente Portugal pertence como o pior da União Europeia e o segundo a nível da Europa, a seguir à Ucrânia. (Mendonça, 2002)

3.8. História do Vírus da Imunodeficiência Humana

A Sida é a principal das doenças contagiosas da época pós moderna. Apresenta-se como uma doença nova, pois era completamente impensável há 30 anos atrás. Não só assume a novidade da sua existência, como das suas características ou na sua dimensão pandémica actual (Grmek, 1994).

Paradoxalmente Grmek (1994) assume que a Sida não é uma doença totalmente nova, pois o seu agente já tem muito tempo de existência, estando ocultado por outras doenças infecciosas. A Sida caracteriza-se por um retrovírus bastante variável, que se mantinha numa fraca actividade, por pressão da selecção natural que favorecia estipes pouco virulentas, mantendo-se assim numa fraca actividade. Foi todo um conjunto de factores sociais que potenciaram a ultrapassagem de um limiar crítico de vias de transmissão que limitava a sua expansão. As causas da epidemia relacionam-se com os comportamentos humanos. Os microorganismos mudam o seu desempenho como resultado de mudanças operadas nos seus hospedeiros. A Sida não surgiu do nada, mas organiza-se como consequência de mudanças sociais e comportamentais as quais permitiram uma rápida disseminação do VIH. (Fieldhouse, 2003)

O VIH assume uma malignidade inquestionável, que atinge o organismo nas defesas imunitárias desorganizando a sua capacidade de resposta aos agentes externos. Logo as relações sociais estão associadas à possibilidade de infecção pelo vírus, estando assim implícito o receio perante a eventual contracção face ao VIH. A relação do sujeito com o mundo está inevitavelmente afectada por esta doença, que se aproxima da praga da Idade Média, Sífilis da Renascença ou a Tuberculose do Séc. XIX, responsáveis em cada época por limitações no contacto humano devido ao fantasma da doença que se fazia sentir.(Sontag, 1978)

A Sida como doença pós-moderna está inevitavelmente associada ao sexo, sangue e drogas. Surge numa época onde a liberdade sexual exalta, mas que ficou delimitada pela possibilidade de contrair esta doença que parecia punir precisamente tais actos libertinos. Assim, ela assume a possibilidade de controle no contacto humano e na depuração dos comportamentos sexuais, exprimindo assim uma época. (Sontag, 1978)

Foi nos anos 80, do Séc XX, que os médicos se depararam com um dos flagelos do nosso tempo. Muitos chamaram-lhe a nova peste, ou como uma espécie de castigo devido à libertinagem dos comportamentos sexuais, estando no início muito associado a sub grupos marginais e moralmente repreensíveis. Porém, apesar desta ter sido identificada em 1981, a revisão de literatura médica revelou existirem duas importantes fases de evolução do VIH, a primeira antes dos anos 80 e a segunda depois. (Fieldhouse, 2003)

Parece existir indícios desta doença desde 1940 nos E.U.A. e Europa. Anteriormente a 1981 os casos identificados dividem-se em duas categorias: aqueles que através de amostras de sangue revelaram ter VIH e os que apresentaram sintomas altamente sugestivos de infecção por VIH. O caso mais antigo de Sida, com diagnóstico positivo e confirmado para VIH, foi um americano que morreu em 1969. (Fieldhouse, 2003)

Outro caso bastante remoto de Sida refere-se a uma família norueguesa, pai, mãe e filho, os quais morreram todos em 1976. Um homem português que morreu em 1978 também foi retrospectivamente diagnosticado como um dos primeiros casos de Sida causados pelo VIH-2. (Fieldhouse, 2003)

Um surpreendente número de dados faz referência ao facto de por volta de 1940 no Norte da América e Europa existirem casos que revelam um síndrome idêntico à Sida, o qual ocorreu em recém nascidos, particularmente na Alemanha, Polónia, Escandinávia começando tal em 1939 e persistindo até 1950. O síndrome foi caracterizado por infecções como pneumonia *pneumocystis carinii* e infecção por cytomegalovirus. Sendo hoje em dia doenças características da classificação para Sida em crianças. (Fieldhouse, 2003)

O investigador alemão Gaudsmith assume que a erupção do tal síndrome tipo Sida se relacionava com a reutilização de agulhas em hospitais, prática corrente até aos anos 60. Contudo, este VIH seria menos infeccioso e ameaçador que o actual. (Gaugsmith 2000 cit. por Fieldhouse, 2003)

Dezenas de casos de Sida foram identificados por Hooper em Kinshasa, Rwanda e partes do Congo. Antes dos anos 80 esta doença e consequente epidemia era conhecida pelo nome de “Slim”, particularmente na Uganda e países de África Central. (Fieldhouse, 2003)

Uns 40 anos antes da emergência da Sida o mundo mudou muito rapidamente. O aumento da prostituição e da poligamia ocorreu em cidades africanas e tal circulou entre países africanos, dando lugar a um dramático crescimento das doenças sexualmente transmissíveis. A medicina também mudou em África, com o aumento do uso de injeções e transfusões de sangue. De facto, a preferência da cultura africana em usar medicação por via injectável em vez de comprimidos e supositórios, pode ter tido influência para o desenvolvimento da epidemia. As viagens internacionais e intercontinentais tornaram-se fáceis e comuns. Por exemplo, durante o anos 70 deu-se um grande aumento do número de homens homossexuais europeus que visitaram a América do Norte, até porque as viagens aéreas se tornaram mais baratas. Os africanos visitavam mais frequentemente a Europa e um largo número de europeus foi trabalhar para África. Tudo isto se assume como factores que favoreceram e precipitaram contactos humanos contaminados com VIH, os quais surgiram devido a alterações de hábitos, deslocações etc. (Fieldhouse, 2003)

Em Los Angeles, no ano de 1979, Weisman, médico nesta cidade, verificou determinadas particularidades em doentes homossexuais, tais como o síndrome mononucleósica febres altas, emagrecimento acentuado, tumefacções linfáticas, diarreias e pequenas infecções orais e anais e parecia existir um enfraquecimento do sistema imunitário. Análises ao sangue demonstravam diminuição do número de linfócitos, com a supressão dos linfócitos T auxiliares. Por vezes era diagnosticada pneumonia devido à *Pneumocystis carinii*. (Grmek, 1994).

Weisman pôs a hipótese do enfraquecimento do sistema imunitário se dever à acção combinada do citomegalovírus e do vírus Epstein-Barr, vírus que paradoxalmente, por efeito de mutações se tornaria extremamente virulento, em que a gravidade das doenças era incrível. Estes casos aumentaram em número, o que fez em 5 de Junho de 1981 surgir o primeiro anúncio oficial, revelado pela agência epidemiológica federal Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta, na Georgia. Nesse mesmo ano, em Nova Iorque também se verificaram alguns casos de imunodepressão adquirida, muito associada ao sarcoma de Kaposi, grave doença de pele, surgindo assim uma espécie de proliferação tumoral múltipla. Mais uma vez esta

patologia surgia associada à comunidade gay de Nova Iorque. Os primeiros casos de cancro de pele, identificados como sarcoma da Kaposi, surgiram em homossexuais em 1979 e 1980, contudo só em 1981 proliferou em grande escala na população gay. A partir daqui alguns médicos suspeitaram de uma nova doença que mata homossexuais através da destruição das suas defesas imunitárias. (Grmek, 1994).

O médico Friedman-Kien em 1981 assume a existência de uma doença desconhecida associada ao funcionamento dos linfócitos T e B, e frequente num grupo com costumes sexuais duvidosos. (Grmek, 1994).

No fim do ano de 1981 contava-se 159 casos infectados com a estranha doença, nos Estados Unidos da América. Porém surgiu uma novidade, em Nova Iorque, o aparecimento de infecções idênticas em heterossexuais, particularmente a pneumocistoses rapidamente fatais. Este grupo apresenta uma nova especificidade, o uso de drogas, particularmente a heroína, temos assim uma situação inevitável, a doença associada a grupos particulares, como o círculo gay, surgindo conotações como a “peste gay” ou “cancro gay”. Ainda nesse ano alguns investigadores concluem que o agente infeccioso e causador desta imunodeficiência se transmite por via sexual, sendo potencialmente transmissível. (Grmek, 1994).

Nos E.U.A. as investigações em redor desta nova doença são realizadas em duas instituições governamentais: os Centers for Disease Control e os National Institutes of Health. Enquanto que na Europa Ocidental, foi no Instituto Pasteur, em Paris que se desenvolveram importantíssimas investigações científicas acerca desta patologia. O Instituto Pasteur assumia grandes linhas de investigação, a bacteriologia, bioquímica e imunologia. Onde estudos dedicados à virulogia ocuparam sempre um lugar importante, tendo sido aí que se definiu o estudo para o combate a uma famosa doença viral, a raiva. (Fieldhouse, 2003)

Leibowitch, médico francês referiu em 1982, que o agente etiológico da Sida seria um vírus com tropismo para os T4, presente em África e transmissível pelo sangue (Grmek, 1994). Este médico liderou um grupo de investigação sobre Sida em França, tal grupo assumiu que a causa da Sida seria um retrovírus que deveria ser procurado nos gânglios linfáticos e não no sangue. Vírus esse que destruíra os linfócitos T.

Dois grandes grupos de investigadores relativos a este síndrome merecem destaque, até porque é graças a eles que se deve a descoberta do actualmente denominado por VIH, ou vírus da imunodeficiência humana. Um desses grupos

desenvolveu-se na Europa e foi dirigido por Luc Montagnier, investigador no Instituto Pasteur de Paris, o outro residia nos E.U.A. e foi dirigido por Robert Gallo, do Instituto Nacional do Cancro, também pertencente ao Instituto Nacional de Saúde de Bedesda. (Grmek, 1994).

Em 1982 os primeiros casos de infecção por este estranho vírus, foram divididos em quatro grupos de risco: homens homossexuais e bissexuais, cujo primeiro caso surgiu em 1978, consumidores de drogas injectáveis, haitianos (primeiro caso surgiu em 1980) e hemofílicos (com o primeiro infectado em 1981). Porém, tal doença começou a ficar mais relacionada com a comunidade gay, sendo muitas vezes identificada como a deficiência imunitária dos homossexuais, cancro gay, e pneumonia gay. A primeira organização para a Sida foi fundada em 1982 por homossexuais em Nova Iorque e a partir daí apareceram outras organizações em grandes cidades americanas. A comunidade gay usando literatura própria começou a transmitir mensagens que apelavam à diminuição do número de parceiros sexuais, a não partilha de fluidos corporais e não ter sexo com desconhecidos. A mensagem ainda não incluía o uso de preservativos, pois estes não faziam parte da cultura homossexual. (Fieldhouse, 2003)

O primeiro caso de Sida em crianças foi identificado em 1981 no Hospital Albert Einstein em Nova Iorque, mais casos se seguiram a este, todas as crianças tinham mães consumidoras de drogas injectáveis. (Fieldhouse, 2003)

Em 1983 ficou definido a existência de um novo vírus associado a esta imunodeficiência, um retrovírus que não pertencia à família dos HTLV, pois atacava exclusivamente os linfócitos T destruindo-os. Montagnier (1983) assume que este vírus pertence ao grupo dos vírus lentos, este investigador juntamente com a sua equipa chamaram à primeira estripe isolada LAV e às seguintes IDAV. (Grmek, 1994).

Gallo, investigador nos EUA, apresenta em 1983 o vírus da Sida, definindo a existência de dois retrovírus diferentes HTLV-I e HTLV-II encontrados nos tecidos de pessoas atingidas pela doença. Gallo apresenta em 1984, as características de um novo vírus, o HTLV-III, o vírus denominado por LAV e o HTLV-III, são o mesmo, mas com denominações diferentes. Durante algum tempo denominou-se o vírus da Sida por LAV/HTLV-III ou HTLV-III/LAV, tal foi recomendado pela Organização Mundial de Saúde, sendo a última designação aquela que foi adoptada pelo governo americano e pela maior parte das revistas científicas anglófonas. Só em Maio de 1986, uma

comissão de nomenclatura virológica definiu de uma vez por todas a nomenclatura deste novo vírus e assim surgiu o HIV - Human Immunodeficiency Vírus. (Grmek, 1994).

A descoberta da seropositividade assume uma nova fase do conhecimento da doença. Introduzindo um conjunto de novas questões a ter em conta: médicas, éticas, jurídicas. As proporções epidemiológicas são preocupantes, não só em África, onde existe um foco determinante, mas também nos EUA. Sabe-se que a disseminação mundial ocorreu a partir de três focos diferentes. Dois deles são americanos: na Costa Leste do estado de Nova Iorque e Florida e o outro na costa Oeste perto de São Francisco e Los Angeles. Nova Iorque foi sem dúvida o entreposto mais importante na disseminação mundial. Entre África e os E.U.A., não se sabe, onde se iniciou a epidemia, colocando-se a hipótese de ambos os focos serem independentes. Contudo existe a tendência em considerar que a origem da epidemia HIV-1 se situa em África. Existindo algumas hipóteses sobre o deslocamento do vírus, temos três canais que assumem destaque perante a disseminação, esses são: Haiti, Cuba e os cooperantes americanos. Robert Gallo sugere que o Haiti foi um ponto de passagem do vírus entre África, América e a Europa. Isto porque em 1983, o Haiti foi um ponto importante da epidemia, Port-au-Prince era uma cidade conhecida pela prostituição de mulheres, homens e crianças, por sinal muito procurada pelos turistas devido a esta particularidade. Por outro lado, os haitianos procuravam noutros países melhores condições de vida, pois era evidente a miséria económica do país. (Grmek, 1994). A hipótese mais corrente aponta para o facto do vírus da Sida ter vindo de África no início dos anos 60. Ora numerosos haitianos estiveram no Zaire após a independência do país e aí trabalharam. Estes haitianos voltaram entretanto ao seu país natal e talvez tenham levado consigo o VIH, que continuou a sua expansão passando para os E.U.A. (Grmek, 1994).

Outra hipótese é a via de disseminação cubana, tal foi detectado por Jacques Leibowitch (1983). Alguns militares de Fidel Castro participaram desde 1972 na rebelião nacionalista em Angola, tendo passado pela zona do Zaire. No regresso a Cuba, alguns destes militares foram expulsos, entre eles, contam-se homossexuais e veteranos de Angola, que procuraram abrigo nos EUA. (Fieldhouse, 2003)

A infecciosidade da seropositividade ficou definida em 1984, tal torna imprescindível a prática de despistagem da doença, assim alguns testes assumem-se

de maior importância, como o ELISA, o qual foi adaptado para a detecção de anticorpos anti VIH. (Fieldhouse, 2003)

Esta doença não parava de surpreender os médicos, não só pela seropositividade como pelo facto de manifestar lesões que não lhe são clinicamente próprias, mas sim associadas a outras infecções. A seropositividade é identificada após a realização de testes serológicos de despistagem. Em 1984 são realizadas os primeiros estudos de seroprevalência e no ano seguinte os CDC de Atlanta apresentam o facto de que entre 500 000 a 1 milhão de americanos são seropositivos (Grmek, 1994)

A pandemia da Sida é constituída por duas epidemias diferentes, provocadas por dois vírus diferentes ligados geneticamente um ao outro. O VIH-1 foi identificado por médicos americanos, o VIH-2, passou despercebido e só se tornou saliente devido às graves consequências do primeiro. Foi em 1985 que a investigadora portuguesa Odete Ferreira, em colaboração com o Instituto Pasteur de Paris, isolou um vírus estruturalmente semelhante ao VIH-1 e que posteriormente recebeu o nome de VIH-2 (Ouakinin, 2001)

O VIH-2 teve um foco determinante em África Ocidental, enquanto o VIH-1 assume três focos: África Central e os outros dois nas costas da América do Norte. Não sabemos definitivamente, destes três focos qual foi o prioritário. Sabe-se contudo, que o vírus da Sida humana pode ser transmitido aos chimpanzés, quer pela inoculação no sangue, como introduzindo-o na vagina. Estes podem tornar-se seropositivos. (Fieldhouse, 2003)

Em 1986 Margaret Thacher declarou no “Times” que a Sida seria um problema de indesejáveis minorias, constituída por homossexuais, toxicodependentes e com algumas mulheres infectadas que voluntariamente se relacionavam com este sub mundo. Os media mediatizaram a ideia de que a Sida seria um problema basicamente homossexual. O famoso jornal “The Sun” descreveu a Sida como a “praga gay”, definindo que os homossexuais estariam a pagar um preço terrível pelo seu estilo de vida. Os hemofílicos e os transfusionados que foram infectados pelo VIH foram representados como as vítimas inocentes. (Fieldhouse, 2003)

Foi curiosamente com a morte da estrela de cinema Rock Hudson em Agosto de 1985 que se organizou uma percepção pública relativa aos reais perigos de contracção de VIH, sendo este uma ameaça infalível também para a população heterossexual. A Sida deixou de estar estritamente relacionada a uma doença de

minorias, para ser uma doença que afectaria todos de um modo geral. Esta mudança é extremamente irónica, porque independentemente de Rock Hudson ser homossexual ou não, a sua imagem perante o mundo seria a do heterossexual conquistador, logo ficou de uma vez por todas definido que esta doença também seria uma ameaça para os heterossexuais. (Fieldhouse, 2003)

Como tal, a população heterossexual, independente do consumo de drogas injectáveis também estaria ameaçada, assim a Sida saiu para fora dos grupos de risco e nos E.U.A. e Europa a epidemia começou a aumentar assustadoramente no grupo de heterossexuais. Em 1986 nos E.U.A., a Sida foi assunto de destaque e emergência tendo um impacto equiparado à Segunda Guerra Mundial, surgindo a frase “Todos estamos em risco”. Ainda em 1986 começa a ser administrado o primeiro dos antiretrovirais mais eficaz, o AZT. (Fieldhouse, 2003)

O ano de 1986 foi de grande optimismo no tratamento do VIH e Sida, desde os princípios da epidemia. Pelo inicio de 1987 era claro que os avanços no tratamento implantados durante o ano anterior tiveram um efeito incrível para a diminuição do número de mortes e desenvolvimento de doenças em infectados pelo VIH. Este ano foi extremamente rico em descobertas relativas à doença, tais como: adquiriram-se novos conhecimentos quanto à progressão da infecção VIH, conheceram-se as diferenças ocorridas no sistema imunitário perante a resposta da terapêutica antiretroviral, descobriu-se que a actividade viral pode ser reduzida para níveis mínimos com uma terapêutica adequada, que os tratamentos poderiam diminuir a actividade do vírus para níveis mínimos entre as 8 e 12 semanas, que é possível uma reconstrução imune pela acção terapêutica, a qual diminui a possibilidade e ocorrerem doenças oportunistas, surgiram os antiretrovirais de alta potência, como os inibidores de protease, podendo estes ser usados em combinações, e por fim assume-se um maior acesso e facilidade perante o uso de testes de despiste para o VIH. Todos estes desenvolvimentos perante o conhecimento da infecção e terapêuticas para o VIH ocorreram entre Setembro de 1986 e Setembro de 1995 tendo transformado completamente os conhecimentos e tratamento perante esta doença. (Fieldhouse, 2003)

Em 1987 o número de mulheres infectadas com o VIH, já era substancial, tendo como consequência aparecido a primeira associação para mulheres VIH positivas, o “Positively Women (PW), em Londres. Aí as mulheres poderiam receber apoio, técnico e de grupos de auto ajuda. O número de mulheres diagnosticadas com

VIH aumentou rapidamente nos anos 90, a maioria eram mulheres de origem africana e estas perfaziam os 35% de novos diagnósticos por ano. (Fieldhouse, 2003)

Paradoxalmente em 1991, vários jornais médicos afirmaram a existência de um aumento de práticas homossexuais não protegidas e logo a infecção pelo VIH estaria em grande expansão como consequência. Tal foi confirmado nos E.U.A., sendo considerado pelos técnicos de saúde como uma “recaída”, dos homossexuais que estavam novamente a praticar sexo não seguro. Em 1994 muitas organizações começaram a transmitir em termos de prevenção, mensagens especialmente dirigidas aos homossexuais. (Fieldhouse, 2003)

Em 1996 definiu-se que o uso de combinações triplas de antiretrovirais seriam extremamente eficazes para o combate VIH, sendo mais fácil a manutenção da supressão do vírus e a prevenção do desenvolvimento de resistências. Na conferência de Vancouver em 1996, ficou definido que a terapia tripla seria um óptimo tratamento para a infecção VIH (Fieldhouse, 2003)

De acordo com Grmek, (1994) o VIH evoluiu, desde o nascimento dos retrovírus até à diversificação da linhagem VIH-1, foi um processo lento com várias fases, não conhecemos as datas. Shozo (1989) (cit por Grmek, 1994) indica uma duração de pelo menos 280 anos, numa distância evolutiva entre os genomas.

Não se sabe ao certo como é que a infecção primordial foi transmitida ao homem e aos símios, também não está totalmente definido se a infecção inicial advém do homem ao do macaco. Sabe-se que a variabilidade das estripes africanas é maior do que a das estripes americanas e que a europeia é semelhante à americana. Gallo e Temin (1983) assumem que o VIH-1 existe enquanto parasita humano há não mais de 100 anos. (Grmek, 1994)

O VIH-2 está presente em macacos africanos, particularmente nos macacos verdes, os quais são caçados, manipulados e comidos, por algumas tribos. (Grmek, 1994), tal pode estar na origem da transmissão do retrovírus, assim como certos rituais tribais, com estratégias afrodisíacas em que é utilizado o sangue destes macacos, o qual é colocado no púbis, coxas de homens e mulheres. Nos anos 50 utilizou-se macacos africanos, nos E.U.A. e Europa, para a fabricação de vacinas. Existem assim várias hipóteses para o VIH-2 ter passado do símio para o homem, que vão desde o contacto directo até à via laboratorial. Claro que após passar para o Homem, este vírus sofreu grandes mutações. Sabe-se que a epidemia causada pelo vírus VIH-1 não tem a mesma origem epidemiológica que a do VIH-2, e é a primeira que está mais

disseminada pelo mundo, apresentando mais gravidade devido às suas características clínicas. (Grmek, 1994)

Os macacos verdes africanos apresentam infecção para o vírus da imunodeficiência (SIV-1), contudo, quando os cientistas infectam primatas de outras localizações como Ásia e Amazona com este vírus, esses macacos desenvolviam frequentemente Sida e morriam. Tal sugere que o SIV-1 existe nos macacos africanos há dezenas de anos, pois estes sobrevivem a tal, enquanto essa infecção é totalmente fatal em macacos de outras zonas. (Fieldhouse, 2003)

O virologista Gaudsmith (1987) (cit por Fieldhouse, 2003) argumenta que a região de África onde o VIH apareceu em primeiro lugar foi provavelmente Cameroon e a Costa Oeste de África Equatorial, pois esta é a única região de África onde todas as três formas de VIH coexistem, tais como VIH-1, VIH-2 e VIH-0.

Grmek, (1994) apresenta a hipótese de Stirnglass quanto à origem do vírus, sendo este o resultado de uma mutação viral causada por explosões atômicas experimentais. Em que o aparecimento da Sida em África dever-se-ia ao aumento de radioactividade na zona equatorial causada por deposição de estrôncio 90, substância radioactiva que ventos e chuvas teriam trazido do Sara, onde franceses desenvolveram ensaios de armas nucleares.

Outra hipótese foi colocada por Guy de Thé (1986) (cit por Grmek, 1994), a qual defende que existiria no homem, como noutros espécies animais retrovírus adaptados com consequências patológicas graves e raras. Devido a recombinações genéticas desconhecidas entre o vírus humano e dos macacos oriundos da África Central, o que originaria um novo vírus altamente patogénico. Porém, sabe-se que as taxas particularmente elevadas de seropositividade em certas regiões de África Central sugerem que seja aí o epicentro da pandemia.

Outra teoria é a de Levy (1985), biólogo de São Francisco, o qual assume que o vírus da Sida tem a sua origem em África, há já imenso tempo mantendo-se num estado de patogenia equilibrada. Pode advir de humanos que desenvolveram resistências ao seu efeito patológico, podendo também infectar sem grandes danos, como pode derivar de animais indígenas de África Central. (Levy 1985 cit. por Grmek, 1994)

Hooper (1990) sugere que a explicação mais plausível para a transmissão de VIH para a população humana foi efectuada através da contaminação pela vacina oral da poliomielite, a qual assumiria a existência de SIV-1. Esta teoria está em circulação

desde 1990. O autor assume que os macacos africanos eram usados para a fabricação desta vacina, o que possibilitaria uma espécie de cruzamento de espécies de vírus, transferida do macaco para o Homem. Em Setembro de 2000, cientistas de todo o mundo, reuniram-se na “Royal Society” em Londres e juntamente com Hooper discutiram as origens da epidemia do VIH. No fim da sessão ficou comprovada a não evidência da transmissão do VIH ou SIV pela vacina da poliomielite para o ser humano. Uma prova de tal é o facto dos primeiros casos da infecção VIH terem acontecido em zonas do Congo onde ninguém foi vacinado e por outro lado, zonas onde existiu campanhas de vacinação não se verificou casos de VIH. (Hooper 1990 cit. por Fieldhouse 2003)

Contudo, parece definido que as origens do VIH estão em África, pois é aí que existem vários sub tipos genéticos de VIH, mais do que em qualquer outra parte do mundo. O que comprova que o vírus tem existido desde há muito tempo na população africana. Outra prova das origens africanas refere-se a que muitos dos primeiros diagnósticos de Sida, desde 1959 até 1980 terem ocorrido em indivíduos com contactos em África. (Fieldhouse, 2003)

Associado ainda à explosão do VIH, está inquestionavelmente a mudança de hábitos sexuais, o uso em medicina de tratamentos por via endovenosa a facilidade de comercialização de sangue e seus derivados, o fenómeno da toxicodependência que com a partilha de seringas o vírus proliferou. Tal permitiu repensar as vias de contágio e definir que não se tratava de um síndrome delimitado a grupos particulares, mas que poderia surgir em qualquer grupo social. Esta doença assume-se como uma catástrofe mundial que coloca os indivíduos sob um manto de desconfiança. A investigação mundial conhece e conheceu grandes impulsos, os quais possibilitaram à medicina o avanço inédito de conhecer tanto em tão pouco tempo sobre uma doença. Os esforços dirigem-se para a descoberta e aperfeiçoamento de uma eventual vacina anti-VIH, que possa bloquear em definitivo a replicação do VIH e conseqüentemente o desenvolvimento da infecção VIH/Sida. Parece-nos que a história do vírus da Sida ainda está no início, pois este vírus é surpreendentemente mutável, facto que frustra as tentativas de avanços científicos.

3.9. O VIH e Sida em Portugal

A União Europeia utiliza uma classificação epidemiológica, que foi revista em 1993, tal baseia-se na classificação do “Centres for Disease Control and Prevention” (CDC), o qual define as patologias maioritariamente associadas à infecção VIH e vias de transmissão. Os dados que temos relativos à vigilância epidemiológica do VIH e Sida, estão assente no processo de notificação, o qual corresponde a uma identificação clínica e oficial de infecção pelo VIH. Em Fevereiro de 2005, a infecção VIH/Sida foi considerada como patologia de notificação obrigatória, assim todos os casos de infecção VIH em qualquer estágio deverão ser notificados para o Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.

Foi em 1983, que se efectuou a notificação do primeiro caso de infecção pelo VIH em Portugal. A epidemia no nosso país assume as mesmas características da dos países mais próximos, como Espanha e França, uma vez que estes países apresentam factores de risco semelhantes. (Paixão, 2001) Em Portugal os primeiros casos de Sida surgiram nos anos 80 do Séc. XX, verificando-se um aumento drástico desde o primeiro caso em 1983 até 1989, com 200 casos diagnosticados e 154 notificados. Em 1983 só foi diagnosticado um caso, no ano seguinte 4 casos e em 1985 surgiram 29 casos e 18 notificações, em 1986 identificaram-se 41 casos com 30 notificações, que aumentaram para 81 no ano seguinte com 47 notificações, e para 143 em 1988, com 109 notificações. Tal como aconteceu pelos E.U.A. e resto da Europa, os casos de contaminação por VIH, também estavam circunscritos a grupos particulares como os homossexuais e consumidores de drogas endovenosas. (CVEDT, 2002)

Nos anos 90, do mesmo século, as características do grupo de indivíduos afectados alargou, e deste começaram a fazer parte não só os homossexuais, consumidores de drogas injectáveis, heterossexuais e indivíduos sujeitos a cuidados médicos, os quais fizessem uso de sangue por transfusão ou meios terapêuticos injectáveis. Como tal a ideia pré concebida de que a Sida só estaria delimitada a grupos particulares e minoritários perdeu qualquer consistência. O país tomou conhecimento que tal doença não escolhia grupos particulares para operar a destruição silenciosa do sistema imunitário, mas qualquer pessoa, que por qualquer motivo se tivesse relacionado com os factores de infecção, poderia contrair a estranha e assustadora doença da época pós moderna. (Paixão, 2001)

É dramático observar o aumento drástico do número de sujeitos contaminados pelo VIH, desde 1983, tendo acontecido nos anos 90 a explosão disseminatória do

VIH. Em 1990 o diagnóstico foi de 256 casos, com 226 notificações, no ano seguinte 307 diagnósticos e 246 notificações, aumentado vertiginosamente para 428 diagnósticos e 385 notificações no ano seguinte e para 560 diagnósticos e 465 notificações em 1993. O número de indivíduos infectados continuou a aumentar com 680 diagnósticos e 610 notificações em 1994, 795 diagnósticos e 692 notificações em 1995, 961 diagnósticos e 898 notificações em 1996. Até que no ano de 1997 verificou-se um ligeiro decréscimo para 958 casos diagnosticados com 895 notificações e em 1998 para 959 novos diagnósticos e 874 notificações, tendo conhecido um aumento no ano seguinte para 1002 novos casos e 1014 notificações. (CVEDT, 2002)

Os dados relativos à nova década referem que em 2000 foram diagnosticados 895 casos e 1124 notificações, tendo-se verificado a partir desse ano um decréscimo bastante acentuado. Em 2001 temos 887 casos diagnosticados com 974 notificações e em 2002 identificou-se 716, com 1014 notificações. No ano de 2003 os dados apontam para 830 diagnósticos e 955 notificações, no ano de 2004, temos 642 diagnósticos e 1005 notificações. Para 2005, até 30 de Junho os dados revelam 172 diagnósticos e 418 notificações. (CVEDT, 2005)

A situação em Portugal a 30 de Junho de 2005, apresentada pelo Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis revela com notificação 27 013 casos de infecção VIH/Sida nos diferentes estádios da infecção. Destes casos acumulados a grande maioria diz respeito a consumidores de drogas por via endovenosa, constituindo 46,8% do total. O segundo grupo diz respeito aos infectados por transmissão sexual (heterossexual) com 35,4%. Por via homossexual masculina temos 11,7% dos casos. Os restantes referem-se a formas de transmissão variadas e assumem 6,1% do total. Os casos relativos à transmissão heterossexual apresentam uma tendência evolutiva importante. Assim como uma diminuição proporcional relativa aos casos de toxicodependência. (CVEDT, 2005)

As infecções com Sida fazem um valor acumulado de 12210, destes 416 são causados pelo VIH-2 e 174 pelo VIH-1 e VIH-2, em 77 casos ainda se desconhece o tipo de VIH. Os portadores assintomáticos encontram-se na faixa etária entre os 15 e 39 anos. Este grupo refere-se às vias de transmissão toxicodependência com 46,6% do total e heterossexuais com 38,0%. A transmissão sexual (heterossexual) regista uma tendência crescente desde 2000-2004. Os casos sintomáticos não Sida existem em

pouco número, destes 40,7% foram infectados por via uso de drogas e 37,1% por via sexual, em específico heterossexual. (CVEDT, 2005)

Para as situações de Sida, entre 1983 e 30 Junho de 2005, nos casos diagnosticados, as proporções nas diferentes categorias de transmissão são variáveis, regista-se para a via sexual, no grupo heterossexuais, os seguintes valores: 32,5%, grupo homo/bissexual 13,5%, homo/toxicodependentes 0,9%; para a via toxicodependência temos 48%, hemofilicos 0,5%, transfusionados 1,1% e mãe/filho 0,6%. (CVEDT, 2005)

O Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2005) revela que desde 1 de Janeiro de 1983 a 30 de Junho de 2005, as infecções oportunistas constituem o maior grupo de patologias associado aos casos de Sida em 88%. Os toxicodependentes apresentam a prevalência em 93,2% de infecções oportunistas, enquanto os heterossexuais constituem 87,8% e homo/bissexuais de 71,6%. As infecções oportunistas são ainda as patologias associadas a um maior número de mortes, destacando-se a tuberculose em 41,2% dos casos. (CVEDT, 2005)

Foram notificados pelo CVEDT em 1987 casos de Complexo Relacionado com Sida, num total acumulado. Em termos evolutivos verificamos que nos anos de 1983 e 1984 não existiu qualquer caso de notificação ou diagnóstico. Em 1986 estão identificados 17 diagnósticos e 9 notificações, em 1987 18 diagnósticos e 7 notificações, dá-se um aumento em 1988 com 51 diagnósticos e 25 notificações, no último ano da década de 80 temos 63 diagnósticos e 33 notificações. Nos anos 90 o número de perturbações situadas na categoria de Complexo Relacionado com Sida aumenta substancialmente, logo em 1990 temos 79 casos diagnosticados e 55 notificados, em 1991 109 diagnósticos e 72 notificações, verifica-se um aumento em 1992 com 125 diagnósticos e 93 notificações, ligeiro decréscimo em 1993 com 119 diagnósticos e 70 notificações, no ano seguinte continua a decrescer os diagnósticos com 111, mas aumentam as notificações com 111. Em 1995 são diagnosticados 117 novos casos e notificados 75, no ano seguinte verifica-se um aumento significativo, com 157 diagnósticos e 117 notificações, aumento que continua em 1997, apresentando 160 diagnósticos e 125 notificações, em 1998 temos 170 diagnósticos e 130 notificações e os valores continuam a subir com 182 diagnósticos e 159 notificações em 1999. O ano 2000 mantém o mesmo número de diagnósticos do ano anterior (182), contudo manifesta-se um grande expoente de notificações com 419. Todos estes valores tendem a diminuir a partir daí, com 148 diagnósticos em 2001 e

190 notificações, 118 diagnósticos e 221 notificações em 2002. Em 2003 os dados apontam para 152 diagnósticos e 204 notificações. O ano de 2004 apresenta 129 diagnósticos e 267 notificações. Os últimos dados são de Janeiro até 30 de Junho de 2005 e revelam 15 diagnósticos e 93 notificações. (CVEDT, 2005)

Relativamente às categorias de transmissão os toxicodependentes apresentaram o maior expoente de grupo com manifestações de casos sintomáticos não-Sida, com 40,7%. Seguindo-se os infectados por via sexual (heterossexual), com 37,1%. Os homossexuais toxicodependentes apresentam 1,6%. Os homo e bissexuais revelam 14,8%. Os hemofílicos revelam uma expressão quase nula, com 0,4%. Os transfusionados acompanham o grupo anterior, com 0,9% A transmissão mãe-filho tem 55 casos, com 2,2%. (CVEDT, 2005)

O número de mortes nos indivíduos infectados com VIH decresceu consideravelmente devido à terapêutica antiretroviral, facto que potenciou um maior número de indivíduos infectados. Tal levou a uma alteração dos sistemas de notificação, incluindo nestes os portadores assintomáticos. Contudo os valores apresentados relativamente às notificações, não correspondem ao número total de pessoas portadoras assintomáticas de VIH, pela dificuldade inerente à sua identificação. Os valores devem ser considerados de acordo com a data da sua publicação, a qual é de 30 de Junho de 2005. (CVEDT, 2005)

Em 1983 foi diagnosticado um caso de portador assintomático para o VIH, não se verificando qualquer caso de notificação, tal como no ano seguinte. Em 1985 identificou-se 4 diagnósticos, sem qualquer notificação, no ano seguinte temos 11 diagnósticos e 1 notificação. Em 1987 efectuou-se um aumento de casos diagnosticados, com 11 e 1 notificação, o acréscimo continuou no ano seguinte com 52 diagnósticos de 10 notificações, em 1988 encontram-se 63 diagnósticos e 23 notificações, até ao valor máximo da década de 80, em 1989 com 104 diagnósticos e 58 notificações. Os anos noventa apresentam números elevados de diagnósticos e notificações de portadores assintomáticos de VIH, como tal em 1990 temos logo 162 diagnósticos e 97 notificações, aumentando bastante no ano seguinte para 225 diagnósticos e 121 notificações. Em 1992 temos 349 diagnósticos e 131 notificações, surge um sensível decréscimo de diagnósticos em 1993 com 326, mas as notificações continuam a aumentar com 176. Em 1994 temos 462 diagnósticos e 294 notificações, ambos aumentam no ano seguinte para 657 e 422 respectivamente, em 1996 os diagnósticos progridem para 886, e as notificações diminuem para 335. Grande

aumento verificado em 1997 com 1175 diagnósticos e 604 notificações, continuando para 1283 diagnósticos e 830 notificações em 1998. O último ano desta década apresenta um ligeiro decréscimo nos diagnósticos com 1166, mas aumento nas notificações com 1373. Chegando à nova década observa-se uma diminuição nos diagnósticos, em 2000 temos 1024 e 2527 notificações, para 2001 é apresentado 915 diagnósticos e 1315 notificações, 2002 apresenta 587 novos diagnósticos e 1310 notificações. Em 2003 verificamos a existência de 806 diagnósticos e 1131 notificações, para 2004 temos 662 diagnósticos e 1425 notificações. Por fim no primeiro semestre de 2005 temos 134 diagnósticos e 537 notificações. (CVEDT, 2005)

As vias de transmissão analisadas desde 1 de Janeiro de 1983 até 30 de Junho de 2005 que apresentam maior expressão são a via relativa ao consumo de substâncias com 46,6% dos casos, seguida da via sexual (heterossexual), com 38,0%. A categoria homo/bissexuais apresenta 9,5%, a homo/toxicodependentes 0,6%, hemofílicos 0,4%, transfusionados 0,6% e por fim mãe/filho 0,8%.(CVEDT, 2005)

Por conseguinte, os grupos etários, género e área de residência nos três grupos (Sida, sintomáticos não-Sida e portadores assintomáticos) são maioritariamente indivíduos jovens situados entre os 20 e 44 anos, predominando significativamente o sexo masculino e os distritos dominantes dos infectados são Lisboa, Porto e Setúbal. (CVEDT, 2005)

De acordo com os valores apresentados, parece que a via de infecção para o VIH dominante relaciona-se com o uso de drogas. Contudo, apesar dos valores ainda serem assustadores, é notório que nos estamos a aproximar de uma tendência decrescente. Tal relaciona-se com alguns cuidados verificados na população toxicodependente, que já apresenta práticas de redução de riscos. Estas prendem-se com a diminuição de consumo de drogas por via endovenosa, e maiores cuidados relativos a condições sanitárias, tal é comprovado pelos números de seringas recolhidas no contexto do programa “Diz não a uma seringa em segunda mão”. (Relatório Anual IPDT 2004)

O programa de âmbito nacional “Diz não a uma seringa em segunda mão” assume o objectivo privilegiado de chamar a atenção para os perigos associados à partilha de material para injeção de drogas, logo pretende prevenir a contaminação e aumento de VIH na população toxicodependente que faz uso de práticas de consumo endovenoso. Deste Outubro de 1993, este programa apresenta um campo de

intervenção alargado a farmácias e outras entidades que realizam a troca de seringas usadas. A adesão a este programa registou um aumento contínuo em 2001 foram trocadas a nível nacional, 3 485 694 seringas. Até 31 de Dezembro de 2001, os distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro foram os distritos que apresentaram o maior número de seringas recolhidas desde o início do programa. Este programa atingiu o seu objectivo, a redução de riscos para o VIH, evitando cerca de 6 300 infecções por cada 10 000 utilizador de drogas injectáveis da população. (Relatório Anual IPDT 2002)

3.10. Mulheres, VIH, Toxicodependência e Corpo

Este capítulo justifica-se pelo facto da nossa investigação procurar verificar se existem diferenças entre os sexos ao nível da imagem corporal nos três grupos estudados. De facto, na investigação anteriormente realizada pela autora da presente, verificou-se que as mulheres tanto no grupo de adictos como no de não adictos revelavam uma menor distorção da sua imagem corporal comparativamente com os homens. (Gomes, 2001)

As investigações desenvolvidas no passado em relação à Sida excluía as mulheres, isto porque a maioria dos doentes infectados eram homens. Tal situação sofreu alterações, pois hoje em dia as mulheres são mais de metade dos 36,1 milhões de adultos seropositivos em todo o mundo. Até há pouco tempo a epidemia da Sida parecia ser uma doença eminentemente masculina, particularmente nos países desenvolvidos, porém esta posição está a mudar.

No início dos anos 90 as intervenções para a prevenção do VIH incidiam o seu campo de acção na comunidade gay e nos toxicodependentes de drogas intravenosas. No geral as mulheres eram consideradas um grupo de baixo risco para a aquisição de VIH. Em 1990 a O.M.S. revelou que as mulheres VIH positivas representavam um terço dos casos mundiais. Porém, por volta de 1993 é que os “Centers for Disease Control and Prevention” (CDCP) redefiniram a Sida e incluíram nos quadros da sua classificação certas condições ginecológicas como marcadores para a infecção por VIH. Tal foi uma das causas dos diagnósticos e intervenções tardias para o VIH entre as mulheres.(Jackson, et al., 1995) Em Portugal o primeiro caso de Sida numa mulher foi identificado em 1985, número que aumentou exponencialmente nos 10 anos seguintes. (Teixeira, 1995)

O grupo maior de mulheres em situação de risco são ou foram toxicodependentes, particularmente de drogas injectáveis, tendo mantido prática de partilha de seringas ou mantido relações sexuais não protegidas com múltiplos parceiros. Contudo um dos grandes riscos para as mulheres situa-se na manutenção de relacionamentos sexuais com toxicodependentes consumidores de drogas injectáveis, ou com indivíduos com práticas bissexuais ou heterossexuais com vários parceiros. Tal como manter sexo com indivíduos com estadias em África, onde estes tenham contactos sexuais. Hoje em dia considera-se que as vias de transmissão mais comuns são a heterossexual e infecção através de material usado para injectar droga.

O investigador Delmar, 2000 cit. por Antunes, (2001), assume que a Sida não se manifesta da mesma forma nos dois sexos, sendo uma doença diferente entre homens e mulheres. Apelando para o desenvolvimento de mais investigação nas mulheres. Parece que as diferenças entre os sexos surgem logo na fase inicial de diagnóstico, uma vez que nas mulheres a infecção pelo VIH é identificada numa fase mais tardia. Mesmo depois de tal, as diferenças continuam uma vez que estas apresentam grandes diferenças na carga viral e na resposta do sistema imunitário (Cohen, 2001)

Os efeitos secundários perante a terapêutica antiretroviral, também se diferenciam entre homens e mulheres. Parece que as mulheres apresentam mais efeito secundários do que os homens, estas mantêm níveis mais elevados da droga antiretroviral no seu corpo do que os homens. Uma explicação para tal prende-se com o facto da mulher ter menos peso do que o homem. Outra razão para estas diferenças referem-se às diferenças hormonais entre homens e mulheres, pois algumas substâncias podem interferir com as hormonas, de tal forma que estas podem alterar a forma como a droga é absorvida pelo organismo. (Project inform Aids 2003)

Durante as relações sexuais o VIH é transmitido muito mais facilmente de homem para mulher, do que de mulher para homem. O risco de contrair VIH ainda aumenta mais se a mulher praticar sexo anal ou apresentar doenças vaginais. (AidsinfoNet 2003). Existem também algumas vulnerabilidades específicas da mulher perante a infecção pelo VIH: as relações com o companheiro mediatizam práticas seguras ou não relativamente à infecção, o companheiro pode não ser fiel e recusar-se a usar preservativo, a dependência afectiva e económica perante este, podem sujeitá-la a comportamentos sexuais inseguros. (Teixeira, et al., 1995)

Muitas mulheres só descobrem que estão infectadas com VIH quando fazem o teste durante a gravidez. Se a mulher não é sujeita ao teste nem acompanhada com a terapêutica antiretroviral, tem tendência a adoecer e até falecer mais depressa que o homem. Contudo se o teste e a terapêutica antiretroviral forem atempadamente realizados, vivem tanto tempo quanto o homem. (AidsinfoNet 2003).

Os problemas ginecológicos podem ser os primeiros sinais de infecção pelo VIH, como úlceras na vagina, corrimento persistente, infecções várias e graves doenças pélvicas de natureza inflamatória. As mulheres têm uma maior tendência para desenvolver erupções na pele, doenças de fígado e alterações da forma corporal, como a lipodistrofia. Por outro lado apenas uma mulher desenvolve sarcoma de Kaposi para oito homens, sendo este mais comum nos homens. Por outro lado as mulheres apresentam mais infecções fúngicas na garganta e herpes genital do que os homens. (Cohen, C., 2001) Algumas das primeiras manifestações femininas da infecção por VIH ocorrem em particular no aparelho genital. A candidíase vaginal é uma delas, podendo progredir para doença crónica, com franca resistência à terapêutica, esta pode significar uma progressão rápida para a situação de Sida. A neoplasia cervical intraepitelial (NCI) também surge com alguma frequência nestes casos. Sabe-se que tal se prende com a positividade para o Vírus do Papiloma Humano (VPH), o qual pode evoluir para a neoplasia cervical. É notória a grande prevalência do vírus (VPH) em mulheres seropositivas, numa proporção de 49%, para 25% nas seronegativas. Logo, todas as mulheres seropositivas devem realizar exames ginecológicos regulares. (Teixeira, 1995)

Existem autores que assumem a existência de diferenças entre os sexos relativamente às consequências biológicas e psicológicas e sociais da infecção. (Teixeira, et al., 1995). A doença evolui de forma diferente entre homens e mulheres, tal como a incidência da própria mortalidade. Na base de tal encontram-se factores de natureza psicológica e até psicossocial, os quais organizam várias possibilidades de evolução da infecção, pois a evolução desta não é de todo linear. Teixeira, et al. (1995) assumem a existência de factores de índole biológico, psicológico e social para a progressão e diferenciação da doença entre os sexos. Em que as doenças sexualmente transmissíveis podem funcionar como veículo de transmissão. Por outro lado, o papel do stress, percepção e controlo perante a doença podem surgir como factores precipitantes da mesma. No seguimento desta ideia, sabe-se que o stress pode funcionar como factor de fragilidade do sistema imunitário, particularmente no

indivíduo VIH positivo (Ganso, 2000). Ora, é provável que o stress seja vivido de forma diferente pelo sexo feminino, favorecendo uma maior fragilidade nas mulheres. Tal pode até estar relacionado com o facto de serem muitas vezes estas a prestar cuidados a indivíduos doentes de Sida em fase terminal.

Os estilos de adaptação à doença também funcionam como um factor importante perante a sua evolução, comportamentos com menor risco e a manutenção de hábitos mais saudáveis permitem uma melhor saúde. O suporte social também é importante, permitindo bem-estar psicológico e consequentemente saúde. Há dados que apontam para o facto das mulheres VIH positivas estarem mais isoladas. De acordo com Cohen, (2001) este isolamento deve-se ao facto de estarem geograficamente mais dispersas, sem que possam recorrer a grupos de auto ajuda.

O impacto psicológico da infecção por VIH na mulher depende da sua idade . Ser diagnosticada na adolescência, quando a sua expressão sexual e identidade estão a emergir tem um impacto diferente do que diagnosticar o VIH na década dos 50 anos, sendo casada e infectada pelo seu marido, ou ser infectada por transfusão de sangue. Também depende do relacionamento com o seu parceiro sexual, uma mulher que é infectada através de sexo casual é afectada de forma diferente do que uma mulher que desconhece ser casada com um bissexual. Além da doença, uma mulher nesta situação ainda tem de ultrapassar o sentimento de traição, perda de confiança. Se a mulher tiver filhos, experienciará forte culpa se o seu filho é VIH positivo, ou terá medos perante a infecção de um filho seronegativo. A via de transmissão tem um impacto muito importante na mulher, porque a vida sexual desta acarreta na nossa sociedade um estigma, o qual está associado à idade, beleza, desejo e castidade. O modo de transmissão pode apresentar uma extrema importância, pois o impacto psicológico à infecção pode variar, consoante a via de transmissão. O background sócio cultural da mulher também é importante, ser seropositivo tem um impacto específico em cada cultura, tendo assim diferentes significados. (Jackson, et al., 1995)

De acordo com Jackson, et al., (1995) a capacidade da mulher para se adaptar à seropositividade para VIH depende dos seguintes factores: o seu prévio estado emocional, recursos financeiros, suporte familiar, acesso a bons cuidados médicos, acesso a cuidados de saúde infantil, suporte profissional, possibilidade de ter acompanhamento psicológico, individual e familiar.

Uma mulher seropositiva vai encontrar muitas dificuldades pela frente, em particular em termos do seu papel e expressão sexual. Em cada fase do ciclo de vida

de uma mulher, desde a fase da adolescência em que a identidade sexual está a emergir, até à mulher grávida, à mulher mãe, à mulher e meia idade com um parceiro estável, ser seropositiva tem um significativo impacto no seu ajustamento psicológico à situação, tal como a sua situação social e financeira (Jackson, et al., 1995)

A partir de dados de vigilância epidemiológica, sabe-se que em África e no sudoeste asiático o número de mulheres afectadas por VIH continua a crescer assustadoramente. Isto porque as mulheres são de facto um grupo bastante vulnerável para a infecção pelo VIH. Numa relação sexual entre homem e mulher, a mulher apresenta entre 10 a 100 vezes mais probabilidades de contrair o vírus do que o homem. Tal proporção é bastante significativa e prende-se com questões anatómicas, estando a mucosa vaginal muito mais exposta à mucosa do sexo masculino, podendo igualmente apresentar lesões mínimas que facilitam a entrada do vírus. (Teixeira, 1995)

A gravidez numa mulher VIH positiva levanta questões importantes, até porque assume-se como uma fase da vida muito particular e cheia de transformações fisiológicas e psicológicas. Ao contrário do que se afirmava há uns tempos atrás, parece que não está provado que a gravidez possa precipitar a evolução da infecção por VIH. (Teixeira, 1995) Porém a opção de engravidar numa fase de doença, mesmo que assintomática levanta questões pertinentes. Sunderland (1989), cit. por Teixeira, (1995) revela que muitas das mulheres VIH positivas que engravidam não estão a dar a devida importância à sua doença, funcionando a gravidez como compensação perante o eventual desequilíbrio produzido pela consciencialização da positividade para o VIH. Deste modo, uma gravidez planeada nestas condições parece surgir a partir de necessidades afectivas e psicossociais. (Teixeira, 1995).

As mulheres infectadas pelo VIH e que acumulam o facto de serem toxicodependentes, assumem nitidamente um desvio face às condutas socialmente desejáveis, caindo facilmente numa imagem estigmatizante.

Existem diferentes padrões entre o masculino e o feminino nos comportamentos toxicómanos, pois estão inseridos num conjunto de normas e valores sociais que determinam o papel social do indivíduo em função do sexo. Parece que na nossa cultura a mulher corre mais facilmente o risco de ser estigmatizada e conseqüentemente discriminada, pois as regras de conduta femininas assumem uma exigência, diferente da masculina, tal implica comportamentos mais controlados. Isto coloca uma questão acerca das diferenças de proporções entre o número de

toxicodependentes e VIH positivos do sexo masculino e feminino. Assumindo-se os primeiros em maior escala numérica, o que pode estar relacionado com o facto das mulheres utilizarem mais facilmente a expressão emocional, a passagem da infância para a idade adulta parece ser mais fácil no sexo feminino, estando as mulheres menos dependentes de rituais de passagem, uma vez que estas têm um marco biológico que determina tal; as mulheres são sujeitas a uma maior insistência familiar de regras de comportamento, com um espaço de manobra menor em relação a eventuais comportamentos de risco. Este conjunto de regras que foi reforçado e transmitido à rapariga, juntamente com o uso de uma maior expressão emocional e afectiva, constitui-se como um ambiente contentor e securizante. O papel do feminino está ancorado numa exigência social muito bem definida, apresentando um conjunto de regras claras de conduta, sem que se discuta o valor ético-moral das mesmas. (Cohen, 2001)

Associado a tudo isto, parece que existe uma menor complacência para eventuais desvios do comportamento no feminino. Todas estas questões assumem inquestionáveis implicações para a eficácia da contenção de comportamentos, que devem ser normalizados e que se assumem como determinantes para o desenvolvimento individual e mudança social. (Cohen, 2001)

Apesar destas diferenças de cariz psico-social funcionarem como factores protectores para a toxicodependência nas mulheres, paradoxalmente constituem igualmente um obstáculo ao tratamento da toxicodependência. Tal pode explicar a razão pela qual a toxicodependência no feminino constitua um maior desvio à norma do que no masculino, o que confirma a opinião de alguns técnicos que assumem que as mulheres toxicodependentes são mais difíceis de tratar. Uma justificação para tal talvez seja o facto das pacientes integrarem a rejeição social e familiar da adicção e da infecção, como tal entram num estado de declínio. Um exemplo também típico é a prostituição, que surge como estratégia para manter os consumos, assim o peso da condenação torna-se ainda mais poderoso, ultrapassando a actividade em si. Pois se um toxicodependente trafica ou rouba, a situação de delinquência é vista como consequência da adicção e transitória. Contudo no caso da mulher toxicodependente que se prostitui, esta continua com estigma de prostituta, mesmo quando deixa de o ser, tal marca é socialmente inalterável. (Silva, et al., 1999)

A mulher toxicodependente VIH positiva, condensa em si um duplo pecado, o da perversão pelo uso do tóxico e de contactos sexuais infectados, tal paira sobre ela e

define-a num contexto social, que espera da mulher a mãe ou a filha saudáveis e ajustadas a uma perspectiva social e cultural que as define. A vergonha, a culpa são sentimentos que a acompanham e que a fazem sentir-se “suja”, aos seus próprios olhos e aos olhos do mundo. (Dupras, 1992)

Apesar de tudo, é de salientar que o número geral de mulheres toxicodependentes e infectadas pelo VIH ainda é substancialmente inferior ao dos homens. O que significa que os indicadores normativos vigentes pelo social e cultural funcionam como factores de prevenção. O que nos permite reflectir sobre o facto das mulheres terem uma longevidade superior ao homem, tal prende-se logo num primeiro tempo, com o facto das mulheres não cometem tantos comportamentos de risco (Silva, et al. 1999). De um modo geral parece que as mulheres apresentam uma melhor saúde, o que pode ser explicado por uma maior atenção que as mulheres atribuem à sua vivência corporal. Até porque estas assumem uma posição mais activa na gestão da saúde como medida preventiva de doença, o que consequentemente tem implicações na redução da mortalidade. (Silva, et al., 1999).

Os modelos socializadores das raparigas são diferentes dos rapazes. Nas raparigas o desenvolvimento físico é também social e culturalmente condicionado, por uma activa adesão a modelos de beleza e castidade que delimitam o desenvolvimento corporal e sexual. As representações colectivas da mulher, ainda muito presentes na cultura ocidental, constituem uma interiorização de uma auto-imagem marcada pela fragilidade, primazia do afectivo, centração da dádiva aos outros, por relativamente menor auto-estima e tendência a estados sub-depressivos. (Silva, et al., 1999).

Desde muito cedo a menina é socializada para dar muita importância ao corpo, aos sintomas e mal-estar e à submissão à medicina. A própria fisiologia feminina em torno do aparelho sexual e reprodutor, leva a mulher a habituar-se a estabelecer uma relação de maior intimidade com o seu próprio corpo. Ela está desde sempre atenta ao corpo e continua como mulher menstruada, mulher grávida e como mãe, que na relação com o seu filho, na atenção à criança, preocupação com a família, desenvolve uma maior susceptibilidade às reacções do corpo, sejam estas saudáveis ou patológicas. (Silva, et al., 1999). A mulher, devido à sua condição de mulher está mais perto do corpo.

A frequência de perturbações alimentares, anorexia e bulimia, surgem também associadas a uma morbidade e mortalidade significativas, sem grande incidência no sexo masculino. Ora estas patologias assumem o código social relativo à imagem

colectiva de beleza feminina, a qual deve estar enquadrada num peso corporal particular. Apesar das taxas de suicídio feminino serem inferiores às dos homens, elas associam-se aos estados sub-depressivos relacionadas com baixa auto estima resultante da cultura socializadora das diferenças de género. (Silva, et al., 1999).

No quadro da infecção pelo VIH, as mulheres infectadas têm responsabilidades domésticas que diminuem a sua capacidade de se manterem saudáveis. As estatísticas mostram que comparativamente aos homens, estas faltam mais vezes às consultas e são mais frequentemente hospitalizadas por se esquecerem de tomar a medicação (Ramshaw, 2002). No contexto da terapêutica antiretroviral, esta foi inicialmente testada e criada para os homens. Os efeitos colaterais são debilitantes em ambos os sexos, contudo parece que as mulheres ainda são mais susceptíveis a esses. Um dos mais graves é a lipodistrofia, nas mulheres os seios tornam-se grandes, o abdómen proeminente, as pernas, braços e rosto ficam excessivamente magros. De acordo com McLaughlin (2001) cit por Ramshaw, (2002) parece que o impacto da lipodistrofia ainda é mais devastador nas mulheres do que nos homens. É a imagem corporal que está deformada, facto que arruína a auto-estima da mulher, o que faz como que muitas delas abandonem a terapêutica antiretroviral, pondo em risco a sua vida. É obvio que a lipodistrofia promove um grave problema de estética corporal, atingindo a qualidade de vida destas mulheres. Vida que se fez sempre acompanhar pelo significado do corpo feminino para si e para os outros.

Hoje em dia avançamos para consideráveis mudanças no papel e estatuto social da mulher, os quais podem de facto levar a riscos acrescidos em relação à adopção de comportamentos de risco, para a saúde. Entre estes temos o risco de infecção pelo VIH, pelo sexo desprotegido, o aumento de consumo de tabaco, que leva a um aumento devastador de cancro do pulmão na população feminina, a fecundidade feminina também tem decrescido significativamente, justificável pelo stress inerente à vida da mulher esposa, mãe, dona de casa, profissional e filha, a alimentação que contem produtos químicos e hormonais também pode influenciar. (Silva, et al., 1999).

3.11. VIH/Sida e Toxicodependência

A Sida como flagelo da época pós moderna surge na sequência histórica do seu desenvolvimento associada a grupos minoritários, como os homossexuais e toxicodependentes. Até porque uma das vias de contágio para o VIH é a endovenosa, logo a utilização de seringas e agulhas contaminadas para consumo de substâncias funciona como potencial via de infecção. Ainda no grupo de toxicodependentes podem ocorrer comportamentos sexuais desprotegidos associados aos efeitos das substâncias.

O consumo de substâncias assume um processo evolutivo, o qual é muitas vezes iniciado num contexto de experimentação precoce. O consumo das ditas drogas de iniciação, como o álcool, tabaco e eventualmente cannabis, posteriormente pode passar pelo uso de anfetamínicos, ácidos, ecstasy e posteriormente cocaína e heroína. A utilização de cocaína e heroína pela via endovenosa acontece por múltiplas razões e ocorre no enquadramento evolutivo do processo. A acompanhar surge o risco acrescido de contrair VIH, nos consumidores de drogas injectáveis.

As doenças infecto contagiosas relacionadas com o consumo de droga injectada são as que originam maiores despesas com os cuidados de saúde entre todos os tipos de consumos de drogas ilícitas. (O.E.D.T. 2002)

Em Portugal verifica-se uma prevalência extremamente elevada de VIH em consumidores de drogas injectada. Estudos que incluíram consumidores de drogas injectadas em ambientes de tratamento e fora do tratamento apresentam uma prevalência superior a 25%. Nos últimos anos ocorreram aumentos da transmissão de VIH entre sub grupos de consumidores de drogas injectadas, particularmente da Finlândia, Irlanda, Itália, Holanda e Portugal. Em Portugal, os casos de Sida relacionados com o consumo de droga injectada continuam a aumentar no final dos anos 90, o que era indicativo de falta de acesso ao tratamento do VIH e ou aumento da transmissão do VIH entre consumidores de drogas injectáveis. Esse aumento em Portugal estabilizou desde 1997 deixando o país com a mais elevada incidência anual de Sida entre consumidores de drogas injectadas na União Europeia. (O.E.D.T. 2002)

A mortalidade entre os consumidores de droga injectada é duas a quatro vezes superior à dos consumidores de droga não injectada, o que nos leva a aproximar da causa VIH. Até porque há pouco tempo a mortalidade entre os consumidores de droga infectada pelo VIH era 2 a 6 vezes superior à dos consumidores não infectados.

Devido às melhorias recentes verificadas no tratamento do VIH estas diferenças poderão estar a diminuir.

Sabendo nós que a população toxicodependente assume um inquestionável risco perante o contágio do VIH, não só pelo uso de drogas injectáveis onde se efectua a partilha de material para esse fim, mas também pela prática sexual desprotegida com parceiros infectados. Tal leva-nos a pensar nos factores motivacionais que contribuem para a manutenção de tais comportamentos e logo para a vulnerabilidade para a infecção VIH. Neste contexto, a envolvimento inerente aos locais de compra e venda de substâncias, onde todos se focam nas drogas onde a independência do toxicodependente não se faz sentir, leva a que o sujeito centre toda a sua atenção e energia para o consumo, imperando as regras do grupo. A continuação das relações com toxicodependentes incita à continuação do uso de substâncias. Parece que tudo isto se faz acompanhar por uma eventual perda de juízo crítico, favorecendo comportamentos de risco como o uso de material eventualmente infectado ou as relações sexuais sem preservativo. (Dupras, et al., 1992).

Também é sabido que os toxicodependentes estão mais conscientes que podem ser infectados pelo VIH por via sanguínea do que sexual. (Dupras, et al., 1992) Por outro lado, ignoram a noção de reinfeção e de reactivação do vírus, perante a actividade sexual desprotegida, no caso de ambos os parceiros serem seropositivos.

Como justificação dos comportamentos de risco alguns indivíduos assumem que a conveniência e o proveito associados a falta de dinheiro pode fazer com que corram riscos. A eventualidade do sofrimento perante a abstinência favorece a exposição a comportamentos de risco, como a prostituição ou troca de favores, o que favorece a incidência de infecção pelo VIH. Devemos ter em conta que apesar de toda a informação divulgada pelos media e campanhas de prevenção, em certos meios manifestamente pobres em termos sócio culturais, os sujeitos ignoram alguns cuidados a ter quanto às regras de higiene e protecção. Também é frequente encontrar sujeitos que contraem VIH por influência de amigos ditos de confiança, com os quais partilharam material, assumindo que tinham total confiança nesses amigos. Existem normas nos grupos que podem fomentar o risco de infecção, aqui a influência social do grupo é determinante. E ainda podemos encontrar sujeitos que rejeitam o uso de preservativo por exemplo. (Grilo, 2001)

De acordo com Hallal, (1996) os toxicodependentes que vivem em condições de sem abrigo e agregados a um pequeno grupo, partilham as mesmas regras de higiene devido ao factor interdependência, logo partilha-se dinheiro, droga e material.

Apesar de nem todos os consumidores de drogas injectáveis se sujeitarem a estes perigos, e de quase todos os indivíduos estarem devidamente informados dos riscos que correm, alguns assumem que apesar de existirem intenções para a manutenção de cuidados, tal não era mantido devido a uma perda de controle, tal como por exemplo o desejo de consumir a droga adquirida há pouco tempo. Está aqui patente uma notória dificuldade em esperar para adquirir material novo. (Guerra, 1992)

Guerra, (1992), também assume que os indivíduos mais jovens revelam uma maior prevalência para o risco de infecção pelo VIH, tal como em indivíduos de estatutos sócio económicos mais baixos.

Ganso, (2000) assume que a partilha de seringas em consumidores de drogas injectáveis, além de funcionarem como meio de comunicação entre os indivíduos, tal refere-se a uma pulsão de auto destruição.

O uso de droga inicia um jogo com a morte, que ocorre numa sub cultura, acompanhada de uma linguagem e comportamentos próprios. Reforçando tudo isto, encontramos também desvios psicopáticos que se manifestam eventualmente por egocentrismo exagerado e ausência de protecção perante si e os outros, sentimentos de culpa, remorso ou vergonha. (Guerra, 1997)

Também há aqueles que ao sofrerem de psicopatologia, como a depressão, já nada importa, como tal correm conscientemente ou inconscientemente o risco de contrair o vírus, pois na sua vida nada tem significado. Por vezes a notícia da seropositividade ainda agrava mais o sofrimento e desinteresse pela vida. Neste contexto encontramos comportamentos parassuicidários, agravados pelo continuado uso de drogas, que podem funcionar como ansiolíticos ou anti depressivos e que promovem a negação do problema. Nalguns casos até se aumenta a dose da droga. Felizmente, na maior parte dos casos o indivíduo pára os consumos ou inicia um tratamento de substituição com a metadona ou subutex, tentando usufruir do tempo que lhe resta. Mas tal equivale a alterar o estilo de vida, não só pela manutenção adequada do uso de antiretrovirais, como alterações da sexualidade, cuidados associados e dificuldades em encontrar um parceiro que aceite a sua condição, com tudo o que ela acarreta, como o risco de contágio, discriminação social, doença ou

morte prematura do companheiro. A possibilidade de ter filhos está obviamente limitada, pela eventualidade de contágio entre parceiros ou até para o feto. Logo a ideia de perpetuar a sua existência pela existência de um filho é limitada. O medo da evolução da doença, com tudo o que ela implica, dor, sofrimento, morte, também pode ser um factor desorganizante. A sensação de rejeição pelo toxicodependente infectado com VIH, também é um factor causador de sofrimento, pois já não basta a condição de dependente, como de doente com Sida.

Neste contexto, quando a toxicodependência se associa à seropositividade muita coisa entra em jogo. As restrições são redobradas, a alteração do estilo de vida é drástica. Associando estes aspectos às características de personalidade dos toxicodependentes: baixa auto-estima, imaturidade, a conduta ordálica, depressão, psicopatia todo o reajustamento necessário fica por vezes limitado.

Pereira, (1994) assume que os toxicodependentes de drogas injectáveis fazem-se acompanhar por problemas psicológicos e comportamentos desviantes, assumindo preponderância os desvios psicopatológicos, que se associam a baixa auto tolerância à frustração, irresponsabilidade, falta de remorso ou vergonha, incapacidade de seguir um plano de vida organizado. Alguns estudos apontam para a dificuldade em detectar se estes desvios são parte integrante da personalidade do indivíduo com predisposição para o consumo de substâncias, ou são o resultado do consumo continuado da mesma, facto que poderia desencadear efeitos psicológicos e sociais.

Também sabemos que quando os seropositivos conhecem a sua seropositividade, manifestam reacções por vezes paradoxais de revolta, ansiedade tentativas de autodestruição com o aumento de consumo, tentativas de agressão a terceiros e até tentativas de propagar deliberadamente a doença. Contudo também acontece casos de mudanças completas de comportamentos. Por conseguinte não podemos escamotear a possibilidade destas reacções, após conhecimento da seropositividade se deverem a uma consequência das alterações neurofisiológicas que o VIH provoca no Sistema Nervoso Central. A penetração do vírus no organismo pode provocar toxoplasmose, abscessos, encefalites etc. Com a progressão da doença têm sido registados problemas neuropsiquiátricos onde podemos englobar perturbações de memória, falta de concentração, socialização entre outras. (Guerra, 1992)

Actualmente na evolução dos grupos de risco há uma diminuição de novos casos de seropositividade no grupo de homossexuais e aumento entre os toxicodependentes. (O.E.D.T. 2002)

Vulgarmente os toxicodependentes surgem associados a um grupo de risco para o VIH, porém só o são se partilharem material para injeção e para os “caldos”. Por outro lado o efeito de substâncias tóxicas potencia a alteração de comportamentos e logo o risco pode facilmente surgir. Não é só a heroína a grande causadora de contágio de VIH, o uso de estimulantes, como a cocaína, ecstasy e até álcool, podem levar a graves comportamentos de risco. Pois o efeito de substâncias facilmente leva a comportamentos sexuais desprotegidos, onde a ideia relativa à importância do uso preservativo se perde, no meio da estimulação química. Facto que pode ser reforçado pelas falsas crenças associadas ao aspecto do parceiro e grupo de pertença, referindo-se ao facto de que aquela pessoa não será de certeza seropositiva, pois tem um aspecto saudável e atraente, ou um estilo de vida muito equilibrado. Se a prevenção da Sida e hepatite B já pressupõe mudanças comportamentais salientes para alguns sujeitos não toxicodependentes, muito mais difícil se torna junto dos toxicodependentes.

É importante salientar que a população toxicodependente, apesar de apresentar muitas características semelhantes, no que se refere os comportamentos de risco para VIH, também existe um número substancial de indivíduos que responde de forma adequada perante a possibilidade de infecção pelo VIH. Tal leva-nos a pensar que as características de personalidade de cada um são definitivamente um factor que potencia ou inibe os comportamentos de risco. Logo a atitude dos toxicodependentes face à Sida é variável.

Os consumos por via endovenosa são os responsáveis por a maioria das contaminações, não só e VIH, como hepatite B e C. Na associação Sida - Toxicodependência devemos considerar que esta última é um problema de base e se tal for ignorado, os consumos mantêm-se, facto que impede obviamente uma adequada terapêutica antiretroviral. Em Portugal a infecção por VIH continua a crescer, o que coloca o país no topo do valores europeus quanto às taxas de infecções por VIH.

De acordo com Angel, et al., (2002) o grupo de toxicodependentes VIH positivo comparativamente com os toxicodependentes VIH negativo, apresentam idades superiores, numa média de 29 anos. Estes associam a cocaína à heroína, usam a via endovenosa nos consumos, apresentam longos tempos de consumo, com média de

9 anos, verificam-se acontecimentos relativos a troca de seringas, como estado civil são solteiros ou separados e revelam dificuldade ao nível de reabilitação psicossocial. De acordo com autor citado, muitos destes indivíduos continuam a partilhar seringas e outros têm práticas sexuais desprotegidas. O processo relativo à contracção de VIH, não é linear e ocorre num processo de escalada, não só de substâncias como em termos de desorganização comportamental, logo os consumos surgem juntamente com dívidas, manipulações para conseguir dinheiro, menos capacidade de desempenho profissional ou escolar, desinteresse, até podem acontecer indícios de marginalidade, facto que se coaduna com meios sócio-culturais mais desfavorecidos. No decorrer deste processo parece que é no início dos consumos, quando estes se tornam desorganizados que os indivíduos correm mais riscos de contrair VIH, apesar deste alimentar a fantasia de que quando quiser deixa os consumos.

O consumo de drogas domina a vida do sujeito, de tal forma que a notícia da infecção pelo VIH, pode ser vivida de forma distante, muitas vezes anestesiada pelo aumento das doses, até porque nesta situação a mudança de vida encontra-se temporalmente limitada, por uma doença que está em constante evolução. De acordo com Angel, et al., (2002) são raras as vezes que a tomada de consciência do diagnóstico leva à retirada imediata do mundo da droga, esta retirada estrutura-se como um processo até um pouco complexo anexado um novo projecto de mudança e logo de vida. Por outro lado, também é extremamente difícil para um toxicodependente manter níveis de adesão óptimos perante a terapêutica antiretroviral, devido a toda a ambivalência e instabilidade inerente a um processo de reorganização desta natureza. O não consumo de substâncias assume-se como o objectivo privilegiado e neste seguimento é muito comum a adesão a um programa de manutenção com metadona.

Costa, (1999) refere que os toxicodependentes VIH positivos, quando comparados com outra população VIH positiva, mas não toxicodependente, apresentam menos comportamentos focalizados na preocupação face à infecção e ao corpo. Parece que se preocupam menos com este, não desenvolvendo com tanta intensidade condutas hipocondríacas, sobrevalorizações relativas à doença, provavelmente devido ao mundo da droga os ter confrontado constantemente com situações emocionalmente adversas e intensas. Assim assumem uma postura menos centrada na doença e menos negativa perante a mesma.

O uso recreativo de droga pode fomentar a progressão da infecção pelo VIH, particularmente a heroína, não só permite o contágio, por partilha de material para injeção, como potencia a evolução da infecção. As drogas não injectáveis como o ecstasy, anfetaminas, viagra, poppers, cristais e crack estão eminentemente associados a um maior número de comportamentos de risco. (Alcorn, 2002)

Grande parte dos toxicodependentes vivem no aqui e no agora, num mundo onde o amanhã não está presente, o aqui e agora é feito de imediatismo, onde se partilha a seringa, bebe-se, toma-se ácidos, snifa-se coca, vende-se o corpo. Não há espaço para projectar o corpo na dimensão do futuro e quando aí se chega é para alguns, tarde de mais, e o que fica é a alienação de um prazer num corpo doente, a dor, solidão, arrepios de revolta ou arrependimento. A Sida existe, mas não há tempo para pensar nela, está longe algures no desconhecido, contudo pode-nos efectivamente bater à porta e é tão fácil deixá-la entrar quando estamos consumidos inebriados, alterados. Contudo ela só entra se nós permitirmos.

Sem dúvida a epidemia da Sida incorporou uma nova e grave dimensão no âmbito da toxicodependência. Na nossa época a Sida funciona como elemento catalisador e dinamizador das modificações da abordagem terapêutica das toxicodependências. A gravidade da infecção por VIH e a sua rápida extensão na população consumidora de drogas injectáveis, facilitou em alguns países o consenso em torno do paradigma da toxicodependência como problema de saúde pública e impõe-se no desenvolvimento das chamadas políticas de redução de riscos e danos. Os modelos de abstinência não deram uma resposta adequada à maioria dos toxicodependentes, por outro lado, os avanços científicos relativos a uma melhor compreensão das perturbações por uso de substâncias e os resultados de experiências terapêuticas baseadas nos tratamentos de substituição permitiram alargar os campos de actuação. Então estes factores promoveram um sólido terreno para se constituir um novo enfoque do pensar e actuar a respeito das drogas.

A filosofia de redução de danos, inclui programas livres de drogas e a manutenção de tratamento com agonistas e troca de material de injeção. A política de redução de danos surge como estratégia implementada para a prevenção da infecção pelo VIH.

3.11.1. As drogas no desenvolvimento da infecção pelo VIH

As drogas recentes mais significativas, e que foram introduzidas no passado Séc. XX são o Crack, Ecstasy, Crystal, e Viagra. O Crack assume um papel importante para a evolução do VIH, particularmente em algumas cidades dos E.U.A., contudo o ecstasy revela-se como substância ambígua neste contexto, tendo o seu consumo disparado na América do Norte, Europa e Austrália. Mais recentemente o crystal e o viagra também jogam um papel importante no progresso da infecção pelo VIH, particularmente entre a comunidade gay. (Fieldhouse, 2003)

O Crack é um potente derivado da cocaína, alguns estudos atribuem a grande evolução da infecção VIH em grupos de mulheres nos EUA, uma vez que estas assumem um alto consumo de Crack. Parece existir nos EUA casas de Crack onde estas mulheres praticam sexo em troca de mais Crack. Por outro lado é uma droga que estimula para a sexualidade com um grande número de parceiros. Também é comum encontrar além de VIH uma grande prevalência de outras infecções sexualmente transmissíveis, nestes consumidores. Investigações realizadas na Florida revelam que mulheres consumidoras de Crack têm em média mais de 5 parceiros sexuais por mês. (Schoenfisch 1993, cit. por Fieldhouse 2003) O mesmo autor chamou a atenção para o facto de existir risco de contágio de VIH por via oral, uma vez que os fumadores de Crack efectuam frequentemente sexo oral.

O ecstasy está relacionado com o sexo não protegido, facto comprovado por um grande número de estudos relativos aos comportamentos sexuais, particularmente em homossexuais. Um estudo realizado nos EUA e publicado em 2000 refere que os homens que consomem ecstasy estão mais atreitos a praticar sexo desprotegido. Neste estudo verificou-se que 57% dos homens tiveram pelo menos uma vez sexo desprotegido no ano anterior, tal percentagem sobe tendencialmente para aqueles que consomem ecstasy. Alguns consumidores de ecstasy referem que o uso desta droga provoca relaxação nas veias sanguíneas do pénis, dificultando a manutenção da erecção, como tal, conciliam com o fenómeno da anti-impotência, o viagra. Este passou actualmente a ser combinado com outras drogas como o ecstasy, sendo prática comum em alguns clubes gays. Por outro lado, muitos indivíduos VIH positivos sofrem de disfunção erétil, logo pedem viagra aos seus médicos de família, sendo o viagra um medicamento de fácil acesso, mesmo por fontes ilícitas. Um estudo desenvolvido em Durban em 2000 concluiu que 83% dos homossexuais usaram viagra sem prescrição médica e que 63% combinaram o uso de viagra com outras drogas

recreativas. O uso de viagra neste contexto funciona como factor de risco para a contracção de VIH. Um estudo ainda mais recente realizado em S. Francisco na Califórnia, refere que 17% dos utilizadores de viagra combinam-no com poppers (amy/buty/nitrate) o que pode facilitar uma perigosa baixa na pressão sanguínea e ataque cardíaco. Sem dúvida o viagra, permite aos homens uma maior exposição sexual, tendo mais parceiros. (Fieldhouse, 2003)

A partilha de seringas provoca o risco de exposição e re-exposição ao VIH, como o perigo acrescido de introduzir outras infecções no organismo, ou até a eventualidade de ocorrer uma reacção de septicemia. Os consumidores de drogas injectáveis devem ser encorajados a parar com os consumos e substituí-los pela metadona, ou idealmente parar totalmente com os consumos. Pode ser extremamente difícil esta transição para o toxicodependente, particularmente se tal acontece imediatamente a seguir ao conhecimento do diagnóstico da positividade para VIH. (Alcorn, 2002) Sabe-se contudo que o uso de drogas é um dos factores mais importantes para a disseminação do VIH, particularmente quando se partilha o equipamento para injectar a substância. Um estudo realizado pelo programa NIAID em 2003 refere que o VIH pode sobreviver numa seringa usada pelo menos até quatro semanas. (NIAID Intramural AIDS Research Program, 2003)

Existe uma tendência para a evolução de Sida nos consumidores de drogas injectáveis. Em contraste, activistas australianos desenvolveram e divulgaram linhas de orientação, de uso seguro de drogas recreativas, para indivíduos com contagem de CD4 inferiores a 400. (Alcorn, 2002) Por outro lado, o uso de drogas injectáveis provoca maior resistência à terapêutica antiretroviral, o que sugere que indivíduos consumidores de drogas por esta via, podem apresentar dificuldades perante a eficiência da terapêutica antiretroviral. (Casquilho, 2002)

Alguns estudos sugerem que fumar não afecta directamente a progressão da infecção por VIH, tal como a diminuição de CD4 ou o aumento de replicação viral, contudo existem fortes evidências que aumenta o risco do desenvolvimento de certas infecções oportunistas (Elizabeth, et al., 2003)

Alguns autores afirmam que o consumo de poppers (nitritos inalados) provoca supressão no sistema imunitário. Investigações realizadas na Universidade de Arkansas revelam que indivíduos expostos diariamente a nitritos durante 45 minutos sofrem de sérias deficiências ao nível das funções das células T. Outros estudos apontam para o facto de que uma exposição crónica a inalação de nitritos, mesmo com

intervalos espaçados, é suficiente para produzir graves alterações na função linfocitária. Em humanos a inalação de nitritos voláteis, causa imunossupressão, particularmente na actividade das células natural born killer, seguida de uma ligeira recuperação, quando a droga deixa de ser inalada durante vários dias (Alcorn, 2002)

Por outro lado, muitas destas substâncias psicoactivas provocam indesejáveis interacções quando tomadas concomitantemente com a terapêutica HAART. Os inibidores de protease provocam interacções com o uso de outras drogas. Mesmo no caso de algumas drogas prescritas pelos médicos, as quais são usadas por um grande número de indivíduos VIH positivos, como a metadona, usada no tratamento de toxicodependentes. Uma droga de uso recreativo conhecida por GHB (gamma hydroxybutyrate) é extremamente perigosa quando associada a inibidores de protease. (Houyez, 1998)

A metanfetamina também provoca graves interacções quando associada aos antiretrovirais, esta é metabolizada por uma enzima específica, a qual é inibida pelo antiretroviral. Logo o medicamento atrasa o metabolismo da metanfetamina, podendo causar overdose. (Alcorn, 2002)

A maior parte dos antiretrovirais são metabolizados pela enzima P 4503A4, a mesma que processa o viagra. Consequentemente a conjugação dos antiretrovirais com o viagra pode promover altos níveis de viagra no sangue, provocando efeitos colaterais. Em 1999 foi reportado no jornal The Lancet o caso de um homem que morreu, tendo tomado viagra após a ingestão do inibidor de protease. Logo a conjugação de antiretrovirais e viagra deve ser realizada com níveis de viagra extremamente baixos, perto das 25mg. (Alcorn, 2002)

Foi estudada a interacção entre o AZT e a metadona, daí concluiu-se que a metadona aumenta os níveis de AZT, indivíduos que tomem as duas drogas só necessitam de tomar metade do AZT, para obter os mesmos efeitos antiretrovirais, tal também se aplicada a outros opiáceos. Existe muito pouca investigação sobre as interacções entre a metadona e outros nucleósidos como ddI, ddC e 3TC, contudo não foram identificados problemas perante a combinação destas drogas. (Fichtenbaum, et al 1998) Alguns médicos tomam precauções perante a combinação de inibidores de protease e anti depressivos, estimulantes ou opiáceos. (Fichtenbaum, et al 1998)

Tendo em conta todo este panorama parece existir evidências de que o uso recreativo de certas drogas pode causar danos significativos no sistema imunitário, potenciando igualmente a progressão da infecção pelo VIH, não é fácil distinguir os

efeitos e consequências de cada droga em particular, contudo elas podem directamente levar a insónias, má nutrição, perturbações na aderência à terapêutica antiretroviral, o que indirectamente tem implicações no decorrer a infecção por VIH. (Alcorn, 2002)

Um estudo desenvolvido em 2001 concluiu que o uso semanal de alucinogénios ou cocaína levaram à morte 370 homens VIH positivos em São Francisco. Por outro lado o uso de alucinogénios levou a uma progressão mais rápida da infecção por VIH. (Vittinghof, 2001 cit. por Fieldhouse, 2003)

A cocaína leva ao aumento da infecção por VIH nas células imunitárias o que promove a aceleração da destruição imunitária. O uso de crack também surge associado a uma significativa progressão clínica da infecção. A metanfetamina leva a uma replicação muito rápida do VIH no cérebro (Fieldhouse 2003)

3.12. A Infecção VIH/Sida e Psicossomática

Após a infecção pelo VIH, sabe-se que o organismo inicia um processo de imunossupressão, com a falência progressiva do sistema imunitário, esta ocorre contudo num espaço de tempo particular para cada indivíduo, desde o momento da infecção até à eclosão de todo um conjunto de patologias, temos um espaço de tempo que pode durar poucos anos (até 5 anos) ou muitos anos (10 a 15 anos). Verifica-se aqui uma variabilidade, para a qual é muitas vezes dada uma explicação na qual entram factores psicossociais ou comportamentais. Já Glaser em 1988 cit. por Kiecol-Graser, et al., (1989) assumiu a importância e existência de uma mediação psicológica para a função imune, logo factores de natureza psicossociais poderiam influenciar a evolução da infecção pelo VIH.

Muitos indivíduos infectados pelo VIH, não apresentam sintomas clínicos, outros mantêm-se imenso tempo em situação de portador assintomático, contudo também é possível desenvolver o Complexo Relacionado com a Sida. Tal leva-nos a pensar na existência de uma relação entre as funções imunitárias e os factores psicológicos e psicossociais, em que estes últimos podem eventualmente agravar a progressão da infecção.

Por outro lado, sabe-se que o stress assume implicações estreitas no sistema imunitário. De acordo com a gravidade do stress, parece que o sistema imunitário é afectado ficando assim mais debilitado. Ora se tal é verdade para a generalidade da população, na situação de infecção por VIH, em que a notícia de tal é sem dúvida um

acontecimento indutor de stress, o sistema imunitário já em vias de enfraquecimento poderá ficar ainda mais susceptível e fragilizado. Tal ideia é sustentada pelos trabalhos de Kasl et al., (1979) cit. por Kiecolt-Glaser & Glaser, (1987), os quais assumem a existência de uma relação entre stress, latência do vírus do herpes e imunidade. Considerando que o stress funcionaria não só como factor agravante na progressão da infecção VIH, como facilitaria uma susceptibilidade de base do sistema imunitário. O stress ou o não stress é então um factor precipitante, ora para o agravamento da infecção inicial, ora para a manutenção da latência do vírus. (Ganso, 2000)

O desempenho do vírus VIH depende da eventualidade de ocorrerem na vida do sujeito situações stressantes. No seguimento desta ideia Kiecolt-Glaser e Glaser (1988) verificaram em laboratório que juntar hormonas relativas ao stress ao VIH, permite a replicação do mesmo. Logo o stress funciona como factor de variação perante a resposta imunitária em geral e potenciador para a evolução da infecção por VIH.

No seguimento desta linha de pensamento, existem alguns trabalhos que promovem análises de comunicação entre o funcionamento mental e o sistema imunitário, são poucos e encontram-se numa fase de expansão. Destacam-se particularmente duas linhas distintas de investigação, a referente à psico-neuro-imunologia e a dos modelos psicodinâmicos.

3.12.1 Psicoimunologia e infecção pelo VIH

No contexto da psico-imunologia, devemos ter em conta a existência de uma interacção entre o sistema imunitário, vegetativo, endócrino e nervoso central. Estando implicado os estados emocionais, acontecimentos de vida, personalidade e respostas imunitárias. Por outro lado, sabe-se que existem processos de regulação, comunicação e modulação entre o funcionamento cerebral e o sistema imunitário. Sendo este processo acompanhado por influências de características de personalidade, estilo relacional, estados emocionais e acontecimentos de vida (Teixeira 1989). No seguimento destas interacções parece-nos pertinente considerar que a Psicossomática como disciplina que integra a análise holística do indivíduo, incorpora o estudo da psico-imunologia.

A linha de investigação da psico-neuro-imunologia, parte do princípio que o stress tem influencia na resposta imunitária e muitos dos trabalhos mais recentes

baseiam-se nos clássicos de Ader & Cohen (1975) cit. por Teixeira, (1989). Estes autores assumiram a possibilidade do stress condicionar funções imunológicas.

As investigações desenvolvidas em torno da relação psico-neuro-imunológica são determinantes para a compreensão das implicações psicossomáticas na infecção VIH. O que nos permite reflectir sobre as relações existentes entre Sida e susceptibilidades psico-imunológicas.

As células constituintes do sistema imunitário fazem parte de um todo vivo, que pertence a um organismo conectado a um mundo físico e psíquico. Logo não podemos separar tais mundos que pertencem a uma mesma pessoa, procurando a homeostasia. No seguimento destes trabalhos temos investigações que incidem na psico-neuro-imunologia, os quais nos permitem reflectir sobre as relações entre factores que procuram salvaguardar o equilíbrio do organismo e que inter cruzam os níveis psicológicos com o biológico. Tal baseia-se na análise de uma rede complexa de interações entre o sistema nervoso, endócrino e imunitário. Parece existir um conjunto de mediadores entre estes sistemas, os quais são estudados pela psico-neuro-imunologia. Tais mediadores organizam-se em função de uma rede imunoneuroendocrina que se relaciona com o sistema imunitário e as citocinas que assumem o papel por excelência de mediadores, determinantes no processamento desta comunicação. (Ouakinin, 1999).

Como já foi referido é ponto assente que existe relação entre os sistemas nervoso, endócrino e imunitário, salientando-se alguns estudos que abordam tal fenómeno. Destes salienta-se os de Ader & Cohen (1975), cit. por Ouakinin, (1999), os quais estudam a psico-neuro-imunologia e assumem o poder adaptativo e organizativo do organismo estruturado a partir de funções comportamentais, neuronais endócrinas e imunitárias. Também demonstraram experimentalmente através de condicionamento clássico que se poderia produzir respostas de imunossupressão, tais experiências foram realizadas com ratos.

É relevante os trabalhos que incidem sobre a influência de factores psicológicos para a progressão de doenças infecciosas. Klappe et al (1992) cit. por Dantzer, et al., 1995 analisaram a evolução da hepatite viral aguda relacionando tal, com factores de ordem psicológica. (Dantzer, et al., 1995)

Felten et al (1992) cit por Oukinin, (1999), fazem referência à eventualidade das lesões cerebrais afectarem a resposta imunitária por um efeito inibitório. As investigações desenvolvidas em torno do stress são sobejamente conhecidos. Destes

salientamos os de Dantzer & Mormed (1995), cit por Oukinin, (1999), que relacionam o stress crónico, agudo, preditibilidade ao stress, controle do stress com fenómenos de imunossupressão ou imunoactivação. Outras linhas referem a possibilidade do sistema imunitário ter capacidade para activar o sistema nervoso central. (Saphier, 1994, cit por Oukinin, 1999). Tal foi desenvolvido através de activação electrofisiológica em contexto experimental. Em que se realizou a activação imunitária partindo de uma primeira activação de células do hipotálamo mediano. Por outro lado, é possível que várias citocinas possam potenciar alterações no metabolismo de alguns neurotransmissores, como a catecolaminas. (Oukinin, 1999),

Estes estudos permitem-nos considerar que se efectua um conjunto de movimentos particulares ao nível do sistema nervoso central e do sistema imunitário, e que ambos influem alterações numa dinâmica mútua, o que promove inquestionáveis consequências no organismo como um todo. Sendo o objectivo fundamental a busca de homeostasia pelo organismo. Nesta busca os sistemas nervoso e imunitário são activos e mantêm relações integradas numa rede de comunicação bidireccional a partir de relações extremamente complexas (Ouakikin, 1999)

Por outro lado, também é patente a existência de um conjunto de semelhanças entre o sistema nervoso e o sistema imunitário. Toates (1995) cit por Oukinin, (1999), definiu que tanto um como outro sistema procuram a manutenção da integridade do organismo, mesmo num meio hostil, por outro lado, ambos funcionam a partir de mensageiros químicos e estruturam uma comunicação por distância usando “memórias”, e ainda actuam sobre agressões externas ou agentes invasores inibindo ou diminuindo a sua acção (Ouakinin, 1999)

Ora, se o sistema nervoso central e endócrino comunicam entre si, convém analisar os mecanismos em que tal acontece e quais as vias de comunicação envolvidas. Assim de acordo com Maier & Watkin 1998 cit por Ouakinin (1999), as vias de comunicação podem ser agrupadas em três eixos. Os dois primeiros eixos são responsáveis pela comunicação entre o sistema nervoso endócrino e o sistema imunitário. Estes são:

1º eixo - refere-se à acção do sistema nervoso autónomo sobre o sistema imunitário. pela a libertação de adrenalina e nonadrenalina;

2º eixo - denominado por hipotálamo-hipófise-supra renal, efectua a libertação de substâncias que vão influenciar a resposta imunitária. O hipocampo liberta CRF, a hipófise ACTH e o cortex supra-renal glucocorticóides;

3º eixo - é responsável pela comunicação e consequentes influências do sistema imunitário sobre o sistema nervoso endócrino. Em que o primeiro produz células como citocinas, péptidos e hormonas que influenciam os outros sistemas. Tal reforça e estrutura a comunicação entre estes três sistemas.

Da análise destes três eixos de comunicação entre o sistema nervoso, endócrino e imunitário salienta-se o facto de existir uma procura de equilíbrio com respostas de adaptação face a influências do meio externo e interno. Para tal, os três sistemas operacionalizam uma regulação cruzada que ocorre entre os mediadores desta comunicação, entre estes contam-se: a adrenalina, nonadrenalina, hormonas várias, glucocorticóides, neuropéptidos e por fim as citocinas, as quais assumem um papel determinante, perante as influências sofridas pelo sistema imunitário. (Ouakinin, 1999).

O sistema nervoso, endócrino e imunitário não existem isolados do mundo psicossocial. Os factores psicológicos sociais e comportamentais fazem parte da história do sujeito, a qual não deve ser escamoteada, assim como acontecimentos de vida marcantes, a personalidade de base, características cognitivas e afectivas. Todos estes aspectos são inerentes ao indivíduo, logo estão presentes em todos os momentos da sua vida.

As relações que ocorrem entre o sistema nervoso endócrino, imunitário e neurológico podem sofrer influências do meio externo, psicossocial e comportamental. Tal ocorre a partir daquilo que Besedowsky (1992) denominou por rede Imuno-neuro-endócrina, a qual permite estabelecer uma comunicação entre estes sistemas. Neste seguimento, o sistema imunitário apresenta-se como um receptor sensorial que entra em contacto com o sistema nervoso central. Ao qual envia e recebe informações através de mensageiros químicos, perante solicitações internas ou externas sobre o seu estado funcional (Besedowsky & Del-Rey, 1991)

Perante tal, o sistema nervoso central sendo sujeito a estímulos endócrinos e psicossociais pode dar resposta através de sinais reguladores. Tal assume-se como consequência de acontecimentos exteriores, como da forma como o sujeito define e avalia comportamentos e acontecimentos.

O sistema imunitário apresenta uma dinâmica complexa, com várias células que assumem diversos papéis, todos eles determinantes para a manutenção saudável do organismo. Algumas destas células especializadas nascem na medula óssea para mais tarde entrarem na corrente sanguínea. Destacam-se os leucócitos, que variam em

neutrófilos, eosinófilos, basófilos, monócitos, macrófagos e linfócitos. Destes últimos, os T e B são determinantes para a resposta imunitária, em particular os T na imunidade celular e os B na humoral. Os linfócitos NK assumem a vigilância e a eliminação de células doentes. Estes protagonistas estão incluídos em dois tipos de imunidade, a não específica ou inata e a específica que envolve uma aprendizagem por parte das células. Os linfócitos T procuram reconhecer antígenos de agentes estranhos, operacionalizando para isso os receptores CD4 e CD8. O VIH ataca em especial a sub população linfocitária constituída por CD4 desorganizando a capacidade de reconhecer as células com antígeno apressando a sua acção. Tal pressupõe uma memória, a qual é activada quando entra em contacto com o antígeno. Tal reactivação provoca o aparecimento de linfócitos B. Estes produzem anticorpos que reconhecem o antígeno, então a dinâmica entre os linfócitos T, B e células apresentadoras de antígeno é fundamental na resposta imunitária, seja esta celular ou humoral. (Ouakinin, 1999)

No funcionamento do sistema imunitário entra em acção os mediadores de comunicação celular, os quais apresentam particular relevância, especialmente as citocinas, que assumem destaque para a resposta imunitária e na relação desta com factores de natureza psicossocial e conseqüentemente na dupla dimensão entre a doença e a saúde, particularmente no contexto da infecção pelo VIH. As citocinas assumem um papel importante na activação do sistema imunitário e na resposta inflamatória. (Hopkins & Rothwelal, 1995 cit. por Ouakinin, 1999). As citocinas interleucinas constituem vários tipos: as IL1, os interferão (INF), factores de necrose tumoral (TNF) e factores de crescimento celular (Dunn, 1995 cit por Ouakinin, 1999). Estas funcionam como mediadores químicos na comunicação entre leucócitos e assumem concomitantemente um papel fundamental na coordenação de células constituintes da imunidade celular e humoral, que activam macrófagos, linfócitos B e conseqüentemente desenvolvem a produção de anticorpos. A proliferação destas em resposta ao antígeno desencadeia a produção de mais citocinas. (Ouakinin, 1999)

Como se pode verificar estes mediadores celulares assumem tremendas implicações na resposta imune, particularmente na infecção por VIH. Porém não têm uma acção meramente dirigida e determinante no sistema imunitário, elas funcionam entre o sistema imunitário, o sistema nervoso central e periférico e o sistema endócrino. A sua síntese ocorre então em várias partes do organismo (Ouakinin, 1999). No que diz respeito ao sistema nervoso, as citocinas IL1 e seus receptores

existem no hipocampo e hipotálamo, estas produzem efeitos a nível central ou autónomo, assim como, no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (Ouakinin, 1999) Estão incluídas ao nível central numa resposta de agressão com infecção, febre, sono lento, produção de proteínas de fase aguda para a inflamação, menor actividade exploratória social, sexual, agressiva. Parece que estão na base de modificações ao nível mnésico, cognitivo e do humor. (Maier & Watkins, 1998 cit. por Ouakinin, 1999). A citoquina IL2 age sobre a hipófise e permite a libertação de ACTH (hormona adrenocorticotrófica, prolactina, hormona do crescimento), a acção sobre o hipotálamo promove a secreção de CRH (hormona que liberta corticotrofina). (Arzt et al., 1993 cit. por Ouakinin, 1999)

Estes mediadores assumem funções importantes ao nível do crescimento e sobrevivência de células nervosas, tal como permitem uma plasticidade neuronal (Savino e Dordenne 1995 cit. por Ouakinin, 1999). Tal prende-se com investigações, particularmente de Lícínio et al., (1993), Maes et al., (1995) cit. por Ouakinin, (1999), que assume a existência de alterações nos níveis de citoquinas em algumas doenças psiquiátricas como a esquizofrenia, depressão e até comportamentos alimentares (Mulher, 1995 cit. por Ouakinin, 1999).

De acordo com estes dados, parece-nos relevante salientar que as citoquinas assumem funções de extrema importância ao nível de vários sistemas, corroborando na ponte de ligação entre eles, o que nos permite colocar a hipótese, destes mediadores funcionarem como factores de base para a homeostase do organismo. Quando perturbados podem estar na origem da etiologia de patologias mentais e físicas, tal prova a existência de um processo interrelacional entre o físico e o psíquico. É de salientar que pode situar-se nesta dinâmica a compreensão para as relações entre o físico e o somático. Contudo tais relações são de extrema complexidade, onde os conhecimentos que envolvem estes processos ainda são muito incipientes, mesmo ao nível da relação entre marcadores de comunicação, que coexistem no sistema imunitário, nervoso e endócrino. (Ouakinin, 1999)

A resposta imunitária é coordenada através de uma dinâmica que se efectua numa rede neuroimunoendócrina, a qual não é independente de factores de nível psicossocial. As citoquinas, como factores determinantes para uma conveniente dinâmica celular do sistema imunitário, assumem um papel importante na progressão da infecção pelo VIH, sendo as citoquinas da resposta th1 para as th2 que se destacam. Por outro lado, a primeira resposta através da segregação de IL2, parece ser

protectora atrasando a evolução da infecção pelo VIH. Porém com o desenvolvimento da infecção a produção de IL2 diminui aumentando a de IL4 e IL10 segregadas pela resposta IL2. Logo nos “long term survivors”, parece que a produção de IL2 e consequentemente de respostas th1 se mantém durante mais tempo (Levy, 1998)

Clerici e Berzofsky 1994 classificam as citocinas em tipos C e o H. As do tipo C têm propriedades estimulantes da imunidade celular com diminuição da humoral, as do tipo H possibilitam a produção de anticorpos, aumentam a imunidade humoral e diminuem a celular. O que possibilita pensar que a estimulação de citocinas do tipo C regula o sistema imunitário e como tal, pode assumir-se como uma hipótese terapêutica importante.

Ao nível do padrão celular envolvido no sistema imunitário, as citocinas assumem uma função privilegiada, ao nível da debilidade ou funcionalidade do mesmo. Deste modo, sabemos que as relações existem e as interferências entre ambas podem ser possíveis. Apesar de nos faltar a compreensão de todos os meandros associados a estas dinâmicas, o facto de conhecermos a potencialidade das suas interrelações já abre a possibilidade de definirmos sem sombra de dúvidas o homem como um ser que é mediatizado por factores de variadíssimas naturezas, sejam psíquicas, sociais, endócrinas, neuronais, imunitárias. O homem como um todo, inserido num processo regulador e correlacional vai situar o próprio VIH nessa dinâmica, que como sabemos não é igual para todos os indivíduos, tal como os factores que se correlacionam com cada um de nós.

Ouakinin, (1999) também faz alusão à relação entre stress, estratégias de coping e factores imunoneuroendócrinos, trio relacional que nos parece extremamente pertinente. A autora chama a atenção para o facto do stress eventualmente produzir a redução de citocinas para a resposta th1, as quais estimulam a imunidade celular e aumentam as citocinas para a resposta th2 que suprime as anteriores. Parece que a situação de stress inclui mecanismos fisiológicos e psicológicos que assumem implicações graves ao nível da resposta imunitária. De acordo com a mesma fonte, as estratégias de coping podem instaurar uma relação com a função imunitária. As estratégias de coping ligam-se a respostas hormonais, da responsabilidade do hipotálamo, o qual pode produzir CRF pela activação do eixo hipófise-suprarenal, com influências de natureza noradrenérgica. Se a estratégia de coping é desorganizada, perante um dado estímulo externo, esse mesmo estímulo pode ser

percebido como um factor de stress, o que implica alterações celulares, envolvendo a dinâmica das citoquinas.

Estratégias de coping passivas potenciam uma maior tendência para a imunodepressão em seropositivos, contrariamente a estratégias de coping activas, em que os sujeitos manifestam menos imunodepressão (Antoni et al., 1995) De acordo com Koolhaas & Bohus (1995) o coping passivo relaciona-se com o eixo hipófise-suprarrenal e o activo com o sistema nervoso simpático. Estes dados permitem-nos efectuar um paralelismo com os long term survivors VIH positivos. Estes sujeitos apresentam um padrão assintomático bastante mais longo do que seria esperado, constituindo ainda nos dias de hoje um dos mistérios que envolvem esta doença.

Estratégias de coping desajustadas, como o uso da negação e repressão permitem o aparecimento de sintomatologia física em indivíduos infectados pelo VIH. Por outro lado, reacções de coping de extrema aceitação ou negação assumem-se como disruptivas, sendo a atitude intermédia a mais adequada (Ironson et al., 1995)

Alguns estudos revelam que os “long term survivors” apresentam características específicas em termos psíquicos, com estratégias de coping activas, elevada auto estima e auto eficácia. Estes são factores que potenciam bem-estar. Será que tais condicionantes podem estar relacionados com a activação das células T NK e anticorpos com competências, predominando a resposta de citoquinas lh1 e produção de IL2? Hardy et al., (1990), Bahaus, (1989) cit. por Ouakinin, (1999) assumem que estratégias de coping activo podem incrementar a produção de IL2 e logo permitir um maior tempo de sobrevivência nos sujeitos VIH positivos.

É uma evidência que existem diferenças individuais na avaliação cognitiva perante acontecimentos que colocam em causa a saúde e bem-estar físico do indivíduo. Logo a avaliação que o sujeito efectua dos acontecimentos de vida influencia o stress e consequentemente tal manifesta um impacto particular na saúde ou doença. No caso da seropositividade para VIH existem outras fontes adicionais de stress como: o conhecimento pessoal em relação às atitudes sociais perante a doença, qualidade relacional do meio de suporte e atitude desse suporte perante a infecção, vida sócio-profissional e atitude deste meio perante a doença, acontecimentos de vida vários que se assumam como fontes de stress. (Ouakinin, Costa, & Figueira, 1997)

Os mecanismos de coping accionados pelo sujeito representam a dimensão afectiva, cognitiva, história de vida, estratégias passadas de fracasso ou êxito, que

assumem o objectivo de reduzir sofrimento, permitindo a adaptação do sujeito à homeostasia. Porém não se sabe o que determina uma estratégia particular de coping.

Para Ouakinin, Costa, & Figueira, (1998) existem diferenças entre o grupo de sujeitos seropositivos e outro de sujeitos com Sida, quanto a estratégias de coping, para funcionar com a infecção por VIH. Sendo mais frequente no grupo de seropositivos mecanismos de coping como: aumento de consumo de substâncias psicoactivas, desconfiar dos outros sujeitos, ter gastos excessivos, irritação e agressão para com os outros dramatizar situações várias, revolta e culpa dirigida aos outros. Por conseguinte nos com Sida temos: procura de situações de reestruturação cognitiva com procura de soluções naturalistas e espiritualistas, reformulação optimista da vida. Daqui verificamos que num primeiro momento da infecção os sujeitos operacionalizam estratégias mais desajustadas, através da descarga emocional e apelo. Porém, posteriormente, numa situação de vida mais limitada, organiza mecanismos que procuram curas e estilos de vida alternativos.

De acordo com alguns estudos parece existir uma relação entre estratégias de coping e redução da depressão. Mitchell, Cronkite & Moos (1983) assumem que estratégias de coping ajustadas em que se foca o problema permitem uma redução da depressão. Por outro lado, coping como negociação e associado a comparações optimistas permite a redução de stress (Menaghan, 1982). Estratégias de coping activas e orientadas para o problema podem provocar uma moderação da adversidade de acontecimentos de vida negativos para o funcionamento psicológico. (Billing & Moos, 1981, Pearlin & Schooler, 1987)

De acordo com todos estes dados parece-nos inquestionável a existência de relação entre stress, estratégias de coping e resposta imune. Coexiste uma interligação entre estes três marcadores, as estratégias de coping podem provocar stress, quando são desadaptativas e este pode ter efeito ao nível das células imunitárias, particularmente as citoquinas da resposta th1 com produção de IL2 as quais protegem o organismo da imunodepressão. Contudo salientamos que estes estudos ainda são muito incipientes e que apesar de estes factores se tocarem e permitirem levantar hipóteses, ainda há um mundo por descobrir e explorar.

Assim o stress e a depressão dependendo da capacidade adaptativa perante acontecimentos de vida, podem provocar alterações nos mecanismos de defesa, facto que incide sobre processos fisiológicos (Gaspary, 1997). Parece que por outro lado os mecanismos defensivos perante situações stressantes podem estar relacionados com

algumas variáveis como o sexo, idade e imunogenética. Uma variedade de estímulos psicológicos (perda, privação, afiliação, auto-estima diminuída, dor e sofrimento), factores sociais (acontecimento traumático, angustiante, mudanças de vida, desnutrição, consumo de substâncias psicoactivas) e fisiológicos (sexo feminino, temperatura idade) podem precipitar imunodeficiência. (Gaspary, 1997).

As células Natural Killer do sistema imunitário podem ser influenciadas por factores psicossociais. Os processos de imuno regulação fazem parte de um sistema de defesa integrado, sendo as alterações das funções das células imunes dependentes da acção de neurotransmissores, neuropeptídeos e neuro-hormonas que afectam a função imunitária. Por outro lado o cérebro está ligado ao sistema imunitário através de duas linhas de comunicação o sistema nervoso autónomo e o fluxo neuroendócrino, via pituitária. Mantendo a natureza recíproca da relação entre sistema neuroendócrino e respostas imunes, as interacções entre comportamento e função imune são bidireccionais. Logo a imunidade natural ausente ou comprometida, surge associada à evolução da infecção pelo VIH. Os níveis de NK podem ser influenciados pela idade, exercício, sexo e uma variedade de doenças, inclusive a depressão. Certos estilos de personalidade também podem diminuir a resposta imune. Relações entre estilos de personalidade e imunidade assumem um papel determinante na evolução da infecção pelo VIH. Por outro lado, maus hábitos de alimentação, distúrbios de sono, exercício físico intenso e abuso de substâncias psicoactivas, assumem-se como factores que compõem períodos de stress podendo em si produzir efeitos imunomodulatórios. (Gaspary, 1997).

Os factores adaptativos do funcionamento em geral interagem com o desenvolvimento e até com o prognóstico de cada doença. A dinâmica doença, indivíduo, família, personalidade, estratégias adaptativas de funcionamento organizam um ciclo de manutenção de homeostasia corporal potenciando ou não uma eventual imunossupressão. (Gaspary, 1997).

Parece que a qualidade de vida do indivíduo como factor abrangente assume implicações no seu bem-estar total. Esta é composta por múltiplos componentes como a dimensão física, emocional, social, interacções com a família, trabalho, auto-imagem, actividade diária.

Kiecolt-Glaser & Glaser (1988) identificam aspectos determinantes que actuam no campo psico-neuro-imunológico e que estão relacionados com a evolução da infecção VIH. Os autores destacam os factores psicológicos e psicossociais, os

quais podem favorecer a vulnerabilidade para a infecção pelo VIH e logo a evolução da infecção. A comprovar tal, está os casos de intervenções psicológicas funcionarem como retardadores da dita evolução. Estas evidências levaram a um crescente interesse pelo estudo de modalidades de funcionamento psicológico que coloquem o indivíduo em risco para VIH e facilitem a seroconversão. Salienta-se a alexitimia, as estratégias de coping e as patologias do agir. Por outro lado torna-se pertinente estudar factores associados à seropositividade para o VIH que facilitem a passagem, para a imunodeficiência, os autores identificam aqui o stress e a depressão.

Maffre (1989) cit. por Ruffiot (1990) analisa as relações entre o sistema nervoso e o sistema imunitário. Assume que o timo é o local onde amadurecem as células T, por outro lado, as fibras nervosas que enervam o timo estão também em contacto directo com as células linfóides que transmitem certamente informação. As terminações nervosas de algumas células linfóides estão implicadas, veiculando informação para os órgãos e cérebro. O autor cita os trabalhos de Renoux (1987) os quais revelam que lesões no hemisfério esquerdo provocam uma redução dos linfócitos T em ratos. O que nos leva a pensar que o córtex dos vertebrados joga um papel importante perante o controle de actividades imunitárias e no seu equilíbrio. Maffre (1989) cit. por Ruffiot (1990) chama a atenção para a importância do eixo neuro-imunológico, sendo a comunicação entre os dois sistemas assegurada pelas hormonas clássicas corticosteróides e as hormonas sexuais. Tendo estas uma acção tremenda no sistema imunitário, pois de acordo com o autor estas podem deprimir respostas imunitárias “in vitro”. Por outro lado os neuropeptidos também assumem um papel importante na resposta imunitária, de acordo com Maffre (1989) cit. por Ruffiot (1990) são os mensageiros de uma dimensão psicossomática, tendo os seus efeitos implicações ao nível da resposta imunitária. Parecem óbvias as relações entre estes dois sistemas, o nervoso e o imunitário, efectuando-se provavelmente a modulação da resposta imunitária a partir do cérebro. No seguimento destas afirmações Maffre (1989) cit. por Ruffiot (1990) assume que existe uma influência estreita entre o estado emocional de um sujeito e a resposta imunitária. Sendo tal dinâmica extremamente difícil de quantificar e de prever.

Maffre (1989) cit. por Ruffiot (1990) analisa ainda as relações entre o stress e o sistema imunitário. Assim, as emoções violentas produzidas numa situação de stress tem implicações na actividade imunitária. As implicações do stress sobre o sistema imunitário actuam ao nível das capacidades da resposta imunitária. O autor apresenta

ainda uma ideia interessante: a imunitária não depende só dos factores de stress a que o indivíduo está sujeito, nem à sua dependência genética, mas depende dos traços deixados no sistema imunitário da mãe para a criança. No seguimento desta ideia o autor apresenta um estudo que refere que crianças que foram amamentadas até aos seis meses ou mais tempo pela mãe são crianças com menor prevalência de doenças oncológicas até aos 15 anos. Tal leva-nos a pensar que as propriedades do leite materno aumentam a resistência dos filhos perante infecções. Porém Maffre (1989) salienta que a relação primária do bebé com a mãe deixa uma memória somática do filho e esta memória somática situa-se no interior do sistema imunitário.

A infecção por VIH apresenta então um prognóstico variável, o qual depende aparentemente de factores biológicos, psicológicos e psicossociais, de carácter pessoal ou contextual, sendo igualmente um campo privilegiado de investigação das interacções psiconeuroimunológicas..

Um estudo realizado por Ouakinine & Fonseca, (2000), assente numa abordagem psicossomática e procura investigar a grande variabilidade da evolução clínica da infecção pelo VIH, compara um amostra de VIH positivos e VIH negativos. Refere que os primeiros distinguem-se com elevados níveis de ansiedade, depressão, episódios obsessão e perturbações do sono. Definindo que dimensões como a hostilidade, ansiedade podem estar na base da variabilidade imunitária. Os autores salientam a importância de variáveis de stress situadas entre o social e o existencial, com dificuldades de adaptação, stress emocional, e qualidade de vida afectada.

Ouakinin, & Fonseca, (2000) salientam a variabilidade existente ao nível de resposta imunitária na infecção VIH. Salientam os aspectos biológicos do vírus e posteriormente factores de ordem psicológica e comportamental, os quais assumem bastante importância na modulação neuroimune.

O estudo acima referido apresenta o grupo de VIH positivos com valores elevados nas dimensões psicopatológicas o que assume implicações óbvias na qualidade de vida destes sujeitos. Como tal levantam a hipótese de que os valores significativos de ansiedade, depressão, isolamento afectivo associado a dimensões obsessivas, identificados no grupo VIH positivo, podem funcionar como factores de vulnerabilidade que interagem com variáveis biológicas, o que determinará a progressão da doença. Logo a valores altos de RNA e CD25+ funcionam como índices evidentes de progressão da infecção do VIH em pacientes instáveis sob o ponto de vista psicológico. Parece existir correlações positivas entre células de

memória, células T citotóxicas (CD8+), linfócitos T e indicadores de stress emocional, tal como correlações negativas entre células B e a avaliação cognitiva ou células CD25+ e a dimensão obsessiva. (Ouakinin, & Fonseca, 2000)

Uma análise múltipla de casos de regressão mostrou que as dimensões psicológicas como a hostilidade explicam parcialmente a variedade de células imunes como as CD8+, CD19+, CD38+/8 e CD45RO, ou linfócitos citotóxicos, células B, células T activadas e células de memória. O mesmo é também evidente noutras dimensões como a ansiedade e stress. Ouakinin, & Fonseca, (2000)

A partir deste estudo, que complementa vários outros estudos desenvolvidos neste contexto, podemos levantar a hipótese que os factores de stress de carácter emocional, cognitivo provocam uma disfunção neuroquímica considerada “causa efeito” de muitas manifestações patológicas. Os acontecimentos de vida, suporte social, estratégias de coping, são factores modeladores que interagem de uma forma positiva ou negativa para explicar a variabilidade clínica da doença, como da infecção pelo VIH. (Ouakinin, & Fonseca, 2000)

A infecção pelo VIH surge em alguns estudos associada ao fenómeno da alexitimia. A qual diz respeito a uma incapacidade para expressar emoções e sentimentos. Porém a alexitimia no VIH pode surgir como funcionamento ou defesa perante a seropositividade. A alexitimia provoca um funcionamento pobre sob o ponto de vista fantasmático, com tendência para evitar o stress e os conflitos acompanhando-se de uma dificuldade em exprimir verbalmente os sentimentos. Por outro lado, esta incapacidade em conter representações penosas e emoções integrando-as no aparelho psíquico leva a uma descarga de actos compulsivos, tais como toxicomanias, condutas anti-sociais e sexualidade compulsiva. (Dantzer, et al.,1995)

De acordo com Thomé (1989) as doenças psicossomáticas fazem-se acompanhar de funcionamentos alexitimicos e tal pode ser identificado em indivíduos com comportamentos sexuais compulsivos, actos violentos, personalidades anti-sociais e consumidores de substâncias tóxicas. Neste sentido, os indivíduos alexitimicos são susceptíveis para a infecção VIH, o que não significa que todos os indivíduos alexitimicos com comportamentos de risco se tornem seropositivos.

Nos indivíduos alexitimicos, as emoções não são elaboradas, porque não são devidamente vividas, logo a descarga destas ocorre sobre o corpo, o que eventualmente pode surtir implicações no sistema imunitário, tornando-o mais

vulnerável. (Thomé, 1989). Assim, a alexitimia assume-se como factor de fragilização para a infecção pelo VIH, não só porque pode favorecer comportamentos de risco com exposições ao vírus, como potencia a fragilidade do sistema imunitário.

A alexitimia pode ainda funcionar como facilitador para o desenvolvimento da infecção com o agravamento da imunodepressão, através de alguns mecanismos psíquicos operacionalizados pelo sujeito. Como a negação do diagnóstico e do que tal representa, o que o faz não tomar medidas de protecção mantendo comportamentos de risco. Por outro lado, dá-se uma evacuação de emoções e de representações penosas, onde não há elaboração destas, mas uma hiperactividade física que esconde a incapacidade elaborativa, e emocional. Tal está ancorado num funcionamento operatório sem mentalização, estes condicionalismos instituem comportamentos desajustados que se associam a fragilidades imunitárias.

No seguimento destas ideias é de destacar que o estudo dos processos psico-imunológicos já integram em si uma dimensão psíquica e outra biológica, as quais surgem enquadradas num contexto social, cultural, relacional. Então os acontecimentos de vida podem ter incidência ao nível do sistema imunitário, potenciando uma maior vulnerabilidade do organismo a agentes infecciosos. O stress também pode afectar a competência imunológica, a actividade endócrina e o equilíbrio vegetativo, assim como factores neuro-químicos, neuro-endócrinos e padrões de sono. (Teixeira, 1998)

O sistema imunitário não se assume como uma função independente e indiferenciável do indivíduo, esse sistema surge integrado numa história de vida, a qual influencia a resposta imunitária. Cada sistema imunitário exprime a dinâmica psíquica que o envolve, reflectindo de alguma forma estruturas psíquicas. Como tal, a evolução da infecção pelo VIH, assume particular destaque nas relações com o sistema imunitário é aí que a batalha entre a vida e a morte se processa. A possibilidade de maior ou menor resistência do sistema imunitário durante tal batalha depende de uma interacção entre a dimensão biológica e a dimensão psíquica, enquadrando características de personalidade do indivíduo infectado, acontecimentos de vida, relações inter pessoais, stress. Tal permite-nos pensar que a Sida não é uma patologia que possa ser lida num registo virchowiano, exclusivamente como resultado de um agente, mas assume-se como um devir evolutivo, pessoal e único, determinantemente intrincado num funcionamento humano psíquico e relacional,

3.12.2. Psicossomática e infecção pelo VIH, em modelos Psicodinâmicos

Os modelos psicodinâmicos também dão contributos importantes para a compreensão das relações entre o funcionamento psicológico e a dinâmica biológica relativa à infecção VIH. Estas teorias procuram oferecer um quadro explicativo que nos permite pensar nos meandros que ocorrem entre a possibilidade do funcionamento psicológico influenciar a progressão da infecção pelo VIH. Estes trabalhos são escassos contudo destacam-se os de Bouchet, (1990), o qual coloca a hipótese do funcionamento mental favorecer a seroconversão, tal como, a reacção ao diagnóstico da seropositividade afectar o funcionamento posterior. Muitos destes estudos partiram da observação de fenómenos pertinentes associados à infecção pelo VIH, tais como a existência de sujeitos infectados que sobrevivem imenso tempo, como portadores assintomáticos ou os “long term survivors”, o que nos faz acreditar na variabilidade do VIH quanto ao tempo de latência. Outro factor são os indivíduos que mesmo expostos ao VIH parece serem resistentes à infecção, particularmente pela via de transmissão sexual. Outros sujeitos apresentam uma significativa melhoria dos níveis linfocitários, sem que tenha sido realizada terapêutica antiretroviral, estando alguns destes casos em acompanhamento psicoterapêutico facto que potenciou diferenças perante o processo de adaptação à patologia. Mesmo os doentes com manifestações de complexo relacionado com Sida não desenvolvem de igual modo a doença em si. Sendo o tempo de progressão desta extremamente variável.

Tais factores levam-nos a considerar que a eclosão da infecção pelo VIH não é um processo único e que se processa de igual modo para todos os indivíduos infectados. Tal permite-nos pensar na eventualidade de factores psicológicos e psicossociais influenciarem a seroconversão e até a progressão da infecção. Porém a explicação dos mecanismos que estão na sua base é bastante complexa e pouco conhecida.

Maffre, (1988) cit. por Ruffiot, (1990) faz uma análise da infecção pelo VIH à luz da interpretação psicossomática, não defende que a Sida seja uma doença psicossomática como é obvio mas que é patente nesta infecção a existência de uma influência negativa de um psiquismo que falha e que afecta de alguma forma a função orgânica e como tal o desenvolvimento desta infecção. O autor também assume a implicação de um eixo neuro-imunológico por um lado e a influência do stress na resposta imunitária. Os diferentes sistemas humanos de acordo com a sua especificidade entram em processos de comunicação. Este autor descreve a dinâmica

entre o sistema imunitário e o estado emocional, afirmando que a memória imunitária propriamente dita é auxiliada por uma memória associativa.

Alguns autores defendem que perante a informação de se estar infectado com VIH, o sujeito pode eventualmente iniciar um processo de regressão profunda, de tal forma que se aproxima de uma fase muito primitiva, perto do primeiro ano de vida. (Ruffiot, A. 1989). O desenvolvimento psicológico conhece assim uma regressão que coloca o sujeito numa situação de grande fragilidade psíquica e até imunitária. O que pode levar a um processo de extrema dependência de cuidados de terceiros. Esta fase aproxima-se do que Winnicott (1969) denominou de “dupla dependência” É precisamente nesta fase que se efectua a unidade psicossomática da criança, a qual permite a instauração da individualidade. Isto acontece quando o psíquico e o somático da criança ficam integrados num todo de relações mútuas (Ruffiot, 1989)

Ainda ao nível do desenvolvimento infantil, desenvolvem-se os primeiros mecanismos de defesa, tanto de natureza psicológica, como biológica. Do ponto de vista biológico, se inicialmente a criança organiza a sua resposta imunitária em função dos anticorpos maternos, numa fase posterior terá de organizar os seus próprios mecanismos imunitários. Este processo de diferenciação celular imunitária é acompanhado pela organização de mecanismos defensivos de índole psicológica bastante primitivos, como a clivagem corpo/mente negação da dor, da realidade, desejo de retorno à fusão intra-uterina, identificação projectiva. (Ruffiot, 1990)

Parece que o desenvolvimento da componente imunitária acompanha a diferenciação psíquica do sujeito, logo a diferenciação das defesas psíquicas acompanha a diferenciação das defesas imunitárias. Bion (1991) assume que é a capacidade de “rêverie” materna que permite a consolidação da unidade psicossomática da criança. A este nível a mãe assume um papel activo, pois é esta a responsável pela capacidade de “rêverie”, o que permite que a criança transforme as emoções intoleradas projectadas para o interior da mãe em significados positivos e até satisfatórios ajustados à fragilidade do aparelho psíquico da criança, e assim a criança pode reintrojectar os conteúdos transformados. Este processo revela uma função contentora da mãe, a qual é determinante para uma associação saudável entre o psíquico e o corpo, o que permitirá que o “instinto de vida domine o de morte”. Se por conseguinte, a “rêverie” materna não for ajustada às necessidades da criança, esta pode reintrojectar algo de negativo, nefasto ao seu desenvolvimento potenciando consequências na sua vida adulta (Bion, 1991)

Ora de acordo com estes processos de desenvolvimento, é possível que o sujeito VIH positivo se situe numa situação semelhante à criança recém-nascida. Logo a sua vulnerabilidade imunitária é patente, pois as defesas estão em processo de supressão contínua levando a situação de grande fragilidade. Tal faz-se acompanhar por uma regressão de uso de mecanismos de defesa, que se organizam aquando da informação da positividade para VIH. Estes mecanismos mantêm-se arcaicos e inconscientes. (Ruffiot, 1990)

No estado de infecção pelo VIH, o enfraquecimento das defesas imunitárias correlaciona-se com o enfraquecimento das defesas psíquicas, parece que tanto o corpo, como o psiquismo estão fragilizados, enfraquecidos, estando o instinto de morte a comandar. Assim, o sujeito VIH positivo está atingido na sua integridade psicossomática, onde a unidade psicossomática perde a sua estabilidade, pois o corpo e o psíquico deixam de funcionar num processo de dinâmica saudável inter relacional (Ruffiot, 1990)

O desenvolvimento da infecção VIH, poderá relacionar-se com reacções psíquicas próximas do que o Marty (1990) denominou por depressão essencial, fazendo-se acompanhar pela inoperância da vida fantasmática. Por sua vez o autor refere que nalguns casos de Sida, quando a depressão essencial cessa as defesas biológicas restabelecem-se. Para Ruffiot (1989) o desequilíbrio imunitário não é irreversível, logo as defesas biológicas podem conhecer um restabelecimento que eventualmente diminuirá a velocidade da infecção por VIH. Tal pode ocorrer como consequência de um processo psicoterapêutico, no qual se tenha trabalhado os processos de angústia, culpabilidade e depressão. Logo torna-se importante para o seropositivo fazer psicoterapia, tendo essa um papel contendor para as angústias e culpabilidade. O processo psicoterapêutico funcionará de forma semelhante ao “rêverie” materno que Bion considerou.

Ruffiot, (1989) salienta a importância do seropositivo revelar as angústias mais arcaicas elaborando a revolta, podendo ocorrer através da “maternage” que permitirá uma contenção reparadora de tais sentimentos, facto que levará um restabelecimento e melhor ajustamento entre defesas biológicas e psicológicas, diminuindo a predominância de pulsões de morte.

Parece que a maior ou menor capacidade do sistema imunitário fazer face à infecção, pode ter na sua origem uma codificação genética que permite a sustentação de certas estruturas imunitárias, transmitidas pela mãe ao filho. (Maffre, 1989). Está

presente um processo instaurado na relação precoce, a qual permitiu ou não um adequado desenvolvimento de defesas psíquicas e biológicas, as quais influenciaram o sistema imunitário.

Nesta mesma linha de pensamento Laplanche (1986) apresenta estudos com algum relevo, assumindo que o sistema imunitário desenvolve uma memória relativa à infecção precoce, o que lhe permite ter ou não aptidão para assumir a responsabilidade da autoconservação do organismo. O autor substitui a designação de pulsão por função de autoconservação, pois considera que as pulsões relacionam-se meramente com questões de carácter sexual, sendo o que é recalcado que se transforma em fonte de pulsão. A função de autoconservação é que permite a homeostasia do organismo, a qual fomenta a abertura de níveis perceptivos e motores, também denominado por “abertura adaptativa do objecto”. Laplanche (1986) refere que a função de autoconservação está associada ao eixo biológico, enquanto a pulsão sexual liga-se a um eixo relacional.

Maffre (1989) parte destes trabalhos e assume que o sistema imunitário está integrado num processo somático e psíquico que pode ser dividido na sequência A e B. A sequência A é de natureza somatopsíquica e a B psicossomática, estas funcionam em simultâneo. A sequência A, componente somatopsíquica possibilita o desenvolvimento de autoconservação, através das potencialidades de natureza inata existentes no recém-nascido. Estas advêm da integração da qualidade dos cuidados maternos e das competências genéticas. A sequência B, componente psicossomática assume a possibilidade do desenvolvimento de um psiquismo completo, pelo aparecimento das questões de natureza sexual, relacional, permitindo a acção do recalçamento. A dimensão sexual é introduzida pela mãe que representa o objecto sexual e o seio. Maffre (1989) associou às sequências A e B sinais positivos e negativos organizando assim novas categorias. (A-, B-), (A+, B+), (A+, B-) e (A-, B+). A categoria (A+, B+) será a de melhor qualidade, pois representa um óptimo sistema de defesas psicológicas e imunitárias. A (A-, B-) é a conjugação mais pobre que corresponde a um funcionamento imunitário enfraquecido e defesas psicológicas menos estruturadas. O equilíbrio compensado situa-se nas categorias intermédias (A+, B-) e (A-, B+), em que a sequência positiva compensa a negativa.

A categoria (A-, B+) assume particular importância no contexto da infecção VIH, aqui o eixo relacional (sexual) confundem-se com o biológico (autoconservação). De acordo com o autor esta diz respeito a indivíduos que passam

facilmente ao acto sexual, em que a sexualidade funciona aqui de modo independente da afectividade. Logo estes indivíduos correm mais riscos de contrair VIH, uma vez que facilmente mantêm contactos sexuais causais. Para agravar a situação o seu sistema imunitário é frágil.

Maffre, (1989) assume as limitações da sua teoria, esta funcionará como uma mera hipótese simplista que não desenvolve a variabilidade individual do sujeito. Chama a atenção para não tirar conclusões inquestionáveis a partir daqui, particularmente no que diz respeito ao papel da mãe. Indo ao encontro das críticas levantadas pelo próprio autor, à sua teoria, Bouchet, (1990) também chama a atenção para algumas limitações, como o facto do papel materno assumir muito poder perante factores implicados e por outro lado, esta teoria não representa a associação psicossomática, pois acaba por se efectuar uma clivagem entre a sexualidade e o corpo biológico. Apesar de tudo, a posição de Maffre não deixa de ser deveras pertinente, não só no que diz respeito à vulnerabilidade para a infecção VIH, como para pensar o sujeito integrado nestas dinâmicas. Por outro lado permite abrir a porta a novas investigações.

Contudo, a partir das pesquisas realizadas Maffre, (1989) assume a existência de uma relação entre a expressão viral e a expressão psíquica, apesar dos processos biológicos e psíquicos serem totalmente heterogéneos. Defende que é possível identificar os mecanismos psicológicos que provocam o agravamento do estado viral. Chama a atenção para considerar a existência de uma variabilidade histórica da doença, de acordo com a dimensão psicológica e somática.

A relação entre a depressão e a evolução da infecção pelo VIH parece-nos pertinente, neste sentido o psicanalista espanhol Ganso, (2000) apresenta uma proposta para a relação entre tais fenómenos. Este considera que a depressão é um síndrome invalidante, tanto para o sujeito que sofre como para os familiares que o rodeiam, sendo o mecanismo etiopatogénico que com maior prevalência sucede em afecções psíquicas. Surgindo muitas vezes associada a alterações do sono, anedonia, cansaço e diminuição da actividade sexual. A Sida assume a face do medo social da morte, no sentido de doença tem tanta importância os seus efeitos imaginários como os reais. A Sida assume-se como uma imuno-melancolia, onde o sistema imunitário actua como substrato da representação da vida psíquica no corpo. Por outro lado o corpo é pulsional e a pulsão é um conceito limite entre o psíquico e o somático, o que

leva a pensar que o psíquico e o somático representam-se pela pulsão. O somático é pulsional e a representação do corpo no somático é pulsional.

Na Sida de acordo com Ganso, (2000) acontece um mecanismo de “autoagressão” uma depressão do sistema imunitário produzida por uma série de infecções. O “imune” é atacado por doenças sofrendo cargas e penas, a “imunidade” é o estado de resistência natural ou adquirida que possuem certos indivíduos ou espécies, perante determinadas acções patogénicas de agentes estranhos. A depressão e a Sida são duas afecções “depredadoras”, as quais o autor associa ao verbo depredar, que significa saquear com violência espolar, caçar. Ora é do inconsciente que o corpo “tem voz”, corpo em todo o caso pulsional.

Na Sida e Depressão efectua-se uma depredação onde se aniquila a possibilidade de transformar e de actuar do ser humano. O sistema imune caracteriza-se por discriminar o que é do próprio e o que não é, agindo sobre os agentes estranhos. Na Sida a estrutura está afectada, como ocorre nas afecções psicossomáticas, células loucas como no cancro e células assassinas na Sida, produzindo lesões corporais. (Ganso, 2000) A Sida caracteriza-se pela loucura celular, transformando-se estas em células assassinas que atacam o sistema imunitário. A pulsão decorre por todas as zonas do corpo e parece que o vírus atinge curiosamente aquelas que se enquadram nas manifestações sexuais, sendo estas zonas de carga libidinal intensa (fundamentalmente a génito-uretral e anal).

O sistema imunitário é pensado por Ganso, (2000) como o lugar do substrato da representação psíquica do inconsciente no corpo. Assim propõe que a Sida seja estudada desde o inconsciente, pois a Sida é antes de tudo uma imuno-melancolia. O único limite do corpo é a dor e a dor existe porque o corpo precisa de um limite, a pulsão não se pode reprimir e o corpo é entendido como um corpo pulsional, gerado no intercâmbio de palavras, atravessado pelo desejo e o cenário onde se representa o anímico.

Outra leitura que pode ser efectuada relativamente à relação entre a dimensão psíquica e imunológica enquadra-se no modelo multidimensional de Sami-Ali (1992). Perante este podemos colocar a hipótese de existir antes da infecção VIH um funcionamento que aproxima o sujeito de uma patologia da adaptação. Particularmente no indivíduo toxicodependente, o qual assume particular importância neste trabalho. Parece que o consumo de substâncias coloca o indivíduo num padrão de funcionamento extremamente adaptativo regido por uma espécie de Super Ego

corporal que é a substância consumida, a qual rege e sincroniza todos os ritmos da pessoa. Esta adaptação associa a afecção psíquica à afecção do corpo, enquadrando o indivíduo numa formação caracterial pautada por um recalçamento da vida imaginária e onírica. Só há espaço e tempo para regularização de um efeito químico no organismo, como tal, é a essa exigência que o indivíduo se adapta abstraindo-se de tudo o que ele representa enquanto subjectividade. O conflito interpessoal não é vivido, pois as relações com outros estão em segundo plano e a relação privilegiada é com a substância.

É provável que este funcionamento caracterial seja agravado pela notícia da seropositividade, onde as esperanças relativas ao futuro estão limitadas e as incertezas e medos associados à evolução da doença, são uma constante. Como tal, talvez se instale uma depressão caracterial, que de acordo com Sami-Ali (1992) anula a subjectividade pessoal mantendo o indivíduo num funcionamento ajustado às exigências, as quais podem ser pautadas pela continuação do consumo de substâncias, não só heroína ou cocaína ou até a metadona ou subutex os quais como terapêuticas agonistas continuam a funcionar como entidades superegoicas que a eles tudo se reduz e aproxima. Mais uma vez o sujeito gere a sua vida em função de algo totalitário, face ao qual grande parte da sua vida fica reduzida.

No seguimento desta leitura, as consequências somáticas assumem uma correlação negativa com a projecção ou a imaginação, uma vez que esta não é operacionalizada, mantendo-se recalcada pelo funcionamento caracterial imprimido pelas substâncias, o qual eventualmente organiza-se numa depressão caracterial difusa.

Tal funcionamento pode ter implicações no somático, particularmente ao nível do sistema imunitário. Sabe-se que tal fenómeno é verdadeiro para algumas patologias, destacando-se as doenças cancerosas e auto-imunes, como tal parece que o sistema imunitário, o qual tem uma função determinante na regulação da eclosão de tais doenças fracassou na sua função defensiva. Isto coloca o organismo numa situação de susceptibilidade, perante quer a destruição das células doentes, ou saudáveis ou até tornar-se incompetente perante a invasão de um agente, que sendo o VIH assume uma acção drástica pela imunossupressão. Deste modo, o organismo já fragilizado por este tipo de funcionamento deficitário, pode eventualmente ser mais facilmente infectado perante uma situação de risco, ou ainda já numa fase de

seroconversão sofrer de uma forma mais rápida a debilidade do sistema imunitário, pois este já se encontra fragilizado a priori.

A debilidade do sistema imunitário, como factor para o contágio ou para a aceleração dos danos provocados pelo VIH, funciona possivelmente como o equivalente de uma somatização que resulta do êxito do recalçamento da função do imaginário, surgindo assim o inevitável sintoma orgânico, o qual resulta de uma correlação negativa entre projecção e somatização. Podemos pensar numa eventual relação entre uma depressão particular do aparelho psíquico, que precipita uma imunodepressão somática.

Dando seguimento a esta hipótese, o corpo real é assim afectado, debilitado como consequência de um estilo particular de funcionamento, que desfalca o sistema imunitário. Está implicado numa modificação caracterial que se torna numa modalidade de existência que permite o ajustamento à situação como custo da abstracção da subjectividade individual. Este indivíduo está encerrado numa banalização adaptativa, que o reduz a uma normalização, ao consumo da substância psicoactiva. Aproxima-se a um padrão de funcionamento pouco original onde é inútil a alteridade do pensar, desejar e até falar.

A patologia orgânica, com o adoecer do sistema imunitário correlaciona-se com uma estreita ligação entre o corpo e a mente, em que um estilo particular de funcionamento, neste caso adaptativo, normalizado a um funcionamento dirigido ditatorialmente pelo consumo encerra em si a possibilidade de uma grave afecção orgânica com a diminuição de competências imunitárias

A infecção pelo VIH e a sua evolução no terreno somático, permitem-nos pensar e compreender a importância do psíquico no somático, a partir das características especificamente somáticas e do seu modo de acção sobre as defesas somáticas. É de conhecimento geral o modo como o VIH entra no organismo, como se processa a infecção depois da invasão e quais os meios estratégicos deste vírus. Também estamos a trabalhar no sentido de conhecer melhor o terreno psíquico que apresenta mais risco perante a infecção, o mais propício à contaminação da infecção, à invasão, se bem que se torna por vezes difícil de definir se as características psicológicas são factor favorável para a infecção se são consequência da mesma. Talvez seja um misto, em que existe de facto um funcionamento que fragiliza de base a resposta imunitária e facilita o contágio, como esse mesmo funcionamento pode ter consequências no agravamento da infecção.

É de salientar que a leitura Psicossomática da infecção pelo VIH é deveras pertinente e esta oferece-nos possibilidades para reflectir o porquê de certa variabilidade perante a latência do vírus no organismo humano. As razões porque certas pessoas VIH positivas não apresentem uma perda brusca das suas competências imunitárias. Por outro lado, as razões porque alguns sujeitos são resistentes à infecção pelo VIH, apesar de estabelecerem contactos íntimos e prolongados com parceiros infectados. As características psicológicas do risco, com comportamentos próximos da morte, como a adicção e uso de material infectado, a possibilidade de arriscar por comportamentos sexuais, tipo “roleta russa sexual” sendo factores comuns importantes para a contaminação. Os porquês de existirem casos que apresentam melhoras na evolução da infecção depois de iniciarem processos psicoterapêuticos. O que evidencia a existência de uma regressão dos sintomas correlativa a novas estratégias psicológicas do indivíduo infectado. Parece que a sequência interior angústia-culpabilidade-depressão que se instala no sujeito depois do conhecimento da sua seropositividade pode evoluir para a “depressão essencial” (Ruffiot, 1990) e logo provocar uma debilidade do sistema imunitário que eventualmente deixará o sujeito mais susceptível para a evolução da infecção pelo VIH.

As questões levantadas, revelam que a infecção pelo VIH assume uma dimensão intrinsecamente psicossomática, há todo um conjunto de variáveis que devem e só podem ser pensadas na dupla interacção ente o psíquico e o somático. É patente a existência de uma grande variabilidade individual, na resposta somática aquando dos contactos com o VIH. O que nos leva a colocar a hipótese da confirmação das teorias apresentadas por alguns autores mencionados ao longo do estudo, que assumem a interdependência entre as dimensões psíquica e imunitária.

Os sistemas imunitários não são todos iguais, na população humana, nem as respostas psíquicas, e sabemos que ambos se implicam mutuamente. Parece-nos credível acreditar que existe um funcionamento de base próximo de uma patologia da adaptação que já por si comporta uma fragilidade da resposta imunitária. Se o indivíduo com este funcionamento que se aproxima de uma depressão a priori estabelecer contacto com o vírus, este encontrará um organismo enfraquecido na sua resposta imunitária e logo com menos competências para travar uma luta para a vida ou para a morte, sendo mais viável o desfalque das suas competências celulares. Se por outro lado, o organismo que entrou em contacto com o vírus não se enquadrar

numa estrutura próxima da patologia da adaptação e revelar um funcionamento mais lábil, rico e colorido, sendo diversificado nas suas estratégias defensivas, este sistema imunitário encontra-se numa situação mais vantajosa, assumindo outras competências de resposta que lhe permitem encontrar estratégias de sobrevivência para o VIH, não permitindo o seu desenvolvimento de forma rápida e precipitada. Ou até defendendo o organismo no momento do seu contacto inicial, não permitindo a eclosão da infecção. Tal também faz sentido, perante as possibilidades de paragem da evolução da infecção quando o sujeito VIH positivo inicia um processo psicoterapêutico, o que revela que com o estabelecimento de novas estratégias defensivas, o organismo também organiza estruturas defensivas para fazer face à progressão do VIH.

Denota-se uma correspondência inquestionável entre funcionamento psíquico e funcionamento somático, instituída numa relação intrínseca em que o psíquico interfere no somático, logo parece que um funcionamento a priori pautado por mecanismos defensivos rígidos potencia a fragilidade do sistema imunitário e logo a facilidade para a infecção e progressão do VIH. Se pelo contrário o organismo assumir riqueza defensiva e variedade adaptativa parece proteger o sistema imunitário e logo defender o sujeito perante a eventualidade da infecção e progressão da mesma. Tudo isto leva-nos a definir que a dinâmica da economia psicossomática proposta por Sami-Ali enquadra-se perfeitamente no contexto a infecção pelo VIH. Logo a existência de uma correlação positiva entre projecção e somatização protege o terreno do somático, enquanto que uma correlação negativa entre projecção e somatização promove uma fragilidade do terreno somático, permitindo a infecção e a evolução do VIH.

Todo este processo referente a uma susceptibilidade a priori ou a posteriori para a infecção e evolução do VIH, surge enquadrada num estilo de funcionamento próximo de uma depressão a priori e aprisionada numa pobreza criativa ao nível de estratégias defensivas. Porém a precipitação da fragilidade orgânica pode ser mediatizado por acontecimentos de vida, que deixam o sujeito ainda mais delimitado na sua resposta psíquica à situação e provavelmente numa situação sem respostas adaptativas e criativas. Logo o sujeito encontra-se numa situação duplamente precipitante e sem encontrar uma saída institui-se a depressão das defesas orgânicas, encontrando o VIH o terreno propício à sua eclosão e destruição.

3.13. O Corpo no VIH/Sida

O corpo é antes de mais uma entidade que participa na totalidade na vida, assume uma posição determinante no equilíbrio da saúde e no desequilíbrio da doença, assumindo uma dinâmica conjuntural activa (Milheiro, 2001) O corpo humano é um corpo que comporta em si um saber, aprendido e desenvolvido durante uma evolução. Cada indivíduo constrói um aparelho mental e emocional, organizado por si, instaurado numa estrutura relacional. A organização mental passa pela concretização corporal, pois a identidade do sujeito será antes de mais uma identidade corporal. A identidade corporal constitui um corpo sexuado, agressor e reprodutor. A coesão do corpo estabelece a identidade, dita uma imagem e semelhança. Nunca existirá identidade sem corpo, nem corpo sem identidade. (Milheiro., 2001)

Pensar no corpo no contexto da doença física assume particular pertinência, pois o corpo coeso deverá lutar pela saúde e pela longevidade. Na doença assume-se como extremamente angustiante a dissolução da identidade corporal, o qual transmite o sentimento de coesão. Tal corresponderá ao sentimento de desintegração corporal. (Milheiro, 2001) Na doença, como a infecção pelo VIH, o corpo perdeu as suas fronteiras, os limites falharam, o corpo perdeu o seu saber em relação a si próprio, a sabedoria ficou afectada esta estava presente e funcionava adequadamente de forma silenciosa. Agora tal sabedoria encontra-se devastada e deixou o corpo nu e desprotegido. O corpo está alterado nas suas sinalizações, está atingido no seu continente e na diferenciação sujeito/objecto.

Sem doença, o corpo vive as suas experiências de variadas formas, assumirá a consciência de si como sujeito autónomo, diferente dos outros, o que não acontecerá se a sabedoria se perder, como acontece na doença. (Milheiro, 2001) No contexto desenvolvimental é através do corpo que o sujeito estabelece uma relação com os outros e consequentemente consigo próprio para além do seu corpo. Nesta organização entram as angústias, projecções, organizam-se coesões internas e patológicas. O corpo está alicerçado numa dimensão globalizante permanente, porém a infecção pelo VIH pode atingir drasticamente o corpo na sua coesão, diminuindo o corpo sexuado e atingindo inquestionavelmente a identidade corporal e logo a identidade pessoal.

A infecção pelo VIH caracteriza-se pela sua evolução, a qual promove efeitos corporais, não só em termos de doenças manifestas, como várias infecções oportunistas de maior ou menor gravidade e tumores, representando estas uma fase

sintomática da infecção e assumindo com maior ou menor exponencial uma representação visível da mesma. Como também pode apresentar uma fase assintomática, na qual o vírus está presente, contudo não age de forma indiscriminada. Tal acontece nos “long term survivors” e na maioria dos sujeitos que está a realizar terapêutica antiretroviral. Esta manifestação da infecção não é propriamente visível. A infecção pelo VIH apresenta então duas possíveis manifestações, uma assume uma espécie de forma manifesta e a outra uma espécie de forma latente, ambas representam significados psíquicos próprios. Então, a relação com o corpo num indivíduo com patologia visível será diferente de outro que sabe ser seropositivo, mas que revela para o exterior um corpo perfeitamente saudável.

Quando um indivíduo toma conhecimento que é positivo para o VIH, surge a consciência de que o seu corpo é doente e que o VIH o vai dominar a médio ou longo prazo. Tal notícia acarreta uma carga emocional tremenda, não só para o próprio como para o exterior, uma vez que esta infecção surge intrinsecamente associada à ideia de sexo, sangue, grupos de risco, doença incurável, corpo deformado, e desfecho com a morte. Morte que se prolonga num contínuo enquanto o corpo está decadente, em que cada nova infecção é um passo de aproximação para com a morte.

O corpo é o principal vector da infecção, foi o corpo que gozou com os comportamentos de risco, foi o veículo, é com ele que o agente exterior efectua a batalha para a vida ou para a morte, é o corpo que entra em decadência, que se transforma, transfigura e que morre. É no corpo que a metamorfose da doença se estrutura, é nele que se sente e é ele que revela.

O corpo é o culpado, mas também é ele que é castigado. Apesar da fase assintomática encobrir a infecção, os sinais da doença quando se manifestam são realmente visíveis e identificáveis, sendo muitas vezes percebidos, como o sarcoma de Kaposi este ocorre no corpo exposto, particularmente o rosto, o emagrecimento também é fulcral. Os sintomas revelam a doença, o corpo está doente e tal pode intervir nas interacções sociais. Ao longo do evoluir da infecção, o corpo fica dependente de cuidados de terceiros, não sendo pouco comum casos de depressão perante tal.

A sexualidade é um dos expoentes máximos do viver corporal, sendo uma questão central da vida dos seropositivos. (Boivin, 1995) Esta sofre alterações, o corpo é um corpo doente infectado levando a morte dentro de si, como tal a sexualidade destes sujeitos encontra-se limitada, podendo ocorrer a perda da libido e

até disfunção sexual. (Dupras, 1992). O corpo doente está perdido para o prazer, e para a vida e muitas vezes a infecção é encarada como um castigo pela transgressão das regras morais. (Dupras, 1992). Mesmo quando a vida sexual se mantém, o sexo torna-se uma actividade de risco potencial geradora de ansiedade. E surge o dilema entre o perigo de transmissão do VIH e a manutenção da sexualidade. Até porque o corpo protegido pelo sexo seguro acarreta alguns riscos, a incerteza. O corpo é um corpo de perigo, para o próprio pois encerra a fatalidade e para os outros podendo transmitir a morte. Muitos procuram um parceiro também VIH positivo, tentando resolver o dilema com a conjugação de dois corpos doentes. Sabendo que se podem reinfectar, e que tal acarreta riscos, mas com uma menor responsabilidade para a vida ou para a morte.

O corpo doente modifica-se, modificação que é um dos aspectos mais assustadores da doença, pois representa a degradação e o declínio do corpo. O corpo assintomático só o será temporariamente, uma vez que progressivamente irá apresentar indícios da infecção. De acordo com esta progressão a imagem corporal também se vai ajustando á evolução da doença (Jamieson, 1996). Na fase sintomática a aparência física assume um papel muito importante, o corpo sofre alterações mais ou menos visíveis e tal pode provocar graves influencias ao nível de auto-estima e de inter relação, fazendo-se acompanhar por uma diminuição da atractividade sexual, como de auto-estima. (Boivin, 1995). A atracção perante os outros indivíduos diminui, e estes sentem-se incapazes de provocar desejo no outro com um corpo doente e em declínio, tal assume uma desvalorização tremenda do indivíduo como pessoa e como corpo sexuado. (Shernoff, 2002) Neste seguimento, a sexualidade só poderá estar limitada, até porque esta é extremamente afectada pela percepção que cada um interioriza da sua aparência física.

O corpo infectado com VIH é um corpo de incertezas, pois a evolução por VIH pode ser muito lenta, ou mais rápida e os pensamentos sobre a morte invadem a consciência dos doentes, muito antes da fase terminal. Depois do conhecimento da positividade para VIH podem surgir diversos medos associados à perda de pessoas significativas, bens, realização de sonhos e das aspirações para a vida, solidão, perda de auto-controlo, de auto-estima e imagem corporal desorganizada, perda de capacidades mentais, dores sofrimento físico e psicológico associado. (Boivin, 1995).

As alterações vividas ao nível do corpo pelos sujeitos infectados, podem resultar em quadros depressivos, fazendo-se acompanhar por desinteresse geral,

isolamento, inércia, não realização de actividades que antes constituíam uma fonte de prazer. (Shernoff, 2002). Estes sintomas são acompanhados por significações de perda, dando-se uma perda do corpo saudável e que funcionava como referência do eu. Sendo o corpo uma parte importante da consistência pessoal do sujeito, quando este está afectado, o todo da pessoa também o está, efectivando-se uma perda da identidade corporal. O corpo doente de Sida é um corpo estranho e desajustado.

O corpo assume um significado físico e outro abstracto, em primeiro lugar ele espelha uma imagem, a saúde ou a doença em segundo, ele é o resultado de uma ilusão empírica, sinal fugaz da identidade, individualidade, limite, pessoa. Em termos físicos, o corpo é uma realidade, representada em primeira instância pela pele, a qual nos põe em contacto com o presente imediato daquele corpo. É na pele que paramos o olhar, seja esta clara, escura, pálida rosada, saudável ou doente. A pele delimita os dois mundos onde o corpo se situa, o interno e o externo. É à flor da pele que se localizam as marcas mais visíveis do confronto imprevisível e irreduzível entre o interno e o externo. A doença, marca inegável no externo, materializa a irregularidade do interno, que se acompanha pelo processo incontável da vida para a morte, pelo desequilíbrio das funções orgânicas e pela incapacidade perante a domesticação e controle do corpo. Este corpo terá obrigatoriamente que iniciar um novo processo de disciplina, punição, encarceramento, reconstrução. O corpo passa a ser um corpo reconstruído em função de uma realidade ancorada muitas vezes nos cuidados médicos, nas tomas diárias da terapêutica, nas agulhas, nas deformações corporais que vão surgindo e que substituem gradativamente o corpo sagrado do ser saudável. Corpo saudável que se apresenta como entidade distante, musculado, sexuado, numa pele inviolada, tonificada.

A deterioração do organismo devido à infecção pelo VIH, confronta o sujeito com um corpo material em degradação progressiva, em que o organismo não consegue funcionar de acordo com as suas funções essenciais, surge a imagem pessoal de um corpo “em ruína” o qual exterioriza a malignidade da doença. O corpo-Sida é um corpo que carrega em si a deterioração anatómica e funcional. Este corpo entra num ritmo em que com o tempo a passar, cada vez se aproxima mais da eventual morte.

Convém-nos também reflectir sobre o lugar do corpo antes da infecção pelo VIH. À partida se o indivíduo contraiu tal vírus, é porque colocou o corpo em risco, no jogo do possível entre a vida e a morte. Na população toxicodependente a via de

contágio é maioritariamente a partilha de material para injectar a droga ou até por contactos sexuais desprotegidos. Em qualquer dos casos o corpo foi deliberadamente posto numa situação de perigo e tal assume um valor de investimento afectivo no corpo. Alguma população toxicodependente parece não investir o corpo como um factor relevante para a sua identidade como pessoa, sendo este vivido como processo para o consumo e nunca como fim para a vida, saúde e bem-estar pessoal e psíquico. Vivem no esquecimento do corpo, como se este não existisse ou tivesse uma expressão de existência limitada no momento em que se vive para a droga. Os toxicodependentes maltratam o corpo, como poucos são capazes de o fazer, num movimento diário de desafio perante a morte. Esquecem-se dos mais elementares hábitos de higiene e de saúde primária. Também é o corpo que experimenta as primeiras alterações de si, para o consumo ou para a reabilitação, isto revela implicações numa imagem corporal distorcida e distanciada do corpo real. (Gomes, 2002)

Não admira pois, que actualmente nos países desenvolvidos, a distribuição dos casos Sida privilegie os toxicodependentes. Os seus comportamentos de risco e a sua falta de cuidado com o corpo permitiram que o vírus, com o passar do tempo, encontrasse entre eles um terreno mais propício para a infecção, do que propriamente os homossexuais masculinos.

3.14. Imagem Corporal no VIH/Sida

O corpo assume por si só uma “consciência do corpo” (Milheiro, 2001), incluindo a consciência de si, enquadrada numa identidade corporal definida de acordo com a sua vivência interna. A imagem do corpo inserida no “eu corporal” assume inquestionável destaque em momentos particulares, especialmente no contexto da doença. Onde a representação do corpo se assumirá como estrutura basilar de alicerço e funcionamento. Este corpo doente é representado enquanto linguagem para o exterior, para os outros. Tal ocorre através e palavras, mímicas, gestos, olhar, aspecto geral. A representação do corpo como imagem corporal ou “corpo psicológico” revelar-se-á nessa comunicação interpessoal e no que ela apresentará de mais íntimo. (Milheiro, 2001)

O sujeito na saúde ou na doença comunica uma linguagem de si mais focada ou desfocada e num sentido ou noutro haverá justificação para tais variações. O corpo

participa em todos os movimentos da saúde e da doença, encerrando em si uma capacidade de linguagem e de leitura do próprio corpo. O corpo infectado pelo VIH veicula no próprio uma representação corporal com fortes significados, tais como: corpo-transparente, corpo-degradado, corpo-mutilado, corpo-derrubado, corpo-sofrimento, corpo-angústia, corpo-morte, corpo-doente, corpo-de-cuidados. (Contant, 1998).

A imagem corporal assume a representação mental do corpo próprio, representação constituída por diversos factores. A imagem corporal organiza-se a partir de representações que as pessoas têm a respeito do corpo, corporalidade e de processos corporais degenerativos, como acontece na infecção por VIH. Esta imagem está imbuída pelas experiências que se adquiriram no mundo em que os sujeitos se integraram. Em virtude disso, corporalidade, sociedade e agentes externos macroconjuntos estão interligados, formando uma tríade.

Schilder (1981) foi dos primeiros autores a relacionar a doença orgânica e dor com a imagem corporal, a ideia base é que todas as sensações contribuem para a construção da imagem corporal, logo a doença e a dor entram no registo corporal de novas sensações, tornando o corpo o centro das atenções. A doença orgânica com ou sem dor provocará no corpo sensações anormais para o sujeito em questão e tal vai provocar alterações da imagem corporal. Schilder (1981) não faz alusão à distorção da imagem corporal na doença e na dor, mas assume a existência de mudanças e alterações relativamente à imagem corporal. Porém o autor admite que a imagem corporal pode ser ameaçada e destruída pela dor e doença, tal como por uma insatisfação profunda ou distúrbio libidinal relativamente ao corpo. A doença orgânica faz-se acompanhar por dor e mau estar, isto é, sofrimento corporal e eminentemente psíquico, daqui acontece um novo investimento libidinal no corpo doente, tendo obvias implicações na imagem corporal. O corpo VIH positivo é um corpo doente que tem de imediatamente reformular o seu investimento libidinal no mesmo e ajustar a sua imagem corporal.

Sabemos que uma imagem corporal positiva e adequada está próxima de uma melhor saúde física e mental (Davis, 2002) e de uma melhor auto estima (Forrester, 2000). Porém, problemas ao nível da auto imagem corporal também surgem associados a alguma insatisfação em relação ao corpo, ou em relação à forma como as pessoas percebem e sentem o seu corpo. Tal pode ter influências ao nível do estilo de vida e comportamentos interpessoais. (Paxton, 2000). Contudo, existe também uma

forte associação entre depressão e representação distorcida da imagem corporal (Paxton, 2000).

As perturbações ao nível da representação da imagem corporal podem ocorrer em indivíduos com consumos excessivos de álcool, tabaco e drogas, assim como comportamentos sexuais bastante precoces (Leventhal, 1983)

A forma como nos relacionamos com o nosso corpo assume então uma relação particular com a auto estima que cada um desenvolve sobre a sua pessoa, gostamos mais de nós se gostarmos do corpo que temos ou se gostarmos de nós gostamos do corpo. Os VIH positivos com um corpo marcado pela doença, dificilmente gostam deste, contudo se existirem reservas pessoais de auto estima talvez consigam funcionar melhor com este corpo doente.

A imagem que representamos do nosso corpo assume uma importância vital para a qualidade de vida. Logo, a imagem que julgamos ter de nós próprios, determina muito do que fazemos e do que sentimos sobre nós mesmos. Uma auto-imagem negativa do corpo assume uma posição de deficit, enquanto que uma imagem corporal positiva joga um papel importante para uma vida de sucesso. Até porque o indivíduo quando desenvolve auto-confiança nas suas acções com aceitação e bem-estar corporal terá um desempenho para a vida mais estruturado. O sucesso pessoal também está assente na representação que cada um tem do seu corpo, permitindo até a manutenção da crença que é possível lutar contra uma dramática infecção como a do VIH. (Forrester, 2000)

A imagem corporal é um fenómeno que não ocorre isolado, cada sujeito constrói a sua, contudo as mensagens recebidas na infância sobre a imagem do corpo, vindas de familiares, amigos, professores etc., jogam um papel importante na estruturação da imagem corporal de cada um. Estas mensagens funcionam como gravações que sem que o indivíduo disso se aperceba permitem a consolidação de uma imagem corporal adulta. Contudo a imagem corporal é um fenómeno maleável que está sujeito a processos de ajustamento e é mediatizada fortemente pelas influências sociais que a todo o momento nos circundam.

O corpo doente está obviamente afectado na sua imagem corporal, viver com uma doença crónica como a infecção pelo VIH, pode afectar sem dúvida a imagem que cada um constrói do seu corpo (NWHIC 2001). Não só porque o corpo já está afectado, enquanto corpo doente e invadido, podendo este evidenciar com maior ou menor intensidade sinais de doença, tais como náuseas, fadiga, dores, diarreia, e perda

de peso. Como até os efeitos secundários da terapêutica antiretroviral podem influenciar a imagem corporal dos indivíduos afectados, com efeitos objectivos ao nível da forma do corpo, com perturbação na distribuição de gordura (Lipodistrofia). Viver com o VIH é um factor de stress que afecta a auto-estima e a saúde mental, logo a representação mental do corpo possivelmente também poderá estar afectada.

A organização que cada um desenvolve da sua imagem corporal relaciona-se com as exigências da nossa sociedade actual. A actual cultura ocidental preocupa-se em ter um corpo dentro dos padrões estéticos de beleza, bem-estar e saúde, são factores fundamentais para o sucesso social e logo bem-estar pessoal. Parece que vivemos numa época em que as pessoas estão no geral muito focalizadas na imagem que o seu corpo emana para o exterior. E como tal, uma grande maioria das pessoas está mais do que nunca descontente com os seus corpos. Sendo o bem-estar individual muito influenciado pela imagem do corpo de cada um. (Emelina 2003)

A imagem corporal positiva assenta na aparência física perante o exterior e da atractividade, a qual é ou não devolvida, assim o indivíduo vai construindo e ajustando a sua imagem corporal. A imagem corporal influencia psicologicamente o comportamento e a auto-estima do indivíduo. O que se sente e o que se acredita ser de verdade sobre o corpo determina uma atitude perante a vida. Também é verdade que nos nossos dias poucas pessoas estão satisfeitas com o seu corpo. (Emelina 2003)

O peso do corpo e a possibilidade de ter um aspecto saudável influenciam a imagem corporal de cada um. Algumas investigações sugerem que odiar o corpo desenvolve um ciclo vicioso, pois se o indivíduo se sente diminuído em algum aspecto, ainda gosta menos de si e quando odeia o seu corpo a boa disposição para a vida afunda-se. Se o indivíduo estiver zangado ou triste ainda se foca mais nas suas pequenas limitações. Tal sugere que a forma como geralmente sentimos as nossas vidas e o mundo à nossa volta é profundamente afectada pela forma como nos sentimos com o nosso corpo e vice-versa. (Emelina 2003)

Davis, (2002) refere que certas mulheres seropositivas, independentemente de já terem sintomas de infecções ou não, representam uma imagem corporal negativa, verbalizando em relação a elas próprias que se sentem “sujas”, “doentes” e “intocáveis” perante a sua positividade para o VIH.

Não são só as mulheres que se preocupam com o corpo, cada vez são mais os homens que se sentem insatisfeitos com os seus corpos. O ideal masculino dos nossos dias apresentado pelos media passa pelo corpo magro e musculado. Parece que as

mulheres procuram a magreza e os homens o músculo. A generalização relativa aos corpos masculinos idealizados, tem crescido entre os homens, manifestando estes uma cada vez maior insegurança sobre a sua aparência física. Como resultado, parece que estes apresentam cada vez mais perturbações do comportamento alimentar, trabalhando os músculos quase até à obsessão e muitas vezes tomam esteróides. (Emelinda 2003)

A saúde, que nem sempre é possível ser controlada, afecta não só a forma como o indivíduo se sente, mas também o seu aspecto, e consequentemente a sua imagem corporal, como referência pessoal para com o exterior. A forma como o indivíduo se sente é determinada pela forma como se apresenta a si e aos outros. Tal pode sofrer grandes alterações perante uma doença que seja manifestamente observável, como acontece na infecção VIH. Então a saúde e a doença afectam determinantemente a imagem corporal, tal como alterações de vida, físicas e hormonais. A imagem corporal como representação mental do corpo próprio é um fenómeno que está em constante dinâmica e ajustamento, não é só uma doença crónica que provoca alterações na imagem corporal, a idade, gravidez, menopausa e até acontecimentos de vida podem potenciar alterações a este nível. (Jamieson, 1996)

Estudos desenvolvidos por Shevitz, et al., (2001) referem que pacientes com Sida seguidos em consultas de psiquiatria num período de quatro anos apresentavam perturbação com o mundo social devido à sua imagem corporal, acompanhadas por sentimentos de tristeza, isolamento, e desinvestimento sexual. Tal pode ocorrer não só pela degradação física inerente à progressão da infecção por VIH, com a eclosão de várias doenças oportunistas e tumores que se manifestam na pele e no todo corporal do sujeito, como o emagrecimento excessivo, também característico ou até a lipodistrofia.

As alterações corporais que acompanham a evolução do VIH e que podem ter implicações ao nível da representação da imagem do corpo são: emagrecimento acentuado, dermatites faciais mais ou menos severas, fraqueza corporal e dependência de terceiros, lentificação das funções mentais, perda da libido, perda de cabelo, “molusco” facial contagioso, sarcoma de Kaposi, perda progressiva da visão devido a retinites e incontinência particularmente fecal. Ora torna-se obvio que tais alterações corporais assumam particular pertinência perante a forma como o sujeito passa a representar e viver o seu corpo. A imagem corporal relativa a este debilita-se ajusta-se

a um corpo em declínio e degradação física que o aproxima mais rapidamente ou lentamente da morte.

Os indivíduos VIH positivos, como qualquer pessoa, preocupam-se com o corpo, até porque viver um estilo de vida saudável, incluindo hábitos alimentares saudáveis, manter o corpo bem tratado e nutrido é muito importante, para a manutenção da saúde. Logo apresentar um corpo saudável para o exterior e representar internamente uma imagem corporal positiva é essencial para manter-se saudável e psicologicamente equilibrado.

As razões para manter o corpo em forma, apresentam implicações emocionais e psicológicas importantes. As quais incluem, ter um aspecto saudável, não ter stress, aumento de energia e sentir-se produtivo, desejado e sexy. Para muitos indivíduos um corpo atraente funciona como estratégia de coping adaptativa. Porém a obsessão por um corpo trabalhado pode tornar-se pouco saudável e provocar perturbações da imagem corporal. (Stevenson, 2002)

O lipodistrofia é uma síndrome caracterizado por uma redistribuição anormal da gordura corporal, que ocorre como uma consequência da terapêutica antiretroviral de alta potência HAART. O corpo do indivíduo que realiza esta terapêutica durante algum tempo sofre alterações objectivas no seu aspecto físico. Efectua-se uma perda substancial de gordura corporal em algumas extremidades do corpo, do rosto, pernas e braços, depositando-se estas em pequenas áreas de corpo, conhecidas como lipomas. Podem também surgir áreas maiores afectadas com depósitos de gordura mais substanciais, particularmente na zona abdominal, mamas, e zona cervical do pescoço (bossa de búfalo). Verifica-se efectivamente uma alteração da forma do corpo, o qual se torna estranho, e desconhecido. Os membros demasiado finos a cara encovada e o ventre proeminente, com uma bossa no pescoço. Esta imagem assume para muitos o estereótipo de “Aspecto de Sida” (Blanco, 2001)

Um estudo desenvolvido pelo Australian Research Centre in Sex, Health e Society (2003) cit. por Carr, (2003) refere que mais de 70% de pessoas com lipodistrofia assumem que estas alterações corporais tornam obvio perante os outros a sua positividade para o VIH. Estes 70% ainda assumem que não estão felizes com o aspecto do seu corpo e 75% revela que as alterações corporais tornam os seus corpos não atraentes sexualmente. A imagem corporal destes indivíduos está alterada desajustada ao esteticamente correcto, e tal tem efeitos tremendos no seu funcionamento intrapessoal e interpessoal. O corpo e a referência simbólica do que

temos dele permitem que cada um de nós desenvolva um projecto de vida, circule na sociedade e invista na relação com o mundo. A lipodistrofia incapacita o sujeito para tal, assume a maior evidência de um corpo derrotado engajado numa imagem corporal desorganizada e desorganizante, levando eventualmente a uma proporção de incapacidade e desvalor pessoal que até pode potenciar quadros depressivos e mesmo tentativas de suicídio. (Carr, 2003)

Collins, et al., (2000) revelam que os indivíduos com lipodistrofia detêm uma imagem corporal “grotesca”, “animalesca em que o pescoço assume proporções horríveis”, “deformada” “repelente” “não amada e jamais amada”, “corpo horrível em transformação”.

Quando falamos de imagem corporal, temos de situar o corpo numa representação enquadrada na identidade corporal, a qual é constituída por um corpo sexuado. A sexualidade assume na sua expressão uma imagem corporal, logo a sexualidade é uma dimensão bastante afectada pela aparência física. Contudo também sabemos que a percepção que assumimos do nosso corpo nem sempre corresponde à realidade. (Boivin, 2003). Também é claro, que a pessoa insatisfeita com o seu corpo provavelmente terá dificuldades em estabelecer uma relação de carácter sexual com outra pessoa, particularmente nos indivíduos seropositivos para VIH. Muitas destas pessoas vivem uma grande culpabilidade de carácter sexual. A aplicação de algumas metáforas sobre o seu corpo representam a imagem corporal, sexuada do mesmo, algumas delas são: “O meu pénis é como uma arma fatal”, “O meu esperma é tóxico. Uma pequena gota e pode provocar a morte”. Pode-se verificar facilmente a existência de uma percepção carregada de negatividade, com um impacto desastroso sobre a sexualidade. (Boivin, 2003 p. 3). A imagem corporal veiculada representa um corpo nocivo, perigoso para com o outro, temos então um corpo envenenado que envenena.

Contudo, não devemos acreditar que todas as pessoas seropositivas têm necessariamente uma percepção negativa do seu corpo, particularmente no início da infecção. Daí que certos indivíduos assumem sentirem-se melhores na sua pele e mais equilibrados psicologicamente durante a fase assintomática da infecção. Pois o VIH obrigou-os a mudar os seus hábitos de vida (mais cuidados com a alimentação, dormir mais, diminuir o consumo de álcool e drogas fazer exercício físico etc.). Muitos destes sujeitos até referem sentirem-se mais atraentes, pois estão mais em forma e melhor com o seu corpo. Alguns até perderam aqueles quilos a mais, que tinham acumulado

com os anos. (Boivin, 2003). Porém a grande verdade é que à medida que a infecção progride esta situação altera-se com o acompanhar da degradação física.

No mundo quotidiano de uma pessoa saudável a morte parece extremamente longínqua, contudo no indivíduo seropositivo, a morte que deveria estar longe torna-se uma eventualidade bem real. Apesar da pessoa portadora de VIH ter nos nossos dias uma melhor esperança de vida, devido às novas propostas terapêuticas, a morte é pensada e questionada, a partir do momento do diagnóstico até ao aparecimento dos primeiros sintomas, como a primeira infecção oportunista. É a partir da ultrapassagem destas etapas que a morte “vem bater à porta”.

Dá-se efectivamente uma diminuição da vida sexual, perante o diagnóstico de VIH, muitos destes indivíduos deprimem e como tal efectua-se uma quase aceitação da morte, com a perda de interesse pela vida, algumas vezes acompanhada de pensamentos suicidas. Tal como na depressão, um dos sintomas típicos após o diagnóstico de VIH é a perda do apetite sexual. O corpo sexual e erógeno está afectado na sua identidade, a representação do mesmo representa tal deficit, um corpo deficitário, incompleto, sem prazer, com ideias de morte a dominá-lo e a torna-lo inoperante perante uma vida sexual. A representação da imagem corporal do seropositivo resume-se a uma imagem do corpo doente, deformada e envenenada nas relações com o mundo.

3.14.1. Lipodistrofia e Imagem Corporal

Foi em 1996 que se começou a utilizar em larga escala uma nova classe de antiretrovirais para a infecção VIH, os inibidores de protease. Esta terapêutica possibilitou um novo impulso ao tratamento da infecção permitindo a introdução da terapêutica combinada de alta eficácia HAART (terapia antiretroviral de alta potência), e com esta é indiscutível a redução drástica dos casos de morte causadas pela Sida. Contudo começaram a ser descritos efeitos colaterais provocados por esta terapia, entre eles a lipodistrofia. “Lipo” refere-se a gordura e “distrofia” a perturbação grave, ou crescimento ruim. (Blanco, 2001)

A lipodistrofia diz respeito a alterações no habitus corporal e no metabolismo associadas ao uso prolongado de terapêutica antiretroviral altamente eficaz (HAART). Este quadro foi reconhecido em 1997, sendo alvo da atenção geral na V conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas, em Chicago, no ano de 1998. Foi aí que surgiram as primeiras apresentações sobre os componentes da síndrome, como a

alteração mais óbvia da composição corporal relativa à distribuição da gordura corporal, manifestando-se clinicamente com um acréscimo do perímetro abdominal e um emagrecimento dos braços, pernas e cara. Pela tomografia computadorizada verifica-se um predomínio de gorduras no compartimento visceral comparativamente com o compartimento subcutâneo. (Carr, et al., 2003) As alterações da gordura corporal compreendem a perda de gordura, denominada por lipoatrofia e a acumulação de gordura chamada de lipodistrofia e parece que se desenvolve em 5% a 75% de sujeitos que realizaram terapia antiretroviral de alta eficácia HAART.

As terapêuticas antiretrovirais permitem aos VIH positivos um tempo de vida muito mais alargado, tal assume-se como um factor de referência, nos desenvolvimentos científicos consolidados até então em torno desta doença. Contudo, para muitos, o preço a pagar pelos benefícios que a terapêutica antiretroviral potencia é por vezes elevado como o aparecimento de mudanças na constituição do corpo, e metabólicas, alterações dos níveis dos lípidos (hiperlipidémia), dos açúcares no sangue (diabetes mellitus), hipogonadismo, hipertensão, hiperuricémia, hipertrigliceridémia e anemias hemolíticas e perdas de sangue fora do normal em hemofílicos seropositivos. Estas alterações manifestam-se apesar de um bom estado geral de saúde, com supressão viral eficaz. O tipo e duração da terapia antiretroviral parece ser um factor importante na determinação do tipo de gordura corporal a desenvolver, tal como a perturbação metabólica. (Alcorn, 2002)

No primeiro Workshop realizado sobre reacções adversas da terapêutica antiretroviral e Lipodistrofia no VIH, realizado em San Diego em Julho de 1999, várias apresentações sugeriram que os casos de alterações de gordura corporal podem ter uma causa multi factorial, apresentando uma causalidade mais complexa do que inicialmente se esperaria. Neste encontro foram identificados vários factores associados às alterações de gordura corporal, tais como: tipo e duração da terapia antiretroviral; duração da infecção por VIH; sexo; idade; raça; massa corporal e gordura corporal desde o início do tratamento. (Carr, et al., 2001)

A configuração do corpo é então um dos aspectos afectados por esta terapêutica, definindo-se tal por “Síndrome de Lipodistrofia” ou até “Síndrome pseudo-Cushing”, pseudo, porque as manifestações físicas da lipodistrofia assemelham-se às manifestações do síndrome de Cushing, mas não se trata da mesma doença. Já que esta deve-se a um nível elevado de hormona cortisol, facto não observado em sujeitos seropositivos com lipodistrofia. (Casquilho, 2000) A

lipodistrofia refere-se a uma alteração da distribuição de gordura corporal, apresentando contudo, critérios de diagnóstico pouco sensíveis, inespecíficos e imprecisos o que reflecte a imprecisão dos conhecimentos actuais sobre a patogénese daquela entidade. Os critérios mais sensíveis de diagnóstico parecem ser porém, o reconhecimento por parte do doente de um aumento do perímetro abdominal, acompanhado de uma redução de gordura na face e membros (Casquilho, 1999)

Quando surgiram os primeiros casos de tal síndrome, associou-se aos inibidores de protease (IP), mais actualmente a responsabilidade recai também sobre a terapêutica dos nucleósidos inibidores da transcriptase reversa (NITR). (Mansinho, 2001) Estas alterações foram numa primeira fase denominadas por “Crix belly” uma vez que foram identificadas em indivíduos que estavam a tomar inibidores de protease, particularmente o Crixivan (indinavir). Porém alguns pacientes que nunca tomaram inibidores de protease apresentam lipodistrofia. Logo parece que a lipodistrofia desenvolve-se em pessoas que estejam a fazer qualquer tipo de terapêutica antiretroviral. (Baldwin, 2000)

Uma equipa de investigação francesa liderada por Saint-Marc, (1999) cit. por Alcorn, (2000) propôs que as alterações de gordura corporal associadas a terapêutica HAART podem ser de facto o resultado de três mecanismos separados: síndrome de depleção de gordura, particularmente na zona subcutânea e abdominal, provavelmente relacionada com a medicação d4T; síndrome de redistribuição de gordura, perda de gordura subcutânea e abdominal e aumento de gordura na zona intra-abdominal ou visceral, possivelmente relacionada com o controle da replicação viral; (Alcorn, 2002)

Sob o ponto de vista clínico esta perturbação caracteriza-se por uma obesidade central, com redistribuição da gordura corporal, a qual se acumula em zonas específicas, consoante o sexo do indivíduo. As zonas dorso-cervicais (bossa de búfalo), zonas supra-claviculares, visceral, debaixo do queixo e mamas são as mais afectadas. Como tal, a gordura desloca-se para essas zonas, devido a um movimento da gordura subcutânea dos membros e da face, particularmente na região malar. A face perde a gordura da camada fina sob a pele, tornando as veias salientes depositando-se posteriormente noutras zonas. A perda de gordura sub cutânea é saliente na cara, braços e pernas. A perda de gordura na face causa um enrugamento da pele, que confere o aspecto de envelhecimento precoce e o afinamento dos membros superiores e inferiores tornando a pele elástica, e permitindo a visualização dos agrupamentos musculares e vasos sanguíneos superficiais. Também existem

descrições relativas a uma queda dos pêlos do corpo e diminuição dos níveis de testosterona. (Collins, et al., 2000)

A acumulação de gordura no abdómen, tanto no homem como na mulher, ocorre por detrás do músculo abdominal, logo a gordura parece ser mais firme ao toque do que a gordura subcutânea, a qual se situa imediatamente debaixo da pele. Tal leva a que a pessoa tenha mais dificuldades em respirar e tenha sensação de estar “cheio ou saciado” mais rapidamente quando come. (Foster, 1998)

A patogénese da síndrome de lipodistrofia surge relacionada com o uso da terapêutica antiretroviral (NTR), contudo a explicação definitiva para tal parece continuar desconhecida. Porém surge a hipótese da toxicidade dos NTR ou as perturbações selectivas do metabolismo do glicogénico hepático estarem associadas ao aumento da oxidação dos ácidos gordos, os quais se prendem com a conjugação da lipodistrofia para a distensão abdominal e lactocidemia (Mansinho, 2001)

Existem indicações de que a perda de gordura localizada é da responsabilidade do tratamento a longo prazo com os inibidores da transcriptase reversa análogos dos nucleótidos (NRTIS). Porém em San Diego vários investigadores de múltiplas nacionalidades defenderam que a lipodistrofia relaciona-se com estes medicamentos, particularmente o d4T, enquanto os inibidores de protease seriam os responsáveis pela redistribuição de gordura. (Casquilho, 1999). Parece que o risco de aparecimento desta síndrome surge duas a três vezes com maior frequência em pessoas a fazer a terapêutica d4T, porém tal não significa que seja este medicamento isolado a causa da lipodistrofia. Por outro lado, os indivíduos com lipodistrofia apresentam outros aspectos em comum como estarem já há alguns anos infectados e a fazer há bastante tempo antiretrovirais, situando-se numa faixa etária também mais avançada. (Gonzalez, 2002)

Apesar de não ter sido determinada uma relação causal entre a lipodistrofia e o aumento de lípidos no sangue, sabe-se que esta é mais frequente em indivíduos com altos valores de lípidos no sangue, ou com níveis de trigliceridos e de colesterol aumentados (Jaquet, et al., 2000) Não se sabe ao certo se a redução de lípidos no sangue contribui para a redução dos riscos do aparecimento de lipodistrofia. Contudo estudos indicam que os medicamentos antiretrovirais, tais como os inibidores de protease interferem com uma proteína no fígado que tem a função de eliminar a gordura da circulação, contudo não podemos ignorar que as diferenças genéticas e bioquímicas individuais desempenham um papel fundamental (Mansinho, 2001)

Numa tentativa de explicar a dinâmica química que ocorre entre as células e os medicamentos nucleósitos (ddc, D4T, AZT, ddI, 3TC, Abacavir) e nucleótidos (Adeforir, Tenofovir) para a eclosão da lipodistrofia. Consideramos existir dois tipos de células de gordura, ambas possuem mitocôndrias, as quais são responsáveis pelo metabolismo de gordura dentro da célula. As mitocôndrias são estruturas celulares, responsáveis pelo fornecimento de energia, como se tratasse de uma central “queimando” açúcares, como a glucose. (Casquilho, 1999) As mitocôndrias apresentam um código genético independente do da célula e também mais falível. Ao longo da vida da célula as mitocôndrias têm de se multiplicar várias vezes reproduzindo o código genético original. Ora o VIH no seu processo de reprodução usa elementos comuns ao das mitocôndrias e é neste processo que os medicamentos nucleósitos e nucleótidos entram em acção. Esses tentam impedir a reconstituição do código genético do VIH, inibindo a concretização do novo vírus. Os antiretrovirais além de agirem sobre o VIH, interferem com as mitocôndrias “intoxicando-as” provocando-lhes mutações não funcionais, particularmente em algumas células adiposas, as quais podem morrer provocando a perda de gordura superficial. Enquanto algumas células de gordura morrem, outras ficam perturbadas no seu funcionamento, devido à destruição das mitocôndrias, o que impede o processamento normal da entrada e saída de gordura. Os medicamentos promovem o atraso da saída de gordura destas células, as quais também absorvem a gordura circulante deixada pela destruição das outras células de gordura. (Martínez, 2002). Logo os açúcares não são absorvidos e acumulam-se como se tratasse de gorduras em zonas específicas do corpo.

As alterações sofridas nas mitocôndrias provocam perda de massa muscular, particularmente nas nádegas. Tal acontece com o uso prolongado de AZT. Em zonas com músculo dá-se a perda relativa do mesmo, uma vez que as células musculares são constituídas por muitas mitocôndrias, o que dificulta o processo de absorção de açúcar para transformar em energia. Tal também contribui para o aumento de triglicéridos no sangue. Isto leva a uma redistribuição de gordura anormal, facto agravado por factores hereditários, idade e o sexo do indivíduo. Os factores hormonais relativos à diferenciação sexual são responsáveis pelas diferenças de redistribuição anormal de gordura corporal entre sexos. (Meredith, 2000)

É também possível que uma das causas da lipodistrofia seja, simplesmente o vírus VIH, o qual pode interferir com processamento corporal normal dos açúcares e

gorduras. Alterações dos níveis de gordura no sangue, de gordura no corpo e a perda de peso, têm sido verificadas em indivíduos que não realizaram terapia antiretroviral. (Blanch, 2002)

Existe um questionário de auto determinação da lipodistrofia, desenvolvido pelo Norma Muurahainen, dos laboratórios Serono (1999), cit por Kotler, (2001) com o título original de Self- Ascertained Lipodystrophy Syndrome Assessment (SALSA), o qual avalia factores significativos relacionados com a composição corporal e o metabolismo. Este questionário tem sido usado por um grande número de pessoas que apresentam lipodistrofia. Contudo, para se confirmar a existência de lipodistrofia tem de existir um acordo de opinião quanto a tal, entre o paciente e o médico assistente. (Kotler, 2001).

As diferenças entre homens e mulheres com lipodistrofia são claramente uma questão importante e perante a qual não temos informação suficiente. A acumulação de gordura abdominal e nas mamas é mais frequente nas mulheres, enquanto a depleção de gordura nos braços, pernas face e nádegas está mais frequentemente relacionada com o homem (Kotler, 2001). Porém a morfologia e as alterações metabólicas estão muito relacionadas com o índice de massa corporal (IMC). (Kotler, 2001)

Dong et al., (1998), cit. por Carr, (2003) desenvolveram um estudo em Rhode Island EUA no qual identificaram 21 mulheres que comunicaram uma alteração no habitus corporal, entre 2 a 22 meses após o início do tratamento antiretroviral. Esta alteração foi confirmada pelos médicos que as acompanhavam. Os autores registaram aumentos do perímetro abdominal em 90% das mulheres, aumento da dimensão das mamas em 71%, emagrecimento dos membros em 43% e bossa de búfalo em 19%. Foram realizadas medições antropométricas, que concluíram que 90% das mulheres revelam uma relação cintura/anca elevadas. Esta foi a primeira comunicação oficial da lipodistrofia que descreve alterações em mulheres. O mesmo estudo refere que as mulheres após o início da terapêutica com inibidores da protease, apresentam como efeito secundário alterações significativas na forma do corpo. Cerca de 18% das mulheres em tratamento queixam-se de problemas entre a 6ª semana e 13,5 meses após o início da terapêutica. O estudo salienta que um problema importante, específico das mulheres é o aumento das mamas, tal como alterações no metabolismo do açúcar, o que pode levar a doenças cardiovasculares, com altíssima taxa de mortalidade.

Em Toulouse, Bonnet et al., (1998) cit por Collins, et al., (2000), identificaram sintomas físicos de lipodistrofia em 12% dos doentes em tratamento com antiretrovirais. Avaliaram oito sujeitos morfológicamente através de tomografia axial computadorizada (TAC), de absorcimetria dupla de raios X e metabolicamente através da medição de triglicéridos do soro, colesterol de lipoproteínas de alta densidade (HDL), globulina de ligação ao cortisol, doseamento de insulina e péptido C, em jejum e após teste de tolerância à glucose, leptina, função tiróideia, testosterona e dihidroepiandrosterona. A TAC confirmou uma redução de gordura dos membros inferiores nos 8 doentes e redução de gordura facial em 5.

Bernasconi et al., (1997), cit. por Fichtenbaum, et al., (1998) também encontraram concentrações de colesterol mais elevadas em indivíduos tratados com inibidores da protease quando comparados com um grupo que não fazia essa terapêutica. Além disso, também se verificou uma maior prevalência de hipertrigliceridemia e hiperuricemia.

Cooper et al., (1999), cit por Carr, et al., (2001) referem que as razões para a lipodistrofia poderão ser alterações patológicas no metabolismo da gordura e dos açúcares, induzindo diabetes mellitus II, e a longo prazo problemas coronários. Os autores identificam várias alterações observadas em parâmetros laboratoriais: diminuição da gordura total do corpo, aumento do colesterol, de HDL, subida de triglicéridos, aumento do peptídeo C e aumento da resistência à insulina. As alterações metabólicas acompanham as corporais, as quais não podem ser ignoradas pelos técnicos. Os autores chamam a atenção para que todos os que trabalham com VIH devem ter consciência da extrema tensão a que estes problemas sujeitam os doentes, os quais representam um impacto estético e obviamente emocional. Cooper et al. (1999) assumem que as alterações na forma do corpo são específicas da classe dos inibidores de protease. As crianças podem também ser afectadas, tal como os adultos, com uma distribuição reduzida da gordura após o início ou alteração da terapêutica antiretroviral. (Behrens, & Reinhold, 2005,)

Recentemente têm sido descritos mais sinais e sintomas associados à lipodistrofia. Além da anormal distribuição de gordura e das alterações metabólicas, denota-se a pele seca, o não crescimento das unhas dos pés, osteopénia e osteoporose. (Behrens & Reinhold, 2005)

Estudos relativos à qualidade de vida dos pacientes infectados com VIH referem que as mudanças corporais devido a este síndrome apresentam um importante

problema para os pacientes a fazerem (HAART). Pois as mudanças corporais operadas na lipodistrofia corroem a imagem do próprio e a auto-estima, estigmatizam os doentes, provocam problemas em relações sociais, sexuais e conduzem à depressão e à ansiedade. Muitos doentes adaptam-se às limitações da lipodistrofia para manter a sua sobrevivência. Contudo esta perturbação pode estar na base de comportamentos de não adesão à terapêutica, facto que coloca a vida em perigo, devido ao descontrole da infecção. (Blanch et al., 2002). Os autores verificaram ainda que os homens homossexuais pareciam ser mais vulneráveis ao impacto psicológico da lipodistrofia na qualidade de vida do que os pacientes heterossexuais. Por outro lado salientam que o uso de metadona, tranquilizantes ou antidepressivos estava associado a um maior impacto da lipodistrofia na qualidade de vida nos pacientes. (Blanch et al., 2002).

Martinez, et al., (2002) desenvolveram uma investigação com doentes a realizar terapêutica antiretroviral (HAART), e tentaram perceber quais os factores de risco para o desenvolvimento da lipodistrofia. Os achados revelam a existência de alterações moderadas a graves na distribuição dos depósitos de gordura corporal, denominados por lipoatrofia cutânea, obesidade central ou ambos em adultos a realizar a terapêutica (HAART) com dois nucleósidos de transcriptase reversa e pelo menos um inibidor de protease. Em 500 doentes observados, após 18 meses de observação, 17% apresentavam lipodistrofia, que aumentava para 23% após 24 meses de seguimento. Contudo, os doentes com lipodistrofia apresentavam um aumento dos seus CD4, com grande redução da carga viral e aumento dos triglicerídeos e colesterol em comparação com os doentes que não desenvolviam lipodistrofia. Este grupo de investigadores acabou por concluir que os factores de risco são multifactoriais e interligados e não podem ser atribuídos exclusivamente ao uso de um agente antiretroviral específico.

Um grupo de investigadores australianos liderado por Carr, et al., (2003) do Vincent's Hospital em Sidney recrutaram pacientes de 32 centros de todo o mundo e com base em questionários e de exames físicos, verificaram que 417 apresentaram pelo menos uma manifestação moderada ou grave de lipodistrofia, acúmulo difuso de gordura ou lipomatose. Outros 371 constituíram o grupo de controle.

A lipodistrofia assume-se como um problema com alguma gravidade e que envolve mesmo alguns riscos sérios, assim, o aumento de gordura no sangue pode elevar o risco de doenças cardíacas, é possível surgir acidose lática, rara mas eventualmente fatal, alterações na imagem corporal bastante perturbadoras. Esta

última pode potenciar paragem da terapêutica, devido ao medo de alterações da imagem corporal. (Aids infoNet 2002)

As transformações corporais podem ser inicialmente percebidas por familiares e amigos ou até pela própria pessoa. A maioria salienta que o impacto psicológico é significativo, afectando negativamente a imagem corporal, a auto-estima, a expressão da sensualidade e sexualidade, com redução acentuada do apetite sexual. Alguns indivíduos referem mesmo a dificuldade em exporem partes do corpo mais afectadas e a procura do uso de roupas que minimizem ou escondam as mudanças corporais. É patente a existência de dificuldades psicológicas vivenciadas, motivadas também pelo receio do estigma e da identificação da seropositividade, sendo referido por alguns seropositivos que a lipodistrofia promove a “Nova cara da Sida”. (Blanch, 2002)

Julian, (2001), do Hospital Geral de Montreal, cit. por Kotler, (2001) apresentou um questionário a 200 pacientes VIH positivos, incluindo 155 homens e 45 mulheres. O questionário referia-se a questões simples sobre as alterações operadas na imagem corporal e permitia determinar o grau de consciência, preocupação e perturbação relacionados com tais alterações, as quais seriam posteriormente discutidas com os técnicos. Verificou que a grande maioria dos sujeitos tinha perfeita consciência dessas alterações e apresentava grande preocupação quanto a este problema e não se observou qualquer diferença nas respostas, entre homens e mulheres. Contudo, doentes com mais de 50 anos estavam menos predispostos a discutir este problema com o seu médico.

Este síndrome está na base de grandes dificuldades de adesão à terapêutica antiretroviral, contudo sabe-se que a lipodistrofia não deve determinar a interrupção do uso da terapêutica antiretroviral, pois pode colocar em perigo a vida do doente com o agravamento a infecção. Pois com a paragem do mesmo os valores virais multiplicam-se rapidamente potenciando o aparecimento das doenças oportunistas. (Blanco, 2001)

Uma vez que as investigações apontam os I.P's (inibidores da protease) como os principais culpados da lipodistorfia, estes têm sido substituídos por outros antiretrovirais como nevirapina, efavirenze ou abacavir. Investigações sobre mudanças terapêuticas revelam melhorias nos níveis de soro (colesterol total e LDL, triglicéridos) e de resistência à acção da insulina. Porém, a paragem da toma dos inibidores da protease não surge associada à melhoria da lipotrofia. Contudo a paragem de análogos nucleósidos da timidina, stavudina ou zidovudina, podem levar a

uma recuperação lenta (meses ou anos) e um aumento moderado da gordura dos membros. (Moyle et al., 2005, cit. por Behrens & Reinhold, 2005).

É determinante a relação entre as práticas de adesão ao tratamento e a lipodistrofia, pois a imagem corporal fica afectada tendo o sujeito que reorganizar a sua auto imagem, enquadrando-a numa nova identidade pessoal e social. Esta nova identidade começa logo desde o primeiro diagnóstico positivo, a qual parece ser determinante para a forma como o indivíduo se cuida. A percepção do indivíduo em relação à doença e ao seu próprio corpo influenciam o grau de regulação e as estratégias utilizadas para fazer frente à infecção. Tomar a medicação já é só por si uma associação ao estar doente. Quando o sujeito inicia a terapêutica, na sua fantasia deixa de ser simplesmente o portador assintomático e passará a ter doenças, mesmo que não tenha de facto. Um paciente que se sente bem ou não tem sintomas de nenhuma doença resiste em começar a tomar os medicamentos podendo até tomá-los de forma incorrecta, esquecendo-se das tomas. (Blanch, 2002) Ora se já por si a toma da medicação se assume como um processo penoso e meticuloso, quando associada à lipodistrofia, em que o corpo muda e assume a “face da Sida” é compreensível que tal leve a uma rejeição perante a terapêutica. Porém devem ser analisadas as vantagens e desvantagens da manutenção do processo terapêutico, partindo sempre do princípio que a lipodistrofia é o preço a pagar pela manutenção de mais anos de vida.

Uma vez que a etiologia da lipodistrofia ainda não é muito bem conhecida, as medidas relativas ao tratamento também são muito incipientes. Até porque as alterações corporais podem continuar a desenvolverem-se ou até parar e melhorar sem que nada se faça. Algumas pessoas mudam a sua terapêutica antiretroviral, parando os consumos de inibidores de protease. Contudo não existem evidências de que a lipodistrofia desapareça com tal paragem. Os depósitos de gordura podem ser cirurgicamente removidos, ou até retirados pela lipoaspiração. Alguns médicos desaconselham a lipoaspiração, pois chamam a atenção para o facto de que a localização da gordura abdominal é por detrás do músculo e em torno dos órgãos internos tornando bastante difícil e perigoso essa intervenção. Quando tal é realizado a gordura tende novamente a localizar-se nessa zona, podendo também levar a um risco de infecção secundária. Os implantes faciais começam a ser utilizados, apresentando contudo alguns riscos e com resultados temporários, por outro lado, a perda de gordura nos braços e pernas é praticamente irreversível. A hormona de crescimento ou a testosterona podem ajudar a diminuição de alguns sintomas, tais como as alterações

da imagem corporal. Existem dados de que o exercício físico é benéfico e uma mudança de dieta, pobre em gorduras e açúcares e rica em fibras. Os valores elevados de colesterol e glucose devem ser tratados com terapêutica adequada. (Jordi, 2002)

Existe a indicação da existência de indivíduos não especializados a realizarem reconstruções faciais, tal acontece por exemplo em Miami. Sem perguntas e pelo preço de 50 dólares, um técnico injecta silicone na face dos doentes. Produto que foi banido na maior parte dos países para fins de cirurgia estética. Também este produto tem tendência a deslocar-se do local onde é injectado. (Manuel, 2001)

Para o tratamento da lipodistrofia estão a ser desenvolvidos alguns estudos, relativos ao uso de ácido polilactico para o preenchimento das cavidades faciais, de nome: Newfill. (Manuel., 2001) Dados mais recentes apontam a utilização de injeções subcutâneas repetidas de ácido poli-L-láctico (Sculptra e New-Fill). (Valantin et al., 2003; Lafaurie, et al., 2003, cit. por Behrens & Reinhold, 2005). Em 2004, o Sculptra foi aprovado pela organização Food and Drug Administration, como substância injectável possível para correcção de perda de gordura facial em sujeitos VIH positivos.(Behrens, & Reinhold, 2005)

O doente VIH positivo a fazer terapêutica antiretroviral deve ter determinados cuidados com o objectivo de evitar ou minimizar determinadas problemáticas. Assim de acordo com Davis, (2002) a quantidade de fibras, álcool e gorduras na dieta podem desempenhar um papel importante na lipodistrofia associada ao VIH. Apesar de existirem ainda imensas dúvidas sobre a etiopatogenia desta anomalia, o estudo desenvolvido por este autor sugere que mudanças dietéticas poderão ajudar os doentes com este problema. Então as gorduras poli-insaturadas o álcool e a ausência de fibras estão fortemente associados à insulinoresistência e à hipercolesterolemia. Parece existir uma associação entre teores baixos de fibra, teores elevados de gordura poli-insaturada e a insulinoresistência. Além disso, quantidades elevadas de álcool estão associadas a níveis elevados de colesterol-LDL. (Davis, 2002)

A manutenção de uma boa aparência física e saúde são objectivos significativos para muitos doentes. Uma dieta apropriada e exercício físico planeado são necessários para conseguir estes objectivos e podem ajudar a maximizar a quantidade e qualidade de vida de doentes infectados com VIH.

A lipodistrofia levanta imensas questões em torno da imagem corporal e auto-estima nos indivíduos em que se começa a manifestar este síndrome. Muitos referem que não se olham ao espelho, que não querem ver ninguém, acreditam que ninguém

os desejaria sexualmente, pois têm estampado na cara o sinal da doença, particularmente da Sida. Estes indivíduos isolam-se sentem-se sós, inseguros, monstruosos com vergonha do seu corpo. (Davis, 2002)

Fletcher, (2001), cit. por Jordi, (2002), no 3º workshop internacional sobre resistência terapêutica e lipodistrofia em Atenas, refere que o síndrome da lipodistrofia apresenta-se como uma manifestação espectacular relativamente às proporções corporais e dos processos metabólicos. O corpo está inquestionavelmente afectado não só na sua integridade celular como imagem corporal, é interessante reflectir sobre o facto de o indivíduo conseguir reagir psicologicamente à primeira afecção, sabe que tem um período de vida limitado, que o seu sistema imunitário está num estado de imunossupressão mas que a terapêutica antiretroviral permite uma maior longevidade. Porém uma segunda questão se coloca, esta surge como consequência da terapêutica e tal diz respeito a uma anormalidade na distribuição de gordura corporal, tendo efeitos particularmente visíveis que implicam alterações na imagem corporal. O síndrome da lipodistrofia parece ser vivido com muita dificuldade pelo sujeito VIH positivo, eles têm medo do estigma associado à “imagem da Sida”, pois imaginam que com a perda de gordura na face e membros, as pessoas vão começar a perceber que eles têm Sida e vão discriminá-los. Estas questões apresentam-se como um sério problema que se coloca perante a qualidade de vida destes indivíduos. Willis, (2002) do Centro Australiano de Saúde, Sexo e Sociedade descreveu a lipodistrofia como uma “ironia cruel”, para os que tomam a medicação antiretroviral. Pois este síndrome surge associada a uma “forma corporal inconstante”, (p32) o que promove um tremendo impacto na vida social, uma vez que 70% dos pacientes VIH positivos que têm lipodistrofia apresentam como óbvio e visível para os outros a infecção. Como consequência estes 70% de infectados revelam questões psicológicas particulares, como tristeza, infelicidade, facto que se prende com a sua imagem, sentindo-se inquestionavelmente pouco atractivos e doentes aos olhos dos outros. Muitos VIH positivos com lipodistrofia sentem-se esquisitos, grotescos, deformados, não amados e incapazes de o serem. (Willis, 2002) Neste contexto, é comum a perda do desejo sexual e o bem-estar sexual e como consequência de tudo isto muitos deprimem apresentando ideias e até tentativas de suicídio. (Willis, 2002)

Existem referências de como uma ajuda psicológica ajuda outro tipo de doentes a viver com deformações corporais, facto que pode ajudar os pacientes

infectados com VIH, particularmente com lipodistrofia, ou pelo menos pode assumir-se como um ponto de partida.

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

1. Justificação do estudo

Esta investigação assume-se como a continuação da tese de mestrado, onde a autora investigou a imagem corporal na toxicodependência, tendo concluído que os indivíduos toxicodependentes apresentam distorção da imagem corporal. (Gomes, 2002) Assim, pareceu-nos pertinente introduzir a variável VIH e verificar até que ponto a existência desta infecção em toxicómanos ainda se assume como factor determinante para uma mais efectiva distorção da imagem corporal. A partir daqui podemos relacionar até que ponto a infecção VIH identifica uma relação particular do sujeito com o seu corpo.

2. Problema

Em função da fundamentação teórica recolhida, assume para nós particular pertinência a seguinte questão:

Existirão diferenças significativas quanto à representação da imagem corporal, entre um grupo de homens e mulheres toxicodependentes VIH positivo em situação de seropositividade assintomática e outro grupo de homens e mulheres toxicodependentes VIH positivos com história de infecções oportunistas (incluindo complexo relacionado com Sida e Sida) e homens e mulheres toxicodependentes VIH negativos ?

3. Método

3.1. Objectivos

3.1.1. Objectivos Gerais

O presente estudo pretende comparar a imagem corporal entre três grupos, sendo estes, um grupo de sujeitos toxicodependentes VIH positivos, em estado de seropositividade assintomática, outro de VIH positivos com história de infecções oportunistas (incluindo complexo relacionado com Sida e Sida) e outro grupo de toxicodependentes VIH negativos.

3.1.2. Objectivos Específicos

Ao nível da imagem corporal estaremos atentos aos seguintes aspectos:

- Comparar os três grupos, quanto à relação entre medidas reais (MR) e medidas imaginárias (MI);
- Como se efectua a adequação entre as medidas reais (MR) e as imaginárias (MI), nos três grupos;
- Comparar o grupo de VIH negativos com o grupo de VIH positivos (assintomáticos e com infecções oportunistas), quanto à adequação entre medidas reais (MR) e medidas imaginárias (MI);
- Comparar os dois grupos VIH positivos (assintomáticos e com infecções oportunistas), quanto à adequação entre medidas reais (MR) e medidas imaginárias (MI);
- Analisar se existem diferenças entre os sexos ao nível da representação da imagem corporal entre os três grupos;
- Verificar a existência ou não de distorção da imagem corporal nos grupos;
- Verificar se os sujeitos com tempos de consumo de drogas mais alargados revelam maior distorção da imagem corporal;
- Verificar se existe alguma relação entre a via de contágio do VIH e a distorção da imagem corporal;
- Verificar se existe relação entre o tempo da realização do tratamento antiretroviral e a distorção da imagem corporal;
- Verificar se existe relação entre as habilitações académicas e a distorção da imagem corporal.

3.2. Participantes

3.2.1. Selecção e caracterização

Para a realização do presente estudo utilizou-se uma amostra de conveniência com um total de 96 indivíduos, tendo estes formado três grupos distintos. Cada um desses grupos é constituído por 32 elementos, divididos em dois sub grupos de 16 homens e 16 mulheres toxicodependentes. Os grupos são constituídos por: um grupo de sujeitos toxicodependentes VIH positivos em estado de seropositividade assintomática, outro de toxicodependentes VIH positivos com história de infecções oportunistas (incluindo complexo relacionado com Sida e Sida) e o terceiro de toxicodependentes VIH negativos.

Para recrutamento da amostra dos três grupos recorreu-se ao Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria em Lisboa, mais concretamente na consulta de adicção que decorre todas as segundas feiras. Neste dia os sujeitos procuram o serviço para irem levantar as tomas de metadona, terem consultas de psiquiatria, psicologia e participarem em grupos de auto ajuda. São realizados dois grupos de auto ajuda às segundas-feiras, o primeiro que reúne de manhã é constituído por indivíduos toxicodependentes VIH positivos, situados em várias fases da infecção pelo VIH, o segundo grupo reúne à tarde e é constituído por indivíduos toxicodependentes VIH negativos. É um serviço que recebe uma grande afluência de sujeitos da área da grande Lisboa.

Os dados para investigação foram recolhidos durante o mês de Agosto de 2003, para tal a investigadora dirigiu-se ao serviço de doenças infecto-contagiosas do Hospital de Santa Maria, aqui indicaram-lhe que o mais adequado seria o serviço de psiquiatria do mesmo hospital, particularmente na consulta de adicção dirigida pelo Prof. Doutor Nuno Félix da Costa, ao qual a investigadora se dirigiu. Depois e ter apresentado os objectivos do trabalho a realizar e que metodologia a usar, o Director do serviço permitiu a realização do estudo nesse serviço. Perante tal aceitação a investigadora iniciou o processo de recolha de dados imediatamente.

Aspectos como: o sexo, drogas consumidas, situação quanto ao VIH, apresentam-se como variáveis de controlo.

O tempo médio de adicção no grupo de seronegativos para o VIH é de 10,50 anos, no grupo de seropositivos para o VIH, com infecções oportunistas é de 12,34 e no grupo de seropositivos para o VIH assintomáticos é de 11,34. Para todos a droga

de eleição é a heroína, apesar da maioria deles afirmar que fez experiências com outras, contudo todos se assumiram como heroinómanos. Na altura de recolha de dados todos afirmaram estar “limpos”, sem consumirem heroína, sendo esta a substância problema.

O grupo de seropositivos com infecções oportunistas revela uma média de idades de 32,4 anos, o grupo seronegativo de 29,5 anos e o grupo seropositivo assintomático de 31,2 anos.

Tabela 1: Médias dos grupos

Médias dos Grupos	IO	SNEG	ASSI
Idades	32,44	29,50	31,25
Tempo de VIH	9,53	-	5,13
Tempo de consumo de retrovirais	7,19	-	4,3*
Tempo de toxicodependente	12,34	10,50	11,34

* N=20

IO – Grupo de toxicodependentes com infecções oportunistas, para o VIH;

SNEG – Grupo de toxicodependentes seronegativos para o VIH;

ASSI – Grupo de toxicodependentes seropositivos assintomáticos para o VIH.

Em relação às habilitações académicas, o primeiro grupo apresenta, na sua maioria habilitações até ao 9º ano (68,7%), seguindo-se o do 10º ao 12º anos de escolaridade (31,3%). O segundo grupo situa-se maioritariamente nas habilitações até ao 9º ano (46,9%), com 40,6% situados entre o 10ª e 12º anos e por fim 12,5% têm frequência universitária. Para o grupo de seropositivos assintomáticos, denota-se que a maioria, tem instrução até ao 9º ano (65,6%), 25% frequentou entre o 10º e o 12º anos de escolaridade e meramente 9,4% assume frequência universitária.

Tabela 2: Habilitações académicas

Habilitações	IO		SNEG		ASSI	
	N	%	N	%	N	%
Até 9º ano	22	68,75%	15	46,88%	21	65,62%
10 ao 12º ano	10	31,25%	13	40,62%	8	25,00%
Ensino superior	-	0,00%	4	12,50%	3	9,38%

O grupo de seropositivos em estado assintomático apresenta uma média de tempo de infecção de 5,13 anos e só 20 indivíduos, dos 32 estudados referiram estar a fazer terapêutica antiretroviral, com uma média de 4,3 anos. Estes referem ainda que a via de contágio dominante foi a injectada (68,8%), para 25% foi a via sexual e para

6,2% a via é desconhecida. Os seropositivos com infecções oportunistas assumem uma média de tempo de infecção pelo VIH de 9,53 e de tempo de terapêutica antiretroviral de 7,19 anos. Nestes, a via de contágio mais comum foi também a injectada (71,9%), para 18,8% a via sexual e 9,3% afirmam desconhecer qual foi a via de infecção.

Tabela 3: Via de infecção do Vih

Via infecciosa do VIH	IO		ASSI	
	N	%	N	%
Seringa	23	71,87%	22	68,75%
sexual	6	18,75%	8	25,00%
não sabe	3	9,38%	2	6,25%

3.3. Instrumentos

3.3.1. Entrevista Estruturada

Os instrumentos criados ou incluídos num determinado estudo devem ser escolhidos em função dos objectivos e da natureza das questões colocadas pela investigação em causa.

Assim sendo, interessava-nos a recolha de alguns dados determinantes para a selecção dos sujeitos que constituiriam a amostra. Esta entrevista surgiu a partir da necessidade em controlar algumas variáveis em ambos os grupos como: sexo e situação quanto ao VIH. Tal como, recolher informações determinantes em cada um dos grupos, estas foram:

- Idade;
- Habilitações académicas;
- Substâncias consumidas;
- Tempo de consumo
- Via de Consumo;
- Situação quanto ao VIH;
- Se o sujeito era VIH positivo, questionávamos:
 - Há quanto tempo é seropositivo;
 - Como contraiu o VIH;
 - Se já teve infecções oportunistas, se já quais;

- Se está a efectuar tratamento antiretroviral;
- Se faz tratamento antiretroviral, há quanto tempo.

Os indivíduos foram também questionados quanto à sua altura e peso, no sentido de tal medidas funcionarem como um ajustamento cognitivo perante a possibilidade de medir o corpo.

A entrevista abordou em concreto e exclusivo estes temas, passando de seguida à recolha das medidas. De acordo com o modelo da entrevista é sublinhada a necessidade de aceitação do entrevistado perante a sua participação, a confidencialidade das respostas e a livre opção em responder a cada uma das questões. (Anexo A)

3.3.2. Grelha de Medidas Reais e Imaginárias

Este instrumento é uma réplica da grelha de Glev utilizada no estudo realizado por Gloria Leventhal em 1983, do departamento de psicologia da Universidade de William Paterson, em New Jersey. Tal como o presente estudo, também este teve como objectivo determinar a existência de distorção da imagem corporal em sujeitos toxicodependentes. Tendo sido efectuado, para esse efeito um estudo comparativo entre grupos: toxicodependentes / não toxicodependentes. Foi feito um pedido à autora por mail, para autorizar a aplicação e adaptação da grelha à presente investigação. (Anexo B)

Foi elaborada uma espécie de grelha, onde se recolhiam medidas relativas a 22 partes do corpo de cada sujeito. A primeira refere-se às medidas imaginárias e a segunda às medidas reais, ambas abordavam as mesmas partes do corpo. Estas partes do corpo eram estimadas em termos bidimensionais, isto é, verificava-se o comprimento e a largura de cada uma dessas partes. As medidas foram atribuídas em cm, ao contrário da grelha original, em que as medidas foram definidas em glevs, em que cada glev equivalia a 25 polegadas.

A grelha foi organizada de acordo com 4 regiões do corpo: a região da cabeça, que corresponde a medidas de largura e comprimento; o pescoço também é estimado em largura e comprimento. A segunda região refere-se à do tronco, aí pedia-se as medidas das costas, também em largura e comprimento; do peito, cintura, anca e distância entre a cintura e a anca. De seguida temos a região dos braços, aqui todas as medidas foram exploradas bidimensionalmente, estas foram: a parte superior do braço, parte inferior do mesmo e a mão. Por fim, temos a região das pernas também

averiguada em largura e comprimento, verificamos a parte superior da perna, parte inferior e o pé. Todas estas zonas completam um total de 22 partes do corpo, tal como foi realizado no estudo americano (Anexo C). A autora do presente estudo já utilizou esta grelha, numa investigação anterior. (Gomes, 2002)

Tal como a autora da grelha Leventhal (1983) consideramos que esta nos possibilita aceder à imagem do corpo dos sujeitos. Uma vez que a imagem corporal pode ser definida como uma imagem, ou qualquer espécie de representação que cada indivíduo processa de si próprio e que se desenvolve e modifica a partir de experiências pessoais, percepções, pensamentos e emoções. É um mapa psicológico e subjectivo, mas ao mesmo tempo perceptivo do corpo, o qual é usado como referência para a percepção de si.

Logo salientamos que as medidas sobre o nosso corpo definem por si só uma representação do mesmo. Seja essa representação puramente psicológica, quando apelamos às medidas imaginárias ou uma representação física e concreta, neste caso as medidas reais. Portanto, tudo que ponha o sujeito em confronto com a imagem mental do seu corpo, assume-se como uma estratégia em aceder à imagem corporal do mesmo. Como tal, defendemos que a possibilidade de estimular o sujeito a imaginar medidas bidimensionais do seu corpo é pô-lo em confronto com a projecção do seu imaginário perante o corpo, logo, aceder à dimensão da imagem corporal do mesmo. Numa primeira fase solicita-se ao sujeito que imagine as medidas em cm de 22 partes do seu corpo.

De seguida, Leventhal (1983) assumiu a importância de definir uma dimensão real do corpo e aí enquadram-se as medidas reais. Para a sua determinação mede-se as 22 partes do corpo do sujeito com uma fita métrica e assim acedemos a uma imagem real do corpo de cada indivíduo, construída a partir de um conjunto de medidas concretas.

Jogando com estas duas recolhas de informação, uma real e outra imaginária procedeu-se à sua comparação. Neste seguimento, Leventhal (1983) defende que se a partir da grelha das medidas imaginárias acedemos à imagem corporal do sujeito (corpo imaginário, na linguagem de Sami-Ali) e pela grelha das medidas reais à imagem em concreto (corpo real). Então podemos compara-las e perceber até que ponto a imagem corporal está ou não desfasada do corpo real.

Deste modo, estamos perante um método preditor da existência ou não de distorção da imagem corporal. Quanto mais as medidas imaginárias estiverem

afastadas das reais, mais próximo estamos de uma distorção da imagem corporal. Quanto mais próximos estiverem as medidas imaginárias das reais, mais afastados estamos da existência de distorção da imagem corporal.

3.4. Procedimentos

A autora dirigiu-se ao Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, particularmente à consulta de adicção. Aí foram recolhidos os dados do respectivo trabalho de investigação, este processo decorreu durante o mês de Agosto de 2003. Tal serviço apresenta uma óptima vantagem, a de ter um número extremamente vasto de indivíduos em seguimento, dos quais uma boa parte são VIH positivos.

Foi no serviço acima mencionado que foi recolhido a grande maioria dos sujeitos do estudo. Contudo a autora dirigiu-se ainda à Associação Abraço, onde solicitou também a possibilidade de recolha de dados referentes a alguns indivíduos VIH positivos e toxicodependentes. Para tal a investigadora, explicou os objectivos do estudo à Directora da Abraço a Dr. Maria José Campos, a qual contactou alguns sujeitos que participaram no estudo.

Foi mais fácil recolher os dados referentes aos homens, em qualquer um dos grupos, do que de mulheres, revelando que existe um número muito menor de mulheres em seguimento nas consultas de toxicodependência do Hospital de Santa Maria. A grande maioria dos indivíduos aderiu facilmente ao estudo, verificando-se contudo cinco sujeitos que rejeitaram quando foram solicitados.

Os dados que diferenciam os indivíduos como Toxicodependentes VIH positivos, com seropositividade assintomática, ou com história de infecções oportunistas ou VIH negativos, são referidos por cada um dos sujeitos, nas questões efectuadas na fase inicial de entrevista.

A recolha de dados dos grupos, incluindo a entrevista e as medidas reais e imaginárias demorou aproximadamente 20 minutos, por sujeito.

O momento inicial incluiu nos três grupos, uma introdução explicativa sobre o tipo de estudo a realizar assim como os objectivos a alcançar. Salientando a necessidade dos grupos serem constituídos por 16 homens e 16 mulheres toxicodependentes, em que um deles é representado por sujeitos VIH negativos, outro de VIH positivos, com seropositividade assintomática e o outro de VIH positivos com história de infecções oportunistas (complexo relacionado com Sida e Sida).

Após a realização da entrevista, que demorou aproximadamente 5 minutos, por sujeito, em ambos os grupos, foi explicada a actividade seguinte e esclarecido com cada sujeito o que representa 1 cm em termos reais, em que a investigadora mostrava ao sujeito uma régua. De seguida explicava-se aos sujeitos que a mesma iria fazer perguntas sobre o corpo em termos de medidas e que provavelmente não saberiam a resposta correcta, tendo unicamente que imaginar, sem que para tal se servissem de qualquer apoio ou truque. O que interessava no primeiro tempo é que imaginassem.

É curioso que perante tal, alguns indivíduos, apesar de não recusarem o processo de imaginar medidas sobre o seu corpo, resistiam, parecendo que a solicitação para a imaginação era algo extremamente complicado.

Após esta fase, explicava-se ao sujeito que iríamos verificar as medidas reais com uma fita métrica. Na maior parte dos casos os indivíduos até reagiam com alguma boa disposição e curiosidade, para verificar se os valores coincidiam. Esta atitude foi patente em todos os grupos. Era o próprio sujeito que media as partes do seu corpo, apesar da autora ajudar, em particular na cabeça, costas e por vezes pescoço. No geral todos apresentaram uma atitude muito autónoma, interessada e bem disposta.

No fim da recolha, foi dada a oportunidade a cada sujeito para esclarecer dúvidas ou colocar questões. Tal situação foi particularmente interessante, muitos sujeitos queixavam-se do seu corpo, do emagrecimento, de infecções, de danos provocados pelo prolongado consumo de drogas. Outros revelavam o medo que a evolução da doença lhes suscitava, muitos pareciam precisar de conversar e esperavam da parte da investigadora interesse e até apoio psicológico.

4. Apresentação dos Resultados

Para efeitos de análise foi feita a diferença entre as medidas reais e as medidas imaginárias, no sentido de determinar a margem de erro que cada elemento apresenta da sua imagem corporal.

(Medidas Reais) – (Medidas Imaginárias) = Margem de erro da Imagem Corporal

Daqui surgem resultados negativos e outros positivos. Os resultados negativos significam que o sujeito representa a sua imagem com medidas superiores às que realmente tem. Os resultados positivos significam uma representação do corpo com medidas inferiores às reais. Assim, quanto mais o resultado desta diferença se aproxima do zero, maior é a equivalência entre medidas reais e imaginárias e logo mais próxima do real será a representação da imagem corporal.

Interessa saber se o erro médio entre MR e MI é ou não idêntico entre os 3 grupos, isto é, se existem diferenças entre a representação da imagem corporal entre os grupos.

Para que não haja distorção, pois temos valores positivos e negativos, em que as médias tendem para zero, vamos calcular as médias das diferenças entre o real e o imaginário em valor absoluto. Em que o que interessa é a percepção do corpo em termos de tamanho.

Como a distribuição das variáveis em estudo não é normal e as variâncias não são homogêneas, não é possível efectuar o teste paramétrico da análise de variância (ANOVA) para comparação das médias dos 3 grupos. Assim, tivemos que usar um teste não paramétrico. Para quantificar a percepção da imagem corporal, a partir da diferença entre MR e MI, foram criados três intervalos de erros. Assim vamos supor que:

0. No intervalo de erro entre $[- 3 , 3]$ - O indivíduo representa uma correspondência entre MR e MI. O que significa uma imagem corporal semelhante ao corpo real. (MR=MI);
1. No intervalo de erro entre $[- \infty , - 4]$ - O indivíduo representa dificuldades na correspondência entre MR e MI. Denotando-se MI significativamente maior que MR. (MR<MI), existe distorção da imagem corporal;
2. No intervalo de erro entre $[+ 4 , + \infty]$ - O indivíduo representa dificuldades na correspondência entre MR e MI. Denotando-se MR significativamente maior que MI. (MR>MI), existe distorção da imagem corporal.

Pretendemos saber se existem diferenças de percepção da imagem corporal nos 3 grupos, para tal usamos o teste de Kruskal-Wallis (verifica-se a igualdade de forma das distribuições). O Teste de Kruskal-Wallis pode ser considerado como a alternativa não paramétrica à ANOVA Oneway (Kruskal & Wallis, 1952).

As hipóteses são:

Ho: As distribuições dos 3 grupos são iguais em tendência central.

H1: Existe pelo menos um grupo que difere em tendência central.

Uma vez que foram aferidas 22 partes do corpo, com o objectivo de comparar as medidas reais e imaginárias entre SNEG, ASSI e IO, vamos proceder à análise comparativa das mesmas, entre os grupos.

Tabela 4: Relação entre MR e MI para a cabeça em largura

Intervalo		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	0	0,0%	1	3,1%	6	18,8%
1	MR < MI	3	9,4%	4	12,5%	1	3,1%
2	MR > MI	29	90,6%	27	84,4%	25	78,1%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		2	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	2,528	df	2	Asymp. Sig	0,282

Sendo a probabilidade de significância = $0,282 > \alpha = 0,05$, aceitamos Ho e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os grupos. A moda situa-se nos 3 grupos no intervalo MR > MI, os 3 grupos representaram-se inferiores ao real.

Tabela 5: Relação entre MR e MI para a cabeça em comprimento

		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	2	6,3%	2	6,3%	6	18,8%
1	MR < MI	4	12,5%	7	21,9%	3	9,4%
2	MR > MI	26	81,3%	23	71,9%	23	71,9%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		2	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	1,176	df	2	Asymp. Sig	0,555

Para a probabilidade de significância = $0,555 > \alpha = 0,05$, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os grupos. A moda situa-se nos 3 grupos no intervalo $MR > MI$, os 3 grupos representaram-se inferiores ao real.

Tabela 6: Relação entre MR e MI para o pescoço em largura

		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	6	18,8%	7	21,9%	14	43,8%
1	MR < MI	4	12,5%	5	15,6%	4	12,5%
2	MR > MI	22	68,8%	20	62,5%	14	43,8%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		0a	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	5,502	df	2	Asymp. Sig	0,064

Com a probabilidade de significância = $0,064 > \alpha = 0,05$, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os grupos. A moda situa-se nos grupos ASSI e IO no intervalo $MR > MI$. No grupo SNEG, a classe modal está nos intervalos $MR=MI$ e no $MR>MI$, este grupo revela uma maior adequação entre MR e MI, logo, menor distorção da imagem corporal nesta zona do corpo.

Tabela 7: Relação entre MR e MI para o pescoço em comprimento

		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	18	56,3%	11	34,4%	20	62,5%
1	MR < MI	14	43,8%	20	62,5%	12	37,5%
2	MR > MI	0	0,0%	1	3,1%	0	0,0%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		0		1		0	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	6,014	df	2	Asymp. Sig	0,049

Para a probabilidade de significância = $0,049 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existe pelo menos um grupo que tem uma percepção da imagem corporal diferente dos restantes. A moda (Mo), no grupo ASSI e SNEG está situada no intervalo MR = MI enquanto os sujeitos do grupo IO representam-se maiores que a realidade, estando no intervalo MR < MI.

Tabela 8: Relação entre MR e MI para as costas em largura

		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	1	3,1%	7	21,9%	11	34,4%
1	MR < MI	17	53,1%	15	46,9%	15	46,9%
2	MR > MI	14	43,8%	10	31,3%	6	18,8%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		1		1		1	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	9,74	df	2	Asymp. Sig	0,008

Para a probabilidade de significância = $0,008 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existe pelo menos um grupo que tem uma percepção da imagem corporal diferente dos restantes. Embora a Moda (Mo) se encontre no intervalo MR < MI nos 3 grupos, o grupo dos SNEG revela uma percentagem maior de MR=MI e uma percentagem menor de MR>MI relativamente aos outros grupos. O que significa menor distorção da imagem corporal para este grupo, comparativamente com os outros.

Tabela 9: Relação entre MR e MI para as costas em comprimento

		Costas Comprimento					
		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	4	12,5%	4	12,5%	10	31,3%
1	MR < MI	21	65,6%	23	71,9%	17	53,1%
2	MR > MI	7	21,9%	5	15,6%	5	15,6%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		1		1		1	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	2,964	df	2	Asymp. Sig	0,227

Com a probabilidade de significância = $0,227 > \alpha = 0,05$, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os grupos. A moda situa-se nos 3 grupos no intervalo $MR < MI$, os 3 grupos representaram-se maiores que o real. Embora a Moda (Mo) esteja no intervalo $MR < MI$ nos 3 grupos, o grupo dos SNEG tem uma percentagem maior de $MR=MI$ e uma percentagem menor de $MR<MI$ relativamente aos outros grupos. O que revela menor distorção da imagem corporal neste último grupo, para a zona em questão.

Tabela 10: Relação entre MR e MI para o peito

		Peito					
		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	2	6,3%	6	18,8%	11	34,4%
1	MR < MI	5	15,6%	9	28,1%	10	31,3%
2	MR > MI	25	78,1%	17	53,1%	11	34,4%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		0a	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	13,389	df	2	Asymp. Sig	0,001

Sendo a probabilidade de significância = $0,001 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existe pelo menos um grupo que tem uma percepção da imagem corporal diferente dos restantes. A Moda (Mo) situa-se no intervalo $MR > MI$ nos grupos ASSI e IO, no grupo dos SNEG as frequências estão distribuídas pelos intervalos.

Tabela 11: Relação entre MR e MI para a cintura

		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	5	15,6%	3	9,4%	12	37,5%
1	MR < MI	6	18,8%	6	18,8%	9	28,1%
2	MR > MI	21	65,6%	23	71,9%	11	34,4%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		0	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	11,822	df	2	Asymp. Sig	0,003

Para a probabilidade de significância = $0,003 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existe pelo menos um grupo que tem uma percepção da imagem corporal diferente dos restantes. A Moda (Mo) situa-se no intervalo MR > MI nos grupos ASSI e IO. No grupo dos SNEG, a Moda (Mo) está no intervalo MR=MI mas verifica-se que as frequências estão distribuídas pelos intervalos. Este último grupo releva menos distorção da imagem corporal para esta zona do corpo.

Tabela 12: Relação entre MR e MI para a anca

		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	2	6,3%	3	9,4%	10	31,3%
1	MR < MI	5	15,6%	7	21,9%	4	12,5%
2	MR > MI	25	78,1%	22	68,8%	18	56,3%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		2	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	5,084	df	2	Asymp. Sig	0,079

Com a probabilidade de significância = $0,079 > \alpha = 0,05$, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os grupos. A moda situa-se nos 3 grupos no intervalo MR > MI, os 3 grupos representaram-se inferiores ao real.

Tabela 13: Relação entre MR e MI para a distância da cintura à anca

		Cintura / Anca					
		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	8	25,0%	13	40,6%	21	65,6%
1	MR < MI	8	25,0%	4	12,5%	6	18,8%
2	MR > MI	16	50,0%	15	46,9%	5	15,6%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		0	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	11,957	df	2	Asymp. Sig	0,003

Sendo a probabilidade de significância = $0,003 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existe pelo menos um grupo que tem uma percepção da imagem corporal diferente dos restantes. A Moda (Mo) situa-se no intervalo MR > MI nos grupos ASSI e IO. No grupo dos SNEG, a Moda (Mo) está no intervalo MR=MI, logo este grupo revela menor distorção da imagem corporal.

Tabela 14: Relação entre MR e MI para o braço superior em largura

		Braço superior Largura					
		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	5	15,6%	6	18,8%	12	37,5%
1	MR < MI	2	6,3%	6	18,8%	6	18,8%
2	MR > MI	25	78,1%	20	62,5%	14	43,8%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		2	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	7,708	df	2	Asymp. Sig	0,021

Para a probabilidade de significância = $0,021 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existe pelo menos um grupo que tem uma percepção da imagem corporal diferente dos restantes. A Moda (Mo) situa-se no intervalo MR > MI nos 3 grupos mas, no grupo dos SNEG, a percentagem de indivíduos no intervalo MR = MI é de 37,5%, muito próximo do intervalo da Moda que é de 43,8%.

Tabela 15: Relação entre MR e MI para o braço superior em comprimento

Braço superior comprimento							
		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	5	15,6%	8	25,0%	15	46,9%
1	MR < MI	7	21,9%	7	21,9%	8	25,0%
2	MR > MI	20	62,5%	17	53,1%	9	28,1%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		0	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	9,762	df	2	Asymp. Sig	0,008

Com a probabilidade de significância = $0,008 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existe pelo menos um grupo que tem uma percepção da imagem corporal diferente dos restantes. A Moda (Mo) situa-se no intervalo MR > MI nos grupos ASSI e IO. No grupo dos SNEG, a Moda (Mo) está no intervalo MR=MI, logo este grupo revela menor distorção da imagem corporal, nesta zona do corpo.

Tabela 16: Relação entre MR e MI para o braço inferior em largura

Braço inferior Largura							
		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	2	6,3%	8	25,0%	19	59,4%
1	MR < MI	1	3,1%	2	6,3%	3	9,4%
2	MR > MI	29	90,6%	22	68,8%	10	31,3%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		0	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	25,152	df	2	Asymp. Sig	0,000

Sendo a probabilidade de significância = $0,000 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existe pelo menos um grupo que tem uma percepção da imagem corporal diferente dos restantes. A Moda (Mo) situa-se no intervalo MR > MI nos grupos ASSI e IO. No grupo dos SNEG, a Moda (Mo) está no intervalo MR=MI, o que significa menor distorção da imagem corporal para esta zona do corpo.

Tabela 17: Relação entre MR e MI para o braço inferior em comprimento

		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	8	25,0%	10	31,3%	17	53,1%
1	MR < MI	7	21,9%	5	15,6%	8	25,0%
2	MR > MI	17	53,1%	17	53,1%	7	21,9%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		0	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	8,628	df	2	Asymp. Sig	0,013

Com a probabilidade de significância = $0,013 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existe pelo menos um grupo que tem uma percepção da imagem corporal diferente dos restantes. A Moda (Mo) situa-se no intervalo MR > MI nos grupos ASSI e IO. No grupo dos SNEG, a Moda (Mo) está no intervalo MR=MI, mais uma vez, este grupo apresenta menor distorção da imagem corporal, para esta zona do corpo.

Tabela 18: Relação entre MR e MI para a perna superior em largura

		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	2	6,3%	2	6,3%	9	28,1%
1	MR < MI	8	25,0%	12	37,5%	6	18,8%
2	MR > MI	22	68,8%	18	56,3%	17	53,1%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		2	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	3,102	df	2	Asymp. Sig	0,212

Para a probabilidade de significância = $0,212 > \alpha = 0,05$, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os grupos. Nos 3 grupos, a maior percentagem de indivíduos está no intervalo MR > MI, representando-se inferiores ao real.

Tabela 19: Relação entre MR e MI para a perna superior em comprimento

Perna superior comprimento							
		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	4	12,5%	4	12,5%	6	18,8%
1	MR < MI	9	28,1%	10	31,3%	11	34,4%
2	MR > MI	19	59,4%	18	56,3%	15	46,9%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		2	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	1,211	df	2	Asymp. Sig	0,546

Com a probabilidade de significância = 0,546 > $\alpha = 0,05$, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os grupos. Nos 3 grupos, a maior percentagem de indivíduos está no intervalo MR > MI, representando-se inferiores ao real.

Tabela 20: Relação entre MR e MI para a perna inferior em largura

Perna inferior Largura							
		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	5	15,6%	6	18,8%	13	40,6%
1	MR < MI	5	15,6%	4	12,5%	5	15,6%
2	MR > MI	22	68,8%	22	68,8%	14	43,8%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		2	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	6,549	df	2	Asymp. Sig	0,038

Sendo a probabilidade de significância = 0,038 < $\alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existe pelo menos um grupo que tem uma percepção da imagem corporal diferente dos restantes. A Moda (Mo) situa-se no intervalo MR > MI nos 3 grupos mas, no grupo dos SNEG, a percentagem de indivíduos no intervalo MR = MI é de 40,6%, muito próximo do intervalo da Moda que é de 43,8%.

Tabela 21: Relação entre MR e MI para a perna inferior em comprimento

		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	4	12,5%	5	15,6%	15	46,9%
1	MR < MI	14	43,8%	15	46,9%	12	37,5%
2	MR > MI	14	43,8%	12	37,5%	5	15,6%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		1a		1		0	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	12,43	df	2	Asymp. Sig	0,002

Para a probabilidade de significância = $0,002 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existe pelo menos um grupo que tem uma percepção da imagem corporal diferente dos restantes. A Moda (Mo) situa-se no intervalo MR < MI no grupo IO, e no grupo SNEG situa-se no intervalo “ótimo”. No grupo ASSI, os indivíduos situam-se em maior percentagem pelos intervalos MR>MI e MR<MI.

Tabela 22: Relação entre MR e MI para o pé em largura

		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	3	9,4%	5	15,6%	15	46,9%
1	MR < MI	5	15,6%	6	18,8%	2	6,3%
2	MR > MI	24	75,0%	21	65,6%	15	46,9%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		0a	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	8,654	df	2	Asymp. Sig	0,013

Com a probabilidade de significância = $0,013 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existe pelo menos um grupo que tem uma percepção da imagem corporal diferente dos restantes. A Moda (Mo) situa-se no intervalo MR > MI no grupo IO e ASSI. No grupo SNEG, a classe modal são os intervalos MR=MI e MR>MI, revelando uma menor distorção da imagem corporal nesta zona do corpo.

Tabela 23: Relação entre MR e MI para o pé em comprimento

		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	7	21,9%	11	34,4%	14	43,8%
1	MR < MI	16	50,0%	11	34,4%	9	28,1%
2	MR > MI	9	28,1%	10	31,3%	9	28,1%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		1		0a		0	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	1,295	df	2	Asymp. Sig	0,523

Com a probabilidade de significância = $0,523 > \alpha = 0,05$, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os grupos. No grupo ASSI, a classe modal, situa-se no intervalo MR<MI. No grupo SNEG está no intervalo MR=MI, enquanto que no grupo IO as frequências estão distribuídas pelos 3 intervalos. Mais uma vez é o grupo SNEG que apresenta menor distorção da imagem corporal para esta zona do corpo.

Tabela 24: Relação entre MR e MI para a mão em largura

		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	7	21,9%	8	25,0%	20	62,5%
1	MR < MI	3	9,4%	4	12,5%	0	0,0%
2	MR > MI	22	68,8%	20	62,5%	12	37,5%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2		0	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	10,187	df	2	Asymp. Sig	0,006

Para a probabilidade de significância = $0,006 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existe pelo menos um grupo que tem uma percepção da imagem corporal diferente dos restantes. A Moda (Mo) situa-se no intervalo MR > MI nos grupos ASSI e IO. A classe modal, no grupo dos SNEG é o intervalo MR=MI, logo este grupo apresenta menor distorção da imagem corporal nesta zona do corpo.

Tabela 25: Relação entre MR e MI para a mão em comprimento

		ASSI		IO		SNEG	
		N	%	N	%	N	%
0	MR = MI	19	59,4%	14	43,8%	23	71,9%
1	MR < MI	1	3,1%	5	15,6%	1	3,1%
2	MR > MI	12	37,5%	13	40,6%	8	25,0%
Total		32	100,0%	32	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		0		0		0	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	3,901	df	2	Asymp. Sig	0,142

Sendo a probabilidade de significância = 0,142 > $\alpha = 0,05$, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os grupos. A classe modal é o intervalo MR=MI nos 3 grupos. Observando-se que, no grupo SNEG, a percentagem de indivíduos é superior em relação aos restantes grupos.

Na análise comparativa entre o grupo ASSI e o grupo IO para as 22 partes do corpo (Anexo D) verificamos que só existem 2 partes do corpo [peito (p-value=0,032) e braço inferior largura (p-value=0,029)] onde existem diferenças significativas entre ambos.

Tabela 26: Comparação entre os grupos IO e ASSI para 22 partes do corpo

Grupo IO vs Grupo ASSI		Teste Kruskal-Wallis	
Parte do corpo	P-Value	Parte do corpo	P-Value
Cabeça Largura	0,433	Braço superior comprimento	0,376
Cabeça Comprimento	0,414	Braço inferior Largura	0,029
Pescoço Largura	0,620	Braço inferior comprimento	0,824
Pescoço Comprimento	0,066	Perna superior Largura	0,344
Costas Largura	0,086	Perna superior comprimento	0,831
Costas Comprimento	0,645	Perna inferior Largura	0,935
Peito	0,032	Perna inferior Comprimento	0,587
Cintura	0,532	Pé largura	0,389
Anca	0,399	Pé Comprimento	0,631
Cintura / Anca	0,447	Mão largura	0,631
Braço superior Largura	0,235	Mão comprimento	0,397

* Probabilidade de significância < 0,05

Fazendo a análise comparativa entre o grupo IO e o SNEG nas 22 partes do corpo (Anexo E) verificamos que existem diferenças significativas em 11 partes do corpo: pescoço comprimento (p-value=0,021); cintura (p-value=0,002); cintura/anca (p-value=0,015); braço superior comprimento (p-value=0,033); braço inferior largura (p-value=0,003); braço inferior comprimento (p-value=0,019); perna inferior largura

(p-value=0,036); perna inferior comprimento (p-value=0,005); pé largura (p-value=0,040); mão largura (p-value=0,011) e mão comprimento (p-value=0,046).

Tabela 27: Comparação entre os grupos IO e SNEG para 22 partes do corpo

Grupo IO vs Grupo SNEG		Teste Kruskal-Wallis	
Parte do corpo	P-Value	Parte do corpo	P-Value
Cabeça Largura	0,390	Braço superior comprimento	0,033
Cabeça Comprimento	0,759	Braço inferior Largura	0,003
Pescoço Largura	0,081	Braço inferior comprimento	0,019
Pescoço Comprimento	0,021	Perna superior Largura	0,339
Costas Largura	0,173	Perna superior comprimento	0,407
Costas Comprimento	0,207	Perna inferior Largura	0,036
Peito	0,097	Perna inferior Comprimento	0,005
Cintura	0,002	Pé largura	0,040
Anca	0,147	Pé Comprimento	0,534
Cintura / Anca	0,015	Mão largura	0,011
Braço superior Largura	0,091	Mão comprimento	0,046

Probabilidade de significância < 0,05

Pela análise comparativa entre o grupo ASSI e o SNEG nas 22 partes do corpo (Anexo F) verificamos que existem diferenças significativas em 14 partes do corpo (pescoço largura; costas largura; peito; cintura; anca; cintura/anca; braço superior largura; braço superior comprimento; braço inferior largura; braço inferior comprimento; perna inferior largura; perna inferior comprimento; pé largura e mão largura).

Tabela 28: Comparação entre os grupos ASSI e SNEG para 22 partes do corpo

Grupo ASSI vs Grupo SNEG		Teste Kruskal-Wallis	
Parte do corpo	P-Value	Parte do corpo	P-Value
Cabeça Largura	0,120	Braço superior comprimento	0,003
Cabeça Comprimento	0,301	Braço inferior Largura	0,000
Pescoço Largura	0,030	Braço inferior comprimento	0,007
Pescoço Comprimento	0,614	Perna superior Largura	0,090
Costas Largura	0,002	Perna superior comprimento	0,305
Costas Comprimento	0,116	Perna inferior Largura	0,026
Peito	0,000	Perna inferior Comprimento	0,001
Cintura	0,011	Pé largura	0,006
Anca	0,031	Pé Comprimento	0,250
Cintura / Anca	0,001	Mão largura	0,004
Braço superior Largura	0,007	Mão comprimento	0,285

* Probabilidade de significância < 0,05

Como já observamos, pela análise comparativa entre os 3 grupos, existem 13 partes corpo (59% do analisado) onde encontramos pelo menos um grupo que tem

uma percepção da imagem corporal diferente dos restantes. Pela análise comparativa 2 a 2 verificamos que esse grupo é o SNEG.

Analisando o factor VIH, vamos fazer a comparação estatística entre o grupo de VIH negativo e VIH positivo, inserindo-se neste último grupo os toxicodependentes em estado assintomático para o VIH e aqueles que sofrem de infeções oportunistas. Para tal, continuamos a usar o teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 29: Relação entre MR e MI para a cabeça em largura

Cabeça Largura					
		VIH positivo		VIH negativo	
		N	%	N	%
0	MR = MI	1	1,6%	6	18,8%
1	MR < MI	7	10,9%	1	3,1%
2	MR > MI	56	87,5%	25	78,1%
Total		64	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	2,058	df	1
				Asymp. Sig	0,151

Com a probabilidade de significância = $0,157 > \alpha = 0,05$, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre o grupo VIH positivo e o grupo VIH negativo. A classe modal é o intervalo MR>MI nos 2 grupos, isto é, ambos os grupos representam-se inferiores ao real.

Tabela 30: Relação entre MR e MI para a cabeça em comprimento

Cabeça Comprimento					
		VIH positivo		VIH negativo	
		N	%	N	%
0	MR = MI	4	6,3%	6	18,8%
1	MR < MI	11	17,2%	3	9,4%
2	MR > MI	49	76,6%	23	71,9%
Total		64	100,0%	32	100,0%
Moda (Mo)		2		2	
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	0,592	df	1
				Asymp. Sig	0,442

Sendo a probabilidade de significância = $0,442 > \alpha = 0,05$, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupo. A classe modal é o intervalo MR>MI nos 2 grupos, isto é, representam-se inferiores ao real.

Tabela 31: Relação entre MR e MI para o pescoço em largura

		Pescoço Largura					
		VIH positivo		VIH negativo			
		N	%	N	%		
0	MR = MI	13	20,3%	14	43,8%		
1	MR < MI	9	14,1%	4	12,5%		
2	MR > MI	42	65,6%	14	43,8%		
Total		64	100,0%	32	100,0%		
Moda (Mo)		2		0a			
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	5,297	df	1	Asymp. Sig	0,021

Sendo a probabilidade de significância = $0,021 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos. A Moda (Mo) situa-se no intervalo $MR > MI$ no grupo VIH positivo. A classe modal, no grupo VIH negativo é o intervalo $MR=MI$ e $MR>MI$, estes revelam menor distorção da imagem corporal, nesta zona do corpo.

Tabela 32: Relação entre MR e MI para o pescoço em comprimento

		Pescoço Comprimento					
		VIH positivo		VIH negativo			
		N	%	N	%		
0	MR = MI	29	45,3%	20	62,5%		
1	MR < MI	34	53,1%	12	37,5%		
2	MR > MI	1	1,6%	0	0,0%		
Total		64	100,0%	32	100,0%		
Moda (Mo)		1		0			
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	2,643	df	1	Asymp. Sig	0,104

Para a probabilidade de significância = $0,104 > \alpha = 0,05$, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupo. A classe modal é o $MR<MI$ no grupo VIH positivo e $MR=MI$ no grupo VIH negativo, mais uma vez é este último grupo que apresenta menor distorção da imagem corporal, na zona do corpo estudada.

Tabela 33: Relação entre MR e MI para as costas em largura

Costas Largura						
		VIH positivo		VIH negativo		
		N	%	N	%	
0	MR = MI	8	12,5%	11	34,4%	
1	MR < MI	32	50,0%	15	46,9%	
2	MR > MI	24	37,5%	6	18,8%	
Total		64	100,0%	32	100,0%	
Moda (Mo)		1		1		
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	6,786	df	1	Asymp. Sig
						0,009

Sendo a probabilidade de significância = 0,009 < α = 0,05, rejeitamos H_0 e concluímos que existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos. A classe modal é o intervalo MR<MI nos 2 grupos, isto é, representam-se maiores que o real, nesta zona do corpo.

Tabela 34: Relação entre MR e MI para as costas em comprimento

Costas Comprimento						
		VIH positivo		VIH negativo		
		N	%	N	%	
0	MR = MI	8	12,5%	10	31,3%	
1	MR < MI	44	68,8%	17	53,1%	
2	MR > MI	12	18,8%	5	15,6%	
Total		64	100,0%	32	100,0%	
Moda (Mo)		1		1		
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	2,796	df	1	Asymp. Sig
						0,094

Com a probabilidade de significância = 0,094 > α = 0,05, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupo. A classe modal é o MR<MI nos 2 grupo. Ambos os grupos representam-se maiores do que a realidade, nesta zona do corpo.

Tabela 35: Relação entre MR e MI para o peito

		VIH positivo		VIH negativo			
		N	%	N	%		
0	MR = MI	8	12,5%	11	34,4%		
1	MR < MI	14	21,9%	10	31,3%		
2	MR > MI	42	65,6%	11	34,4%		
Total		64	100,0%	32	100,0%		
Moda (Mo)		2		0a			
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	9,523	df	1	Asymp. Sig	0,002

Para a probabilidade de significância = $0,002 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos. A Moda (Mo) situa-se no intervalo $MR > MI$ no grupo VIH positivo. A classe modal, no grupo VIH negativo é $MR=MI$ e $MR>MI$, este grupo revela menor tendência para a distorção da imagem corporal, para esta zona do corpo.

Tabela 36: Relação entre MR e MI para a cintura

		VIH positivo		VIH negativo			
		N	%	N	%		
0	MR = MI	8	12,5%	12	37,5%		
1	MR < MI	12	18,8%	9	28,1%		
2	MR > MI	44	68,8%	11	34,4%		
Total		64	100,0%	32	100,0%		
Moda (Mo)		2		0			
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	11,474	df	1	Asymp. Sig	0,001

Sendo a probabilidade de significância = $0,001 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos. A Moda (Mo) situa-se no intervalo $MR > MI$ no grupo VIH positivo. A classe modal, no grupo VIH negativo é $MR=MI$. Mais uma vez este último grupo revela menor distorção da imagem corporal nesta zona do corpo.

Tabela 37: Relação entre MR e MI para a anca

		VIH positivo		VIH negativo			
		N	%	N	%		
0	MR = MI	5	7,8%	10	31,3%		
1	MR < MI	12	18,8%	4	12,5%		
2	MR > MI	47	73,4%	18	56,3%		
Total		64	100,0%	32	100,0%		
Moda (Mo)		2		2			
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	4,529	df	1	Asymp. Sig	0,033

Para a probabilidade de significância = $0,033 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos. A Moda (Mo) situa-se em MR > MI nos 2 grupos. Ambos os grupos representam-se menores do que o real, nesta zona do corpo.

Tabela 38: Relação entre MR e MI para a distância da cintura à anca

		VIH positivo		VIH negativo			
		N	%	N	%		
0	MR = MI	21	32,8%	21	65,6%		
1	MR < MI	12	18,8%	6	18,8%		
2	MR > MI	31	48,4%	5	15,6%		
Total		64	100,0%	32	100,0%		
Moda (Mo)		2		0			
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	11,221	df	1	Asymp. Sig	0,001

Com a probabilidade de significância = $0,001 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos. A Moda (Mo) situa-se no intervalo MR > MI no grupo VIH positivo. A classe modal, no grupo VIH negativo é MR=MI, este grupo revela menor distorção da imagem corporal, nesta zona do corpo.

Tabela 39: Relação entre MR e MI para o braço superior em largura

Braço superior Largura						
		VIH positivo		VIH negativo		
		N	%	N	%	
0	MR = MI	11	17,2%	12	37,5%	
1	MR < MI	8	12,5%	6	18,8%	
2	MR > MI	45	70,3%	14	43,8%	
Total		64	100,0%	32	100,0%	
Moda (Mo)		2		2		
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	6,624	df	1	Asymp. Sig 0,010

Sendo a probabilidade de significância = $0,010 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos. A Classe modal situa-se em $MR > MI$ nos 2 grupos, o que domina são as medidas reais superiores às medidas imaginárias,

Tabela 40: Relação entre MR e MI para o braço superior em comprimento

Braço superior comprimento						
		VIH positivo		VIH negativo		
		N	%	N	%	
0	MR = MI	13	20,3%	15	46,9%	
1	MR < MI	14	21,9%	8	25,0%	
2	MR > MI	37	57,8%	9	28,1%	
Total		64	100,0%	32	100,0%	
Moda (Mo)		2		0		
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	9,023	df	1	Asymp. Sig 0,003

Para a probabilidade de significância = $0,003 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos. A Moda (Mo) situa-se no intervalo $MR > MI$ no grupo VIH positivo. A classe modal, no grupo VIH negativo é $MR=MI$, este grupo revela novamente menor distorção da imagem corporal, nesta zona do corpo.

Tabela 41: Relação entre MR e MI para o braço inferior em largura

Braço inferior Largura						
		VIH positivo		VIH negativo		
		N	%	N	%	
0	MR = MI	10	15,6%	19	59,4%	
1	MR < MI	3	4,7%	3	9,4%	
2	MR > MI	51	79,7%	10	31,3%	
Total		64	100,0%	32	100,0%	
Moda (Mo)		2		0		
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	21,909	df	1	Asymp. Sig
						0,000

Sendo a probabilidade de significância = $0,000 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos. A Classe modal situa-se em $MR > MI$ no grupo VIH positivo, e em $MR=MI$ no grupo VIH negativo. Mais uma vez, o último grupo revela menos distorção da imagem corporal nesta zona do corpo.

Tabela 42: Relação entre MR e MI para o braço inferior em comprimento

Braço inferior comprimento						
		VIH positivo		VIH negativo		
		N	%	N	%	
0	MR = MI	18	28,1%	17	53,1%	
1	MR < MI	12	18,8%	8	25,0%	
2	MR > MI	34	53,1%	7	21,9%	
Total		64	100,0%	32	100,0%	
Moda (Mo)		2		0		
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	8,558	df	1	Asymp. Sig
						0,003

Com a probabilidade de significância = $0,003 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos. A Classe modal situa-se em $MR > MI$ no grupo VIH positivo, e em $MR=MI$ no grupo VIH negativo, neste último verifica-se menor distorção da imagem corporal para esta zona do corpo.

Tabela 43: Relação entre MR e MI para a perna superior em largura

Perna superior Largura							
		VIH positivo		VIH negativo			
		N	%	N	%		
0	MR = MI	4	6,3%	9	28,1%		
1	MR < MI	20	31,3%	6	18,8%		
2	MR > MI	40	62,5%	17	53,1%		
Total		64	100,0%	32	100,0%		
Moda (Mo)		2		2			
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	2,38	df	1	Asymp. Sig	0,123

Para a probabilidade de significância = 0,123 > α = 0,05, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos. A classe modal é no intervalo MR>MI nos 2 grupos. Ambos os grupos representam-se menores do que o real.

Tabela 44: Relação entre MR e MI para a perna superior em comprimento

Perna superior comprimento							
		VIH positivo		VIH negativo			
		N	%	N	%		
0	MR = MI	8	12,5%	6	18,8%		
1	MR < MI	19	29,7%	11	34,4%		
2	MR > MI	37	57,8%	15	46,9%		
Total		64	100,0%	32	100,0%		
Moda (Mo)		2		2			
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	1,169	df	1	Asymp. Sig	0,280

Com a probabilidade de significância = 0,280 > α = 0,05, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos nesta parte do corpo. A classe modal situa-se em MR>MI nos 2 grupos predomina nestes uma representação corporal distorcida e menor do que o real.

Tabela 45: Relação entre MR e MI para a perna inferior em largura

Perna inferior Largura							
		VIH positivo		VIH negativo			
		N	%	N	%		
0	MR = MI	11	17,2%	13	40,6%		
1	MR < MI	9	14,1%	5	15,6%		
2	MR > MI	44	68,8%	14	43,8%		
Total		64	100,0%	32	100,0%		
Moda (Mo)		2		2			
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	6,54	df	1	Asymp. Sig	0,011

Sendo a probabilidade de significância = 0,011 < α = 0,05, rejeitamos H_0 e concluímos que existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos. A Classe modal situa-se em MR > MI nos 2 grupos, tal revela distorção da imagem corporal e tendência para uma representação corporal menor do que o real.

Tabela 46: Relação entre MR e MI para a perna inferior em comprimento

Perna inferior Comprimento							
		VIH positivo		VIH negativo			
		N	%	N	%		
0	MR = MI	9	14,1%	15	46,9%		
1	MR < MI	29	45,3%	12	37,5%		
2	MR > MI	26	40,6%	5	15,6%		
Total		64	100,0%	32	100,0%		
Moda (Mo)		1		0			
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	12,178	df	1	Asymp. Sig	0,000

Para a probabilidade de significância = 0,000 < α = 0,05, rejeitamos H_0 e concluímos que existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos. A Classe modal situa-se em MR < MI nos VIH positivos e em MR=MI nos VIH negativos, estes últimos revelam menor distorção da imagem corporal, para esta zona do corpo.

Tabela 47: Relação entre MR e MI para o pé em largura

		Pé largura					
		VIH positivo		VIH negativo			
		N	%	N	%		
0	MR = MI	8	12,5%	15	46,9%		
1	MR < MI	11	17,2%	2	6,3%		
2	MR > MI	45	70,3%	15	46,9%		
Total		64	100,0%	32	100,0%		
Moda (Mo)		2		0a			
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	8,077	df	1	Asymp. Sig	0,004

Com a probabilidade de significância = $0,004 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos.

A Classe modal situa-se em MR > MI em VIH positivos, e nos VIH negativos situa-se em MR>MI e em MR=MI. Mais uma vez, é o último grupo que revela menor distorção da imagem corporal, para esta zona do corpo.

Tabela 48: Relação entre MR e MI para o pé em comprimento

		Pé Comprimento					
		VIH positivo		VIH negativo			
		N	%	N	%		
0	MR = MI	18	28,1%	14	43,8%		
1	MR < MI	27	42,2%	9	28,1%		
2	MR > MI	19	29,7%	9	28,1%		
Total		64	100,0%	32	100,0%		
Moda (Mo)		1		0			
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	1,049	df	1	Asymp. Sig	0,306

Sendo a probabilidade de significância = $0,306 > \alpha = 0,05$, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupo. A classe modal situa-se em MR<MI nos VIH positivos e nos VIH negativos situa-se em MR=MI.

Tabela 49: Relação entre MR e MI para a mão em largura

		Mão largura					
		VIH positivo		VIH negativo			
		N	%	N	%		
0	MR = MI	15	23,4%	20	62,5%		
1	MR < MI	7	10,9%	12	37,5%		
2	MR > MI	42	65,6%	0	0,0%		
Total		64	100,0%	32	100,0%		
Moda (Mo)		2		0			
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	10,012	df	1	Asymp. Sig	0,002

Para a probabilidade de significância = $0,002 < \alpha = 0,05$, rejeitamos H_0 e concluímos que existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupos. A Classe modal situa-se em $MR > MI$ nos VIH positivos e em $MR=MI$ nos VIH negativos. No último grupo a tendência é para uma menor distorção da imagem corporal, nesta zona do corpo.

Tabela 50: Relação entre MR e MI para a mão em comprimento

		Mão comprimento					
		VIH positivo		VIH negativo			
		N	%	N	%		
0	MR = MI	33	51,6%	23	71,9%		
1	MR < MI	6	9,4%	1	3,1%		
2	MR > MI	25	39,1%	8	25,0%		
Total		64	100,0%	32	100,0%		
Moda (Mo)		0		0			
Teste Anova Kruskal-Wallis		X	3,067	df	1	Asymp. Sig	0,080

Com a probabilidade de significância = $0,080 > \alpha = 0,05$, aceitamos H_0 e concluímos que não existem diferenças de percepção da imagem corporal entre os 2 grupo. A Classe modal situa-se, nos 2 grupos, em $MR = MI$. Mas observa-se que os VIH negativos têm uma maior percentagem de indivíduos nesse intervalo.

Sobre o factor sexo continuamos a usar o teste de Kruskal-Wallis. Com a análise comparativa entre o sexo masculino e o sexo feminino nas 22 partes do corpo (Anexo G) verificamos que só existe 1 parte do corpo onde se verificam diferenças significativas entre ambos os sexos. Essa parte do corpo é a perna superior comprimento (p-value=0,011).

Tabela 51: Diferenças entre os sexos

SEXO		Teste Kruskal-Wallis	
Parte do corpo	P-Value	Parte do corpo	P-Value
Cabeça Largura	0,053	Braço superior comprimento	0,314
Cabeça Comprimento	0,139	Braço inferior Largura	0,163
Pescoço Largura	0,064	Braço inferior comprimento	0,244
Pescoço Comprimento	0,272	Perna superior Largura	0,343
Costas Largura	0,930	Perna superior comprimento	0,011
Costas Comprimento	0,610	Perna inferior Largura	0,873
Peito	0,151	Perna inferior Comprimento	0,652
Cintura	0,524	Pé largura	0,485
Anca	0,456	Pé Comprimento	0,445
Cintura / Anca	0,117	Mão largura	0,169
Braço superior Largura	0,053	Mão comprimento	0,857

Probabilidade de significância < 0,05

Pela análise comparativa entre o sexo masculino e o sexo feminino dentro de cada grupo (ASSI, IO e SNEG) nas 22 partes do corpo (Anexo H) verificamos que só existe 1 parte do corpo que revela diferenças significativas entre os sexos. No grupo SNEG (pescoço comprimento), 2 partes do corpo com diferenças significativas entre os sexos no grupo ASSI (cintura e braço superior largura) e no grupo IO (braço inferior comprimento e pé comprimento), isto é, onde a probabilidade de significância é menor que α (0,05).

Analisando o factor habilitações académicas, foram criados 2 intervalos de habilitações. O primeiro refere-se ao nível de escolaridade até ao 9º ano e o segundo intervalo aos níveis de escolaridade superiores ao 9º ano. Foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis para a comparação da percepção da imagem corporal entre estes dois grupos de habilitações para as 22 partes do corpo (Anexo I)

Tabela 52: Diferenças sobre habilitações académicas

Intervalo de habilitações		Teste Kruskal-Wallis	
Parte do corpo	P-Value	Parte do corpo	P-Value
Cabeça Largura	0,198	Braço superior comprimento	0,178
Cabeça Comprimento	0,235	Braço inferior Largura	0,017
Pescoço Largura	0,038	Braço inferior comprimento	0,136
Pescoço Comprimento	0,593	Perna superior Largura	0,022
Costas Largura	0,929	Perna superior comprimento	0,044
Costas Comprimento	0,372	Perna inferior Largura	0,050
Peito	0,010	Perna inferior Comprimento	0,308
Cintura	0,118	Pé largura	0,100
Anca	0,249	Pé Comprimento	0,886
Cintura / Anca	0,080	Mão largura	0,105
Braço superior Largura	0,094	Mão comprimento	0,395

Probabilidade de significância < 0,05

Verifica-se que existem 5 partes do corpo onde essa diferença é significativa. São elas, o pescoço largura (P-value=0,038), o peito (P-value=0,010), o braço inferior largura (P-value=0,017), a Perna superior largura (P-value=0,022) e a perna superior comprimento (P-value=0,044).

Analisando o factor tempo de consumo de antiretrovirais, foram criados 2 intervalos de tempo de consumo destes. O primeiro intervalo é até 3 anos de consumo e o segundo é os restantes anos de consumo. Foi novamente utilizado o teste de Kruskal-Wallis, para a comparação da percepção da imagem corporal entre estes dois grupos relativamente ao tempo de consumo de antiretrovirais, para as 22 partes do corpo (Anexo J)

Tabela 53: Diferenças sobre o consumo de antiretrovirais

Intervalo de Consumo de retrovirais		Teste Kruskal-Wallis	
Parte do corpo	P-Value	Parte do corpo	P-Value
Cabeça Largura	0,428	Braço superior comprimento	0,004
Cabeça Comprimento	0,343	Braço inferior Largura	0,022
Pescoço Largura	0,447	Braço inferior comprimento	0,560
Pescoço Comprimento	0,145	Perna superior Largura	0,105
Costas Largura	0,602	Perna superior comprimento	0,329
Costas Comprimento	0,973	Perna inferior Largura	0,718
Peito	0,913	Perna inferior Comprimento	0,133
Cintura	0,183	Pé largura	0,279
Anca	0,408	Pé Comprimento	0,711
Cintura / Anca	0,528	Mão largura	0,579
Braço superior Largura	0,250	Mão comprimento	0,814

Probabilidade de significância < 0,05

Verifica-se que só existem 2 partes do corpo onde essa diferença é significativa. São elas, o braço superior comprimento (p-value=0,004) e o braço inferior largura (p-value=0,022).

Sobre o factor tempo de adicção, foram criados 2 intervalos de tempo. O primeiro intervalo é até 10 anos de consumo e o segundo é os restantes anos de adicção. Foi novamente utilizado o teste de Kruskal-Wallis para a comparação da percepção da imagem corporal entre estes dois grupos relativamente ao tempo de consumo de substâncias psicoactivas, para as 22 partes do corpo. (Anexo L)

Tabela 54: Diferenças sobre o tempo de adicção

Intervalo de tempo de adicção		Teste Kruskal-Wallis	
Parte do corpo	P-Value	Parte do corpo	P-Value
Cabeça Largura	0,413	Braço superior comprimento	0,640
Cabeça Comprimento	1,000	Braço inferior Largura	0,416
Pescoço Largura	0,711	Braço inferior comprimento	0,639
Pescoço Comprimento	0,765	Perna superior Largura	0,547
Costas Largura	0,456	Perna superior comprimento	0,316
Costas Comprimento	0,874	Perna inferior Largura	0,762
Peito	0,047	Perna inferior Comprimento	0,141
Cintura	0,115	Pé largura	0,315
Anca	0,050	Pé Comprimento	0,304
Cintura / Anca	0,831	Mão largura	0,674
Braço superior Largura	0,816	Mão comprimento	0,933

Probabilidade de significância < 0,05

Verifica-se que só existe uma parte do corpo onde essa diferença é significativa, e que é o peito (p-value=0,047).

Sobre o factor via de infecção, foram criados 2 grupos. O primeiro grupo é a via de infecção por seringa e o segundo é a via de infecção por “outros motivos”. Neste último, está incluído o sexo e os indivíduos que não sabem como é que se infectaram. Foi, novamente, utilizado o teste de Kruskal-Wallis para a comparação da percepção da imagem corporal entre estes dois grupos de via de infecção nas 22 partes do corpo (Anexo M).

Tabela 55: Diferenças sobre via de infecção

Grupos de via de infecção		Teste Kruskal-Wallis	
Parte do corpo	P-Value	Parte do corpo	P-Value
Cabeça Largura	0,254	Braço superior comprimento	0,673
Cabeça Comprimento	0,765	Braço inferior Largura	0,356
Pescoço Largura	0,032	Braço inferior comprimento	0,570
Pescoço Comprimento	0,595	Perna superior Largura	0,534
Costas Largura	0,604	Perna superior comprimento	0,400
Costas Comprimento	0,408	Perna inferior Largura	0,331
Peito	0,012	Perna inferior Comprimento	0,742
Cintura	0,886	Pé largura	0,826
Anca	0,827	Pé Comprimento	0,643
Cintura / Anca	0,930	Mão largura	0,224
Braço superior Largura	0,400	Mão comprimento	0,915

Probabilidade de significância < 0,05

Verifica-se que só existem duas partes do corpo onde essa diferença é significativa, e que são o pescoço largura (p-value=0,032) e o peito (p-value=0,012).

O que demonstra que não existem diferenças significativas entre a via de infecção “seringa” e “outras” para a distorção da imagem corporal.

5. Discussão dos Resultados

Os resultados deste estudo são interpretados como uma continuação dos dados encontrados na tese de mestrado realizada pela autora da presente investigação. Na tese de mestrado foram comparados dois grupos de sujeitos: toxicodependentes e não toxicodependentes, para averiguar a existência ou não de distorção da imagem corporal nos toxicodependentes. Foi confirmada a existência de distorção da imagem corporal no grupo de toxicodependentes, quando comparados com um grupo de não toxicodependentes. (Gomes, 2002) Assim, a autora parte do princípio que os três grupos de sujeitos estudados na presente investigação assumem a possibilidade de revelar distorção da imagem corporal, uma vez que todos são toxicodependentes. Porém, fomos verificar se o fenómeno VIH se assume como factor de agravamento para a distorção da imagem corporal.

Foram analisadas 22 partes do corpo em três grupos de sujeitos toxicodependentes: os seronegativos para o VIH, seropositivos assintomáticos para o VIH e os que já apresentam historial de infecções oportunistas (complexo relacionado com Sida e Sida). Quando comparamos os três grupos em simultâneo, para verificar se existem diferenças entre eles, os dados estatísticos revelam-nos que existem 13 partes do corpo em que essas diferenças são significativas.

As 13 zonas do corpo onde se verificam tais diferenças são pescoço em comprimento, costas em largura, peito, cintura, distância da cintura à anca, braço superior em largura, braço superior em comprimento, braço inferior em largura, braço inferior em comprimento, perna inferior em largura, perna inferior em comprimento, pé em largura e mão em largura. No que diz respeito a estas zonas do corpo o grupo de toxicodependentes seronegativos para VIH apresenta uma maior proximidade entre medidas reais e imaginárias.

Se relacionarmos as 13 partes do corpo que revelam diferenças entre os grupos com a adequação entre medidas reais e medidas imaginárias através dos intervalos de erros, podemos verificar que o grupo de sujeitos seronegativos situa-se para 10 partes do corpo no intervalo de adequação óptima entre medidas reais e medidas imaginárias (MR \leftrightarrow MI). Estas zonas do corpo são: pescoço em comprimento,

peito, cintura, distância da cintura à anca, braço superior em comprimento, braço inferior em largura, braço inferior em comprimento, perna inferior em comprimento, pé em largura e mão em largura. No que diz respeito a estas zonas os sujeitos deste grupo representam-nas de forma aproximada e ajustada ao corpo real. Com meramente 2 partes do corpo enquadradas no intervalo que considera medidas reais superiores às medidas imaginárias ($MR > MI$), isto é imaginam-se menores do que realmente são. Estas 2 partes do corpo são: braço superior em largura, perna inferior em largura. É de notar que estas zonas referem-se sempre à representação em largura, o que em termos bidimensionais parece ser mais difícil de imaginar e logo de entrar em adequação. Verifica-se ainda que 1 zona do corpo corresponde ao intervalo de medidas reais inferiores às medidas imaginárias ($MR < MI$), imaginando-se maiores, essa zona é costas em largura. Esta é uma zona de difícil contacto visual.

No grupo de sujeitos seronegativos para VIH, as 10 zonas do corpo representadas de forma adequada quanto à relação MR e MI, referem-se maioritariamente a zonas do corpo bastantes expostas, com fácil contacto visual. Por outro lado, incluem os braços e a mão, facto que nos aproxima do contacto regular que estes indivíduos têm com estas partes do corpo devido à injeção, como via de consumo de substâncias.

O grupo de toxicodependentes seropositivos assintomáticos apresenta diferenças relativamente aos outros grupos também nas 13 partes do corpo apresentadas. Dessas partes 10, situam-se no intervalo em que as medidas reais são superiores às medidas imaginárias ($MR > MI$), logo estes sujeitos têm tendência para representarem o seu corpo mais pequeno do que o real, quando comparados com os outros dois grupos de toxicodependentes. Estas zonas são: peito, cintura, anca, distância da cintura à anca, braço superior em largura, braço superior em comprimento, braço inferior em largura, braço inferior em comprimento, perna inferior largura, pé em largura e mão em largura. Dominam as zonas em largura, parecendo ser mais difícil a avaliação destas. Duas zonas do corpo (costas em largura e perna inferior em comprimento) são representadas no intervalo em que as medidas reais são inferiores às medidas imaginárias ($MR < MI$), imaginando-se assim maiores do que realmente são. Talvez esta dificuldade se prenda com o facto de serem duas zonas de grande extensão. Só uma zona do corpo está situada no intervalo óptimo

entre MR e MI, essa é o pescoço em comprimento. É uma zona de contacto regular e plano.

No que diz respeito ao grupo de toxicodependentes com infecções oportunistas, também estes apresentam meramente diferenças, relativas a 13 partes do corpo estudadas, por comparação com os outros dois grupos. Desta forma, o grupo de toxicodependentes com infecções oportunistas apresenta 10 zonas do corpo situadas no intervalo em que as medidas reais são superiores às medidas imaginárias ($MR > MI$), revelando uma representação do corpo menor do que a realidade. Estas zonas são: peito, cintura, distância da cintura à anca, braço superior em largura, braço superior comprimento, braço inferior em largura, braço inferior comprimento, perna inferior em largura, pé largura e mão em largura. Mais uma vez são maioritariamente as medidas em largura que não apresentam adequação entre medidas reais e imaginárias. Existem ainda três zonas assumidamente colocadas no intervalo em que as medidas reais são inferiores às medidas imaginárias ($MR < MI$), imaginando-se os sujeitos maiores do que a realidade, essas zonas são: pescoço em comprimento, costas em largura e a perna inferior em comprimento. Este grupo não apresenta qualquer zona situada no intervalo de ajustamento óptimo entre MR e MI, tal pode significar uma acentuada dificuldade perante essa adequação. O grupo seropositivo assintomático ainda revelou uma zona situada nesse intervalo, as diferenças entre os dois grupos VIH positivos não são significativas a este nível, contudo parece que a desadequação entre MR e MI ainda está mais pronunciada no grupo com infecções oportunistas.

Tanto o grupo de sujeitos seropositivos assintomáticos, como aquele que sofre de infecções oportunistas revelam no geral uma forte tendência (nas 13 zonas do corpo que diferenciam os grupos), para o desajustamento entre MR e MI e situam esta desadequação no intervalo em que as medidas reais são superiores às medidas imaginárias ($MR > MI$). Assim, representam o seu corpo com medidas mais pequenas do que a realidade. Esta constatação vai ao encontro dos resultados achados na tese de mestrado anteriormente realizada pela autora, na qual os toxicodependentes, do ponto de vista geral, apresentam maioritariamente medidas reais inferiores às medidas imaginárias (particularmente os homens), quando comparados com um grupo de não toxicodependentes. (Gomes, 2002) Tal revela um franco desajustamento entre MR e MI e logo distorção da imagem corporal. No nosso estudo actual, esta tendência

mantêm-se pois apesar de dominarem as 10 zonas do corpo com ($MR \Leftrightarrow MI$), no grupo de toxicod dependentes seronegativos, ainda persistem 2 zonas com ($MR > MI$) e 1 zona com ($MR < MI$). Nos dois grupos infectados pelo VIH, verificamos que a infecção VIH, independentemente do estado da mesma assume-se como factor que acentua a representação desadequada entre MR e MI e logo pode funcionar como um agravamento para a distorção da imagem corporal.

É notório o facto do grupo de toxicod dependentes seronegativos para VIH, se diferenciar dos restantes grupos, apresentando relativamente às 13 zonas do corpo onde se verificou diferenças entre os grupos, um maior número de zonas onde se efectuou a adequação óptima entre MR e MI (10 zonas). Para 0 zona com adequação óptima no grupo de sujeitos com infecções oportunistas e 1 zonas para os sujeitos seropositivos para VIH assintomáticos.

Os resultados anteriormente apontados vão ao encontro dos dados resultantes da comparação estatística realizada entre dois grupos: o grupo de VIH negativo e VIH positivo, inserindo-se neste último grupo os toxicod dependentes em estado assintomático para o VIH e aqueles que sofrem de infecções oportunistas. Comparando meramente estes dois grupos também se verificam diferenças significativas, particularmente em 14 zonas do corpo estudadas. Estas apresentam 12 zonas em comum com as apontadas nos resultados anteriores, somando-se, a zona do pescoço em largura e a anca. Assim o grupo VIH negativo apresenta as mesmas 10 zonas do corpo situadas no intervalo óptimo entre MR e MI, três zonas em que $MR > MI$ e uma zona com $MR < MI$. Por sua vez o grupo positivo para o VIH revela 12 zonas situadas no intervalo em que as medidas reais são superiores às medidas imaginárias ($MR > MI$), no geral imaginam-se menores do que a realidade. Essas são: pescoço em largura, peito, cintura, anca, diferença da cintura à anca, braço superior em largura, braço superior em comprimento, braço inferior em largura, braço inferior em comprimento, perna inferior em largura, pé largura e mão em largura. Duas das 14 zonas situam-se no intervalo de medidas reais inferiores às medidas imaginárias ($MR < MI$), nestas os sujeitos imaginam-se maiores do que a realidade. Estas zonas são: costas em largura e perna inferior em comprimento. Não existe qualquer zona situada no intervalo de adequação óptima entre MR e MI.

Se compararmos unicamente o grupo de sujeitos VIH positivos, constituído pelos assintomáticos e os com infecções oportunistas, verificamos que não existem

diferenças relevantes entre estes dois grupos. Só em 2 zonas do corpo é que há diferenças entre os grupos, estas são: peito e braço inferior em largura. Tal significa que as grandes diferenças existentes entre os 3 grupos estudados devem-se inquestionavelmente à existência ou não de infecção pelo HIV nos sujeitos.

A partir destes dados podemos assumir uma existência mais acentuada de distorção da imagem corporal nos dois grupos de infectados por VIH, tanto no grupo de toxicodependentes seropositivos assintomáticos, como no grupo de toxicodependentes com infecções oportunistas, uma vez que estes revelam reais dificuldades quanto a uma representação adequada entre medidas imaginárias e medidas reais. Contrariamente, o grupo de toxicodependentes seronegativos é aquele que apresenta uma maior adequação entre medidas reais e imaginárias, logo menor distorção da imagem corporal.

Relativamente às restantes 9 partes do corpo, onde não se verificou diferenças entre os 3 grupos estatisticamente significativas, em 5 dessas partes todos os grupos estão situados no intervalo em que as medidas reais são superiores às medidas imaginárias ($MR > MI$), imaginando-se maiores do que a realidade. Essas zonas são: cabeça em largura, cabeça em comprimento, anca, perna superior em largura e perna superior em comprimento. O que mais uma vez reforça a tendência da população toxicodependente representar o seu corpo com medidas reais superiores às medidas imaginárias ($MR > MI$), imaginando-se tendencialmente mais pequenos do que a realidade.

Sobre a adequação geral entre as medidas reais (MR) e as imaginárias (MI), nos três grupos, é de salientar que o grupo de sujeitos toxicodependentes seronegativos para o VIH, comparativamente com os outros dois grupos: toxicodependentes seropositivos assintomáticos para VIH e toxicodependentes com infecções oportunistas, revela no geral mais adequação entre medidas reais e medidas imaginárias. Esta adequação está presente em 13 zonas do corpo, num total de 22 zonas do corpo estudadas. Isto significa que o primeiro grupo revela uma representação mental do seu corpo, ou imagem corporal mais próxima da realidade, com ($MR \Leftrightarrow MI$), logo menos distorção da imagem corporal do que os outros dois grupos.

O grupo de toxicodependentes seropositivos assintomáticos apresenta no geral, dificuldade na adequação entre medidas reais e medidas imaginárias, verificando-se

unicamente em 2 zonas do corpo a correspondência óptima entre MR e MI, num total de 22 zonas analisadas. Estas são o pescoço em comprimento e a mão em comprimento.

O grupo de toxicodependentes com infecções oportunistas, tal como o grupo anterior revela no geral desadequação entre medidas reais e imaginárias. Assim só se encontra proximidade entre MR e MI em 2 zonas do corpo, num total de 22 partes investigadas. Essas são o pé em comprimento e a mão em comprimento. Em ambos os grupos VIH positivos, verifica-se unicamente 2 zonas em 22 estudadas, onde os sujeitos revelam ajustamento entre MR e MI e essas são sempre analisadas em comprimento. Parece que no geral, a imaginação das zonas do corpo em largura torna-se mais complexo do que em comprimento, particularmente na população VIH positiva.

No que diz respeito à existência de diferenças/semelhanças entre homens e mulheres nos diferentes grupos, quanto à adequação de medidas reais às medidas imaginárias, não se verificaram diferenças intragrupo nem entre os sexos no geral. Tanto homens como mulheres dos 3 grupos estudados situam-se em maioria no intervalo $MR > MI$.

A relação entre tempo de consumo de drogas mais alargado e maior distorção da imagem corporal, não foi confirmada. Logo parece não existir um agravamento quanto à distorção da imagem corporal com o tempo acumulado de consumo de substâncias.

Quanto à relação entre a via de contágio do VIH e a distorção da imagem corporal, também não se verificou qualquer relação. Assim, o facto do sujeito ter sido contaminado por via endovenosa, sexual ou desconhecida não influencia a existência de distorção da imagem corporal.

No que concerne à relação entre o tempo da realização do tratamento antiretroviral e a distorção da imagem corporal, não se encontra causalidade. Como tal, parece que o tempo da terapêutica antiretroviral não influencia a distorção da imagem corporal. Pois só existem diferenças entre os dois grupos de positivos para o VIH em 2 zonas do corpo: braços superior em comprimento e braços inferior em largura. O que não revela no geral diferenças significativas. Parece que os indivíduos que efectuem há mais tempo a terapêutica antiretroviral, não apresentam uma maior distorção da imagem corporal, talvez estes indivíduos não sofram de lipodistrofia. Uma vez que esse fenómeno, que é consequência da terapêutica, afecta

inequivocamente a relação do sujeito com o seu corpo e a representação mental do mesmo. Então o factor que potencia agravamento da distorção da imagem corporal não é a consequência à terapêutica antiretroviral, mas a existência da infecção VIH.

Na relação entre habilitações académicas e distorção da imagem corporal verificam-se diferenças em 5 zonas do corpo. Assim tanto os indivíduos com habilitações até ao 9º ano tal como os de habilitações superiores ao 9º ano situam-se nestas 5 zonas, no intervalo de medidas reais superior às medidas imaginárias (MR>MI). Contudo os sujeitos com habilitações até ao 9º ano revelam percentagens superiores do que os outros. Em 22 zonas do corpo estudadas só 5 revelam diferenças, logo não é possível assumir que o grau de instrução influencia a distorção ou não distorção da imagem corporal.

Pela análise dos nossos objectivos, podemos assumir que da comparação da imagem corporal entre os três grupos estudados ressalta a existência de distorção da imagem corporal de forma mais acentuada nos dois grupos onde existe a infecção VIH. Os grupos VIH positivos apresentam mais desadequação entre MR e MI, do que o grupo de seronegativos e como tal revelam maior distorção da sua imagem corporal. Os objectivos que relacionavam as diferenças entre os sexos intra grupo e inter grupos, o tempo de consumo, via de contágio, o tempo de tratamento antiretroviral e as habilitações académicas, quanto à distorção da imagem corporal, não se confirmam. Verifica-se que o fenómeno diferenciador entre os grupos, para a distorção da imagem corporal é a existência de VIH.

6. Conclusão

A imagem corporal encerra em si a relação do sujeito com o seu corpo, influenciada por indicadores externos (físicos e sociais) e internos (psíquicos). O corpo, as mensagens sociais e o afecto integrado nesse corpo produzem uma imagem corporal. Existe na construção da imagem corporal um movimento constante entre o corpo real e o corpo imaginário, tudo isto é pautado por experiências e interacções do sujeito com o seu mundo social e interpessoal. Tal vai ao encontro do que diz Dolto (1992), sendo que a imagem corporal do sujeito está ligada à sua história, é inconsciente, pré-consciente e consciente evoluindo no tempo e no espaço.

Esta imagem corporal é influenciada por acontecimentos de vida que ocorrem no desenvolvimento do sujeito. Tais podem ser a toxicodependência ou até a infecção pelo VIH. Esta ideia aproxima-nos do constante balanceamento que a imagem corporal sofre, que como assume Sami-Ali (1986) é resultado de um “...duplo processo identificatório e projectivo, onde se é o sujeito e o outro e ser é o outro, sem ser o próprio.” (Sami-Ali 1986 p. 63) O corpo reflecte a sociedade como metáfora e o outro está sempre presente no nosso corpo. Vivemos numa sociedade que influencia a construção da imagem corporal, o corpo de sucesso deve ser ajustado a um modelo social do corpo também de sucesso, saudável, magro, jovem e desejado (Cunha, 2004). Nesta linha, a imagem corporal também é influenciada pelos padrões estéticos do corpo social, isto implica a própria moda. O que nos aproxima da ideia de Cunha (2004) relativamente ao facto de vivermos numa “sociedade somática”, onde o corpo se expressa e domina a comunicação. Ora a imagem que cada um constrói do seu corpo veicula estes domínios. O eu moderno expressa uma relação com o corpo e com a sua imagem corporal central e fundamental na existência social e pessoal.

A partir do desenvolvimento da imagem corporal, o sujeito pode organizá-la de forma mais ou menos satisfatória, estando os factores corporais associados aos psíquicos, e esta pode ser organizada de forma mais próxima ou afastada dos padrões valorizados pela sociedade. Este desenvolvimento assume um registo imaginário, onde a dimensão interna e externa se expressam numa imagem. Esta imagem integra uma imagem social e pessoal do corpo, interagindo mutuamente desde o nascimento. Tal assume uma dimensão fantasmática do corpo que revela a relação íntima do

sujeito com o seu corpo real. Logo uma imagem corporal mais próxima ou distante do corpo real encerra um significado libidinal sobre o corpo. A relação e o conhecimento do sujeito em relação ao seu corpo, com uma maior aproximação ou afastamento a este, revela a natureza da sua imagem corporal. Esta é distorcida, por afastamento e desconhecimento do sujeito com o seu corpo ou adequada quando existe aproximação e conhecimento sobre o corpo próprio.

A imagem corporal na toxicodependência, parece assente num desconhecimento do sujeito perante o seu corpo real, o corpo próprio é estranho e distante. A capacidade de apreciar o estado físico global está posta em causa, parece que existe uma dificuldade em examinar e conservar as fronteiras que definem o corpo. Isto assume implicações na representação mental do corpo. A imagem corporal do toxicodependente apresenta fortemente tendências de distorção, (Gomes 2002). Assim, o toxicodependente revela uma imagem corporal desarticulada e distante do seu corpo real, num imaginário empobrecido e pouco próximo do corpo real. O corpo parece não ser vivido numa dimensão que sente e que é mediatizada pela componente afectiva, mas como um mero veículo para a sua adicção. A vida do adicto efectua-se sem a participação do corpo, uma vez que a substância impede o processamento por parte da consciência das modificações corporais, pautadas pelo desinvestimento e consequências do consumo. A droga insere o sujeito numa espécie de formação caracterial, (Sami-Ali 1986), que domina e cilindra todos os ritmos biológicos do corpo, limitando o indivíduo a uma existência sem tempo e sem espaço, meramente alimentada pelo ciclo vicioso dos consumos que se repetem.

A substância promove no toxicómano uma espécie de anulação da função do imaginário (Pedro, 1987). O corpo está desvitalizado pela ausência de mundo onírico, sem projecção nem organização espacial e temporal. Imperando uma identidade de superfície gerida pelo uso da substância. Nas palavras de Pedro, (1987) “...é o corpo profundo” que está regulado pela substância, tudo fica circunscrito a esse objecto único, que a tudo reduz. Este corpo mecanizado e distanciado do Eu, submetido a exigências externas, distante da vida afectiva, da sua identidade e história revela uma imagem corporal desarticulada, partida, isto é, distorcida. É de salientar que os sujeitos toxicodependentes apresentaram resistência perante o pedido de imaginar as medidas das diferentes partes do seu corpo, demonstrando assim a existência de uma real dificuldade de projecção do mundo imaginário, de apelo à dimensão subjectiva e fantasmática.(Gomes, 2002) Muitas vezes observamos que os sujeitos

toxicodependentes não toleram a dor física, vivendo numa constante necessidade de anestesia, assim a não confirmação de que o seu corpo existe é uma constante, pois ter corpo é sentir dor e prazer, estes sujeitos não sentem nem uma coisa nem outra. O corpo é estranho revelando-se numa espécie de consciência parcial aplicada ao mínimo do quotidiano. O corpo parece estar anulado na sua existência, o Eu não convive com o corpo.

Esta reflexão sobre a imagem corporal nos toxicodependentes é o ponto de partida para o nosso actual estudo, o qual analisou como é que o fenómeno VIH interfere na representação que o toxicodependente faz do seu corpo. Assim foram comparados três grupos, todos constituídos por indivíduos toxicodependentes. Um dos grupos é formado por sujeitos seronegativos para o VIH, outro seropositivos para o VIH em estado assintomático da infecção e o último, seropositivos para o VIH com história de infecções oportunistas. Daqui verificamos que os sujeitos VIH positivos se diferenciam significativamente dos VIH negativos. Assim a existência de infecção pelo VIH potencia uma maior distorção da imagem corporal. Isto torna-se claro com o desajustamento que os VIH positivos apresentam em relação à adequação entre medidas reais (MR) e medidas imaginárias (MI). Também é bem notório uma tendência para os três grupos assumirem as medidas reais superiores às medidas imaginárias ($MR > MI$), imaginando-se menores do que a realidade. Contudo tal tendência é significativamente mais acentuada nos dois grupos VIH positivos. Neste sentido, verifica-se o nosso primeiro objectivo relativo à existência de distorção de imagem corporal de forma mais acentuada nos grupos de sujeitos VIH positivos.

Esta constatação leva-nos a admitir que o corpo como entidade que participa na totalidade da vida do sujeito, quando doente sofre um desequilíbrio na representação mental do mesmo. A identidade corporal é posta em causa pela infecção vivida como um inimigo silencioso que pouco a pouco corrói a harmonia corporal, do corpo anteriormente saudável. A coesão corporal encontra-se diminuída e o corpo sexual afectado. A infecção pelo VIH é evolutiva, gradativa e passa por diferentes fases, a assintomática e a sintomática. Porém o nosso estudo não revelou diferenças entre estas duas fases para a distorção da imagem corporal. Parece que a distorção da imagem corporal coexiste de forma privilegiada com o agente VIH. O facto do indivíduo estar a realizar terapêutica antiretroviral há mais tempo não influenciou para uma maior distorção da imagem corporal. Logo, podemos admitir que os participantes deste estudo a realizar terapêutica antiretroviral não sofriam de lipodistrofia, síndrome

consequente à terapêutica antiretroviral de alta potência que promove estados corporais disformes, ou então a existência desta não acentua a distorção da imagem corporal.

É o conhecimento de ser positivo para o VIH, independentemente dos sinais físicos manifestados pela infecção, que produz uma nova relação do sujeito com o seu corpo e uma distorção da imagem do mesmo. O indivíduo vivência o espectro da transformação do corpo saudável em corpo doente, o que influencia a relação íntima do indivíduo com o seu corpo. Provavelmente este corpo passa a ser vivido como corpo-doente, corpo-de-cuidados, corpo-sofrimento, corpo-infectado por uma doença com significados, como corpo-infeccioso, corpo-perigoso, corpo-perverso. Este é um corpo de incertezas, pois apesar da terapêutica antiretroviral atrasar o processo da desorganização do sistema imunitário, a evolução pode sempre ser mais lenta ou mais rápida. Tal distorção da imagem corporal também pode estar relacionada com a possibilidade da instalação de um quadro depressivo associado à vivência do sujeito com o VIH. Tal como defende Shernoff, (2002), são comuns quadros depressivos conjuntamente com a seropositividade para o VIH. Efectuando-se no sujeito significações de perda de um corpo saudável e da própria identidade corporal. Por outro lado, a distorção mais acentuada da imagem corporal nesta população também se pode relacionar com a obrigatoriedade de iniciar novos hábitos de vida, com uma nova disciplina e nova relação com o corpo. Corpo este sujeito a constantes cuidados médicos, com tomas de antiretrovirais muito cuidadas e controladas. Tudo isto é integrado numa relação com o tempo de luta e desafio constantes, pois o tempo a passar, cada vez mais aproxima o sujeito de um incerto desfecho de morte. Assim a imagem corporal, enquanto entidade mutável e em movimento ajusta-se à realidade VIH. Integra-se no próprio eu as significações relativas à doença, a qual herdou significados depreciativos, relativos a grupos de risco, perversidade, sexualidade, sangue, risco, perigo, contágio e morte.

O eu corporal quando infectado pelo VIH tem obrigatoriamente de ajustar-se a essa realidade, o indivíduo confronta-se com uma batalha com o seu próprio corpo, corpo de insatisfação, porque está invadido. Viver com o VIH pode ter repercussões na auto-estima do indivíduo e até na saúde mental, como assume Paxton (2000), o que pode influenciar a imagem corporal. Os indivíduos VIH positivos não são capazes de promover uma correspondência de aproximação adequada entre o corpo real e o corpo imaginário, estando estes dois corpos desajustados e desintegrados. Tal facto também

pode estar relacionado com eventuais complicações neurológicas decorrentes da infecção pelo VIH. Como assume Malhado (2002) as perturbações neurológicas em seropositivos para o VIH podem surgir em qualquer fase da infecção. Ballone (2003) também admite a morte neuronal, Miranda (2001) propõe que numa fase Sida as alterações neurológicas como a demência potenciam disfunções cognitivas, o que de alguma forma pode ter influenciado os resultados do nosso estudo. Até porque estes estados apresentam implicações motoras com conseqüente descoordenação fina. Ora tal pode potenciar implicações na leitura do próprio corpo, na relação com o mesmo e conseqüentemente na representação da imagem corporal. Por outro lado, a imagem corporal também pode estar perturbada devido a fenómenos psicopatológicos, como as perturbações de personalidade, distímia ou depressão major (Ouakinin, 2001). Comprometendo a relação do indivíduo com o seu corpo, como assume Garcia-Camba, (1998), a psicopatologia pode surgir antes ou depois da infecção ser sintomática, sendo a deterioração progressiva da imagem corporal e a relação com o corpo doente um factor ansiogénico que põe em causa a auto-estima.

A existência de uma mais acentuada distorção da imagem corporal no grupo de seropositivos para o VIH, pode estar relacionado, em termos psicopatológicos com a existência de fenómenos de despersonalização em toxicodependentes, como defende Dias, (1980).

A desorganização física decorrente da evolução da seropositividade pelo VIH, é acompanhada por uma desorganização psíquica com dificuldade do sujeito se adaptar à doença. Ouakinin (2001) identifica no indivíduo seropositivo, perturbações depressivas de ansiedade, de ajustamento, luto, ansiedade generalizada, reacções agudas ao stress, depressão major, humor depressivo misto ou ansioso, ideias de rejeição ou suicidas. Apesar destas variáveis poderem eventualmente funcionar como factores de base para a existência de distorção da imagem corporal em indivíduos seropositivos para o VIH, a verdade é que o corpo infectado transmite uma identidade nova ao sujeito, pois este sente e revela uma fragilidade mais ou menos explícita integrando um agente estranho altamente nefasto, o VIH. Tal pode levar à sensação de desintegração corporal, uma vez que o corpo perde de alguma forma as suas conhecidas fronteiras e harmonia, ficando também o corpo sexual posto em causa (Dupras, A. 1992; Boivin, N. 1995). Assim o indivíduo seropositivo é obrigado a confrontar-se com um corpo em transformação (Jamieson, 1996), mesmo que esta não seja muito explícita.

Os resultados apresentados enquadram-se na posição que Schilder (1981) revela sobre a relação entre doença e imagem corporal. O autor admite que o Homem vive numa tendência constante para completar a sua imagem corporal sendo necessário um esforço constante. Porém também existem tendências para a dissolução da imagem corporal, como alterações fisiológicas devido a doenças, as quais se encaixam em novas atitudes emocionais que se dirigem para a organização libidinal da imagem corporal.

Os nossos resultados vão ao encontro do que assume Jamieson, (1996), Boivin (1995) e Shevitz, et al., (2001), uma vez que o corpo VIH positivo vai ajustar-se a uma nova identidade e imagem corporal no registo do evoluir da doença. Porém os nossos resultados revelam que esta imagem corporal distancia-se do corpo real, revelando até o sujeito uma tendência para se imaginar menor do que a realidade. Parece existir assim, distorção da imagem corporal nesta população toxicodependente VIH positiva. A nova identidade a que a infecção obriga começa logo com a informação do diagnóstico positivo para o VIH.

A imagem corporal nos toxicodependentes parece já estar distorcida, porém na infecção VIH, essa distorção assume-se de forma bastante mais acentuada do que em indivíduos seronegativos. Essa distorção pode ser consequência de um maior distanciamento e desconhecimento do sujeito seropositivo relativamente ao seu corpo. O que de certa forma segue as referências de Contant (1998), face à leitura que o seropositivo faz do seu corpo, um corpo com fortes significados: corpo-degradado, corpo-mutilado, corpo-derrubado, corpo-sofrimento, corpo-angústia, corpo-morte, corpo-doente, corpo-cuidados. O que obrigatoriamente obriga o sujeito a reformular a sua imagem corporal, representação essa que sofre movimentos constantes ao longo da vida. Talvez esta imagem corporal representada no corpo VIH positivo, esteja particularmente distante do corpo real, pois este está infectado por um agente altamente destrutivo, que afecta na sua evolução o aspecto físico do indivíduo. Ora o aspecto físico é algo altamente pertinente para a nossa actual cultura e sociedade. Cada vez mais pessoas de diversas faixas etárias preocupam-se em ter um corpo próximo dos padrões estéticos de beleza que circulam e que provocam admiração, desejo e sensualidade. O bem-estar de cada um está muito condicionado pela imagem do corpo veiculada ao exterior (Emelinda 2003). Os VIH positivos confrontam-se logo após a confirmação da sua seropositividade com um corpo que vai sofrer eventuais transformações, as quais se afastarão do estereótipo do corpo socialmente

desejável. O corpo sexual também está posto em causa, tal como a atractividade, sendo esta dimensão fundamental para um desenvolvimento adequado da imagem corporal. Logo, como o indivíduo se sente e se vê determina a forma como se apresenta aos outros, podendo tal sofrer alterações com a seropositividade para o VIH (Jamieson, 1996).

Os nossos resultados também vão ao encontro das hipóteses de Shevitz et al., (2001) assumindo que pacientes com Sida revelam perturbação da imagem corporal, acompanhando-se esta por sentimentos de tristeza, isolamento e desinvestimento sexual. O nosso estudo não revelou contudo diferenças ao nível da imagem corporal entre o grupo seropositivo assintomático para o VIH e o grupo com infecções oportunistas. Demonstrando que a existência de VIH no organismo já define por si só uma nova relação com o corpo e com a imagem corporal, independentemente do estágio da infecção, ou dos sinais físicos relativos à mesma. Parece que o facto do indivíduo tomar conhecimento da sua seropositividade define logo à partida uma nova imagem corporal, associada a uma nova identidade corporal. Nem as infecções oportunistas, nem a eventual lipodistrofia se assumem como factores exclusivos de perturbação da imagem corporal, no VIH positivo. Tal leva-nos a pôr a hipótese que é a aproximação simbólica com a eventualidade da morte representada pelo VIH, juntamente com os significados inerentes ao próprio VIH que obrigam à organização de uma nova e mais distorcida imagem corporal, que também é mais distante do corpo real.

O corpo representado pelo toxicodependente já é por si só um corpo estranho, distante da dimensão onírica e do imaginário, ora a seropositividade para o VIH neste mesmo corpo ainda o distancia mais. Talvez o sujeito fique preso a uma relação quotidiana com o seu corpo real, pautada pela terapêutica antiretroviral, a qual assume um ritmo de tomas altamente rigoroso e circular. Reduzindo a relação do sujeito com o seu corpo ao ritmo dos cuidados farmacológicos. O corpo imaginário e afectivo está distante do corpo real este último é meramente um corpo-de-cuidados, nos quais está assente o futuro desse mesmo corpo. O corpo real é unicamente um corpo médico, relativamente ao qual tem de se fazer auto auscultações constantes, numa busca absoluta por novos indicadores relativos a uma eventual infecção, a qual aproximará ainda mais o corpo da morte. Por isso, quase que fica interdito a relação próxima entre o corpo real e o corpo imaginário, não existindo tempo nem espaço para conviver com o corpo imaginário. Se antes da seropositividade para o VIH, o toxicodependente já

funcionava numa realidade extremamente adaptada ao uso de uma substância (a heroína) que dominava por completo toda a vida do indivíduo, num registo quase superegótico. Agora é a própria terapêutica que com todo o seu rigor e meticulosidade domina a existência do indivíduo, dirigindo-o unicamente para uma relação de existência exclusiva com o corpo biológico, sensorial, real e infectado pelo VIH.

*Levei as mãos aos olhos para ver
Se mesmo em ruína inda existias,
Mergulhei no sol os dedos todos,
vêm molhados das águas fatigadas –
o corpo perdia-se frente aos dias.*

(Eugénio de Andrade, 2000)

Talvez o toxicodependente seropositivo para o VIH se reveja neste poema de Eugénio de Andrade, na relação com o seu corpo, um corpo predominantemente real, que se esquece do imaginário, porque a preocupação dominante é efectivamente com o corpo-de-cuidados, corpo biológico. Este corpo vai perdendo a sua harmonia frente aos dias, contudo é um corpo desconhecido que mesmo por esforço, levando as mãos aos olhos dificilmente se vê, pois está apagada a dinâmica interna entre corpo real e o imaginário. É um corpo demasiado fatigado, e gasto pelos cuidados e pelas exigências necessárias para ser capaz de mergulhar no sol os dedos todos.

É de salientar ainda que este estudo apresenta limitações metodológicas, uma vez que o instrumento revela alguma ambiguidade e não está aferido para a população portuguesa, logo não nos permite retirar conclusões absolutamente fidedignas. Por outro lado, apesar de ter apresentado algumas hipóteses explicativas para a compreensão e explicação da existência de distorção da imagem corporal no VIH/Sida, tais como psicológicas, psicopatológicas e neurológicas, o método mais uma vez não nos permite identificar uma que seja a mais congruente e definitiva. Não é nossa pretensão encontrar hipóteses explicativas para os nossos resultados, mas meramente apresentar a ideia de que o VIH é um factor discriminativo para a imagem corporal em sujeitos toxicodependentes. Seria interessante repetir este estudo com um número de participantes mais alargado e representativo e utilizando outro tipo de metodologia mais fidedigna, cruzando eventualmente metodologia quantitativa e qualitativa. Pode ser pertinente estudar mais aprofundadamente o fenómeno da lipodistrofia, relacionando-o com a imagem corporal, integrando um grupo de

indivíduos diagnosticados com lipodistrofia e estudar a sua imagem corporal e relação com o corpo.

7. Referências bibliográficas

- Abrantes, R. (2002). A co-infecção vih e hepatite. *Abraço*, 7 n° 2.
- Ader, R., & Cohen, N. (1975). Behaviorally conditioned immunosuppression. 1 *Psychosomatic Medicine*, 37, 333-340.
- Ader, R., & Cohen, N. (1975). Psychoneuroimmunology: conditioning and stress. *Annual Review of Psychology*, 44, 53-85.
- Agra, C. & Fernandes L. (1993). *Droga enigma, droga novo paradigma*. Porto: Radicario.
- Agra, C. (1993). *Dizer a droga, ouvir as drogas: estudos teóricos e empiristas para uma ciência do comportamento aditivo*. Porto: Radicario.
- Agra, C. (1994). Ciência do comportamento aditivo. In C. Agra, J. Marques Teixeira, J. N. Carvalho & L. Fernandes, (Eds). *Dizer as drogas ouvir as drogas. Estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento aditivo* (pp. 11-28). Porto: Livpsic.
- Agra, C. (1994). Ciência do comportamento aditivo. In C. Agra, J. Marques Teixeira, J. N. Carvalho & L. Fernandes, (Eds). *Dizer as drogas ouvir as drogas. Estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento aditivo* (pp. 55-86). Porto: Livpsic.
- Agra, C. (1995). Da rapsódia à sinfonia. Epistema: os modos elementares do pensamento das drogas. *Revisa Toxicodependências*, 2, 45-53.
- Agra, C. (1998). *Entre droga e crime*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Ajuriaguerra, J. (1971). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson.

- Alcorn, K., (2000) *Aid reference manual*. London: Nam.
- Alcorn, K., (2002). *Vih & aids treatments directory*. London: Nam.
- Aldir, I., (2001). Infecções por vírus herpes. In Antunes, F. (Eds.), *Manual sobre sida*. Lisboa: Permany Portugal:
- Alexander, F. (1989). *Medicina psicossomática*. São Paulo: Artes Médicas.
- Alves, C. (2001). Uma história de ópio. *Toxicodependências*, 2, 77-86.
- Alves, N.; Baptista, M. & Fortunato, J. (2003). Percepção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 5, Nº2, 97-103.
- Almeida, M. (1996). *Corpo presente: treze reflexões antropológicas sobre o corpo*. Oeiras: Celta:
- American Psychiatric Ass. (1996). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Andrade, E. (2000). Poesia Eugénio de Andrade. Fundação Eugénio de Andrade.
- Angel, P., Richard, D., & Valleur, M., (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi.
- Anzieu, D. (1978). *Pele: do prazer ao pensamento*. Lisboa: Sociocultura.
- Anzieu, D. (1985). *Moi-peau*. Paris: Dunod
- Antunes, F. (2001). *Manual sobre sida*. Lisboa: Permany Portugal:
- Antunes, F. Matos, O. & Ângelo, H. (2001). Pneumocystis e outros protozoários. In Antunes, F.(Eds.), *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.

- Arnon, D. et. al. (1974). Psychological differentiation in heroin addicts. *Int. J. of the addictions*, 9 (1), 151-159.
- Arroz, M. (1998). Afinal o que são as sub populações linfocitárias?. *Abrço*, 2, nº 5, 8
- Baldwin, C.(2000). Mudanças de terapêutica com IP's. *The Aids Reader* 10 (8) 479-485.
- Ballone, G. (2001). Dependência química e transtornos da personalidade. Consultado em 12 de Janeiro de 2002 através de <http://sites.uol.com.br/gballone/psicossomatica/drogas4.html>.
- Ballone, G. (2003). Aspectos neuropsiquiátricos da infecção por vih. 5. Consultado em 12 de Janeiro de 2002, através de <http://www.psiqweb.med.br/acad/aids.html>.
- Batista, M. (1998). Família e toxicodependência. *Psicologia e Educação*. v. 13, nº 1998, 12.
- Baudrillard, J. (1970). *La société de consommation*. Paris: Gallimard.
- Behrens, G. & Reinhold, S. (2005). Síndrome de lipodistrofia. *HIVMedicine*.3, (2) 1-16. Consultado em Janeiro de 2006, através da fonte <Http://hivmedicine.aidsportugal.com/hiv-print.php>
- Berge, Y. (1975). *Vivre son corps*. Paris: Editions du Seuil.
- Bergeret, J. (1979). *Relation entre desrealization, despersonalisation et delire*. Paris: Masson
- Bergeret, J. (1983). *Toxicomania e personalidade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bergeret, J. & Leblanc, J. (1989). *Précis des toxicomanes*. Paris: Masson.
- Bergeret, J. (1998). *Psicologia patológica: teoria e clínica*. Lisboa: Climepsi.

- Bernfeld, S. (1996). Psychanalyse dans le mouvement de jeunesse. *Adolescence*, 205-211.
- Bertherat, T. & Bernstein, C. (1976). *Le corps a ses raisons – auto-guérison et anti-gymnastique*. Paris: Editions du Seuil.
- Bion, W. (1979). *Elements de la psychanalyse*. Paris: P.U.F.
- Bion, W. (1994). *Estudos psicanalíticos revistos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Blanch, J., e col (2002). Impacto da lipodistrofia na qualidade de vida dos pacientes infectados com VIH-1. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 31, 404-407.
- Blanco, F. (2001). Lipodystrophy syndrome: diagnostic, clinic and therapeutic aspects. *AIDS*, 3, 98-105.
- Blatt, S. (1983). *Psychodynamic perspectives on personality theory*. N.Y.: Pergamon.
- Blatt, S. (1996). Levels of relatedness within the dependency factor of the depressive experiences questionnaire for adolescents. *J. Personal Assess*, 52-71.
- Blos, P. (1962). *On adolescence – a psycholanalytic interpretation*. N.Y.: The Free Press.
- Blos, P. (1967). *Second individuation process of adolescence*. N.Y.: Int. Univ. Press.
- Boivin, N. (1995) Étude exploratoire des effets psycho-sexuels de la séropositivité: témoignages de dix hommes gais séropositifs. Thèse de maîtrise, Université du Québec à Montréal.

Boivin, N. (2003) Le séropositivité: un défi pour éros. Association des sexologues du Québec. Consultado em 12 de Janeiro de 2002 através de <http://www.associationdessexologues.com/fr/articles/seropositivite.html>

Boss, M. (1969). *Introduction à la médecine psychosomatique*. Paris: PUF.

Bouchet, D. (1990). Psychanalystes devant le sida. *Rev. Franc. Psychana.* 5 (3).

Brands, B., Sroufe, B. & Marshman, J. (1998). *Drugs & drugs abuse*. (3^a ed.) Toronto: Addiction Research Foundation.

Braunwald e col (2001). *Harrison's principles of internal medicine*. N. Y.: McGraw Hill.

Braunstein, F. & Pepin J. F. (2001). *O lugar do corpo na cultura ocidental*. Lisboa: Instituto Piaget.

Brouillette, M. & Citron, K. (1997). *Hiv & psychiatry canadian*. Ontario: Psychiatric Association.

Bruchon-Schweitzer, M. (1987). Image du corps de 10 a 40 ans. Quelques facettes de cette image d'après le questionnaire QIC. *Bull psychol.*, 3. 893-907.

Cady, S. (2004). O relaxamento psicossomático. In Sami-Ali e col. (Eds.), *Manual de terapias psicossomáticas*. São Paulo: Artes Médicas. (Obra original publicada em 2001)

Caetano, M. (2002). *Novidades e "velharias" na conferência de Barcelona*. XIV. Apresentação na conferência Internacional sobre Sida. Barcelona.

Caldeira, L. (2001). Neoplasias associadas à sida. In Antunes, F. (Eds.), *Manual sobre sida*. Lisboa: Permany Portugal.

Campos, A. M. (2000). Drogas, agora e porquê. *Toxicodependências*, 1, 81-83.

- Campos, M., (2003). Notícias de Boston. *Abraço*. 7, (5), 9.
- Caponeri, M. (1993). Seropositividade ou sida. *Centro das Taipas*. 117-119
- Capsiano, H. (1983). *Imagem corporal in psicossomática hoje*. Rio de Janeiro: Artes Médicas.
- Cardenas, G. e col. (1990). Manifestações neuropsiquiátricas en el sida. *Rev. Hospit. Psiq. Habana*, 89-93.
- Cardoso, C. M. (2001). “Droga” um problema de saúde pública. *Saúde Mental*, 4 (3), 9 – 7.
- Carr, A., e col. (2001). HIV protease inhibitor substitution in patients with lipodystrophy: a randomized, controlled, open-label, multicentre study. *AIDS Rev.* 15, 1811-1822
- Carr, A., e col. (2001). Lipodystrophy syndrome: diagnostic, clinic and therapeutic aspects. *AIDS Rev.* 3: 98 - 105
- Carr, A., e col (2003). An objective case definition of lipodystrophy in hiv-infected adults: a case-control study. *Lancet*. 361:726-735.
- Carr, A. & Law, M. (2003). An objective lipodystrophy severity grading scale derived from the lipodystrophy case definitionh score. *J. Acquir Immune Defic. Syndrome*. 33: 571-576.
- Carr, A., Workman, C., & Carey, D. (2004). No effect of rosiglitazone for treatment of hiv-1 lipoatrophy: randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 363: 429-438.
- Cash, T. (1990). *Body image: development, deviance and change*. New York: Guilford Press.

Casquilho, J. (1999) Il2 +haart. *Abraço*, 3, nº 3, 6

Casquilho, J. (2000 Junho). *Novas perspectivas sobre lipodistrofia*. Comunicação pessoal no VI Congresso sobre VIH / Sida, Lisboa.

Casquilho, J. (2002). Quando começar o tratamento anti-retrovírico?. *Abraço*, 6, nº 3, 5-6.

Castellano, G. (1996). *Contribuição psicodinâmica ao estudo da toxicodependência*. Lisboa: Dinalivro

C.D.C. (1992). Revised classification system for hiv infection and expanded surveillance of definition for aids among adolescent and adults. *MMWR* 41. 1-19.

Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. Boletim de 2002 Sida em Portugal. (2002). Lisboa: C.V.E.D.T.

Mandell, D. & Benett. S. (2000). *Classification of hiv disease in principles and practices of infectious diseases*. Livingstone: Churchill.

Chaves, M. (1998). Consumo de novas drogas: ponto de partida para a investigação sociológica. *Revista toxicodependências*, 4, 15-23.

Chein, I. (1969). Environment as a determinant of behavior. *J. S. Psychol*, 115-127.

Cohen, C. (2001). Erros estatísticos nos sexos em estudos sobre a sida. *Chicago Tribune*. (19). 34-42.

Collins, E. e col. (2000). Impacto psicossocial da lipodistrofia na infecção VIH. *The Aids Reader* 10 (9) 546-551.

Collins, E. e col. (2000). Proteases, hiperglicémia, hiperlipidémia e lipodistrofia. *Archives of internal Medicine Online*. v. 160, 13.

Contant, A. (1994). *Sida: un corps, une vie*. Paris: Masson.

Convery, C. (1995). Introduction to unreality, depersonalisation and derealisation. Consultado em 2 de Fevereiro de 2002 através de <http://www.kbk73.dial.pipex.com/unreal.html>

Cordeiro, J. (1979). *Adolescente e a família*. Lisboa: Moraes.

Cordeiro, J. & Miguel, N. (1979). Aspectos psicossociais das toxicodependências. *Revista Hospitalidade*, 8, 66-69.

Costa, A. (1995). Modelo Integrado face à Sida. *Revista Toxicodependências*. 1. 12-16

Costa, A. (1996). *Algumas Reflexões sobre a evolução da infecção pelo vih, entre os utentes do CAT das Taipas*. Lisboa: Escritos Taipas.

Costa, A. (1996). *Toxicodependentes e vih soluções diferentes para casos diferentes*. Lisboa: Escritos Taipas:

Costa, H. & Melo, R. (1994). *Toxicodependência numa perspectiva social e familiar*. Lisboa: Centro das Taipas.

Costa, J. (1992). *Imagem pública, una ingeniería social*. Madrid: Fundesco.

Costa, N. (1992). *Drogas e a sua cultura*. Colectânea de textos. Lisboa: Centro das Taipas.

Costa, N. (1995). Perturbações da vivência do tempo na toxicodependência e na depressão. *Toxicodependências*. v. 2. nº (1995) 50-61.

Costa, N. (1999). Toxicodependentes seropositivos em tratamento. *Toxicodependências*. v. 5. nº 2 (1999) 33-42.

- Cotralha, N. (1992). *Expressão artística e consciência do corpo na toxicodependência - experiência de vida*. Lisboa: Centro das Taipas.
- Cotralha, N. (1994). *Adolescência e toxicodependência numa abordagem psicodinâmica*. Lisboa: Centro das Taipas.
- Cournut, J. e col. (1996). Sida. *Rev. Franc. Psychanalise*. 131-140 (4).
- Crowley, T. (1972). The reinforcers for drug abuse: why people take drugs. *Comprehensive Psychiatry*, v.13, 1, 51-62.
- Cunha, M. J. (2004). *A imagem corporal, uma abordagem Sociológica à importância do corpo e da magreza para as adolescentes*. Azeitão: Autonomia 27.
- Danan, A. (2004). Compreensão psicossomática do paciente. In Sami-Ali et al. (Eds), *Manual de Terapias Psicossomáticas*. Porto Alegre: Artmed Editora. (Obra original publicada em 2001)
- Dantzer, R. e col (1995). Psychosomatique et maladie: l'apport de la psychoneuro-immunologie. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 8, 513-528.
- Davis, L. (2002). An aids body: living with lipodystrophy. Consultado em 3 de Outubro de 2003 através de <http://www.thebody.com/step/fall02/lipo.html>
- Dejours, C. (1988). *Corpo entre a biologia e a psicanálise*. São Paulo: Artes Médicas.
- Dejour, C. (1992). Biologie et intersubjectivité. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 8: 529-533.
- Descamps, M. (1985). Corps dans le monde contemporain. *Bull psychol.*, 944-945.
- Dias, C. A. (1978). Toxicodependência e depressão: um modelo de compreensão nas vertentes individual e social. *Análise Psicológica*, 1, 11-16.

Dias, C. A. (1979). *Que se mexe a parar: estudos sobre a droga*. Porto: Afrontamentos.

Dias, C. A. (1980). Influência relativa aos factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano (demografia das toxicodependências), Tese de doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, F.P.C.E., Coimbra.

Dias, C. A., Vicente, T. N., Figueiredo, E. & Rodrigues, L. (1980). Massagens no tratamento de episódios de despersonalização em toxicómanos. *Separata de "O Médico"*, 96 (31), 358-360.

Dias, C. A. (1986). Regressão imagem do corpo e identificação projectiva como elemento diferenciado, entre proc. adolesc. e proc. psicótico. *J. Psicol.*, 5 (1), 18-20.

Dias, C. A. (1987). Avaliação do programa de tratamento para toxicodependentes. *Juventude Toxicomanias*, 14-20.

Dias, C. A. (1991). *Ali-Babá, droga: uma neurose diabólica do Séc. XX*. Lisboa: Escher.

Dias, C. A. (1992). *Aventuras de Ali-Baba nos túmulos de ubr - ensaio psicanalítico sobre a somatopsicose*. Lisboa: Fenda.

Dias, C. A. (1993). *Só Deus em mim se opõe a Deus*. Lisboa: Fenda.

Dias, C. A. (1995). *Ascensão e queda dos toxicodependentes: ou a democracia da mentira*. Lisboa: Fenda.

Dias, C. A., & Alves, F. (1995). *Avenida de ceuta n°1*. Lisboa: Relógio d'água.

Dias, C. A. (1997). *Tabela para uma nebulosa: desenvolvimento a partir de Wilfred Bion*. Lisboa: Fim de Século.

- Dias, C. A. (1998). *Psicanálise em tempo de mudança: contribuições a partir de Bion*. Lisboa: Afrontamentos.
- Dias, C. A. (2000). *Adolescência e toxicodependências*. Lisboa: Direcção Regional Educação.
- Dolto, F. (1992). *Imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva.
- Dupras, A., e col. (1992), Sexualité et séropositivité au vih, *Frontières*, vol. 4 (3), 47-49.
- Edwards, G., & Lander, M. (1994). *A natureza da dependência das drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ellinwood, E. (1967). Amphetamine psychosis. *J. of Nervous and Mental disease*, 144(4), 273-283.
- Elizabeth, T., e col. (2003). Dificuldades psicológicas e progressão para sida num corte de consumidores de drogas injectáveis. *Journal of Acquired immune deficiency Syndromes* vol. 32, nº 4, 429-434.
- Emelinda (2003). Building a better body image, Consultado em 2 de Fevereiro de 2002 através de <http://www.Emelina.Com/building.html>
- Erthal, T. (1991). *Terapia vivencial – uma abordagem existencial em psicoterapia*. São Paulo: Ed. Vozes.
- Espada, A. & Victorino, R. (2001). Sida. In Antunes, F. (Eds.), *Manual sobre a Sida*. Lisboa: Permany Portugal.
- Farate, C. (1999). A toxidade de uma conduta depressiva de sentido ou a somatose de um espírito em privação de imaginário. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (1), 113 – 119.

Faria, J. (1996). *A tragédia da consciência. Ética, psicologia e identidade humana*. São Paulo: Unimep.

Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. N.Y.: Norton

Fernandes, L. (2002). *Sítio das drogas*, (3ª ed. rev.). Lisboa: Editorial Notícias.

Ferrand, I., (1987) *Manifestations neuropsychiatriques du sida*. Paris: Thechniques.

Ferreira, O. (2001). Origem do VIH. In Antunes, F. (Eds.), *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.

Fichtenbaum, C. e col. (1998). Potenciais perturbações a longo prazo na utilização de inibidores da protease. *Eatn, European Aids Treatment News*. 3, 20-22

Fieldhouse, R. (2003) *Aids reference manual*. London: Nam

Fiess, R. (1970). *Ego and body ego*. N. Y.: Int. Univ. Press.

Fisher, S. & Cleveland (1958). *Body image and personality*. Princeton: Van Nostrand & Co.

Fisher, S. (1970). *Body experience in fantasy and behavior*. N. Y.: Appleton-century-crofts.

Fisher, S. (1972). Body image, international encyclopedia of the social sciences, Vol I. Londres: Collier-McMillan Pub.

Fisher, S. (1986). Development and structure of the body image, Vol. I. Hillsdale: LEA Inc. Pub.

- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In Cash, T.; Pruzinsky, T. (Eds.), *Body images: development, deviance and change*. New York: The Guilford Press.
- Fleming, M. (1997). Toxicodependência e família interna. *Revista Portuguesa de Psicanálise*. v. 16, nº 1997, 83-89.
- Flexner, C. (1998). Lipodistrofia do VIH. *The Hopkins HIV Report*. vol. 10 (5). 43-46.
- Fonseca, A. (1998). *O essencial sobre drogas e drogados*. Lisboa: Coleção Essencial.
- Forrester, M. (2000). *Psychology of the image*. London: Routledge.
- Foster, D. (1998) The lipodystrophies and other rare disorders of adipose tissue. *Internal Medicine*, (3) 56-59
- Foucault, M. (1975) *Surveiller et punir: naissance de prison*. Paris: Galimard.
- Freud, S. (1898). *La sexualité, dans l'étiologie des névroses*. Paris: P.U.F.
- Freud, S. (1962). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris: Gallimard.
- Gabbard, G. (1992). *Psiquiatria psicodinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gabinete Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (1990). *O consumo ilícito de drogas, informações básicas* (2ª ed). Cadernos de informação. Lisboa: G.P.C.C.D.
- Gameiro, A. (1988). Famílias com jovens drogados: desafios para pais, filhos e para a psicologia social aplicada. *Jornal de Psicologia*, 4, 13-17.
- Ganso, C. (2000). *Sida, stress, depressão. tratamento psicanalítico*. Madrid: Ed. Cero

Garcia, B e col., (1998). Atitudes de risco e seropositividade do vih em indivíduos toxicodependentes atendidos no cat taipas-estudo retrospectivo (1987-1997). *Revista Toxicodependências*. 3, 12-20.

Garcia-Gamba, E. (1998). *Psiquiatria y sida*. Madrid: Biblio stm.

Garcia, T. (1989). Metamorfoses do corpo ou um estudo sobre a imagem corporal. *Revista Horizonte*, 6, 127-131.

Gold, M. & Rea, W. (1983). The role of endorphines in opiate addiction, opiate withdrawal and recovery. *Psychiatric Clinics of North America*, 6, 489-520.

Gomes, A. (2001). Imagem corporal na toxicodependência. (Tese de mestrado em psicossomática). Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.

Gonzalez, R. (2002). Lipoatrophy, the ongoing problem. *Seattle treatment Education Project*. V. 1 (40) 1-2.

Goodwin, B. (1981). *Introduction*. Edinburgh: EdinburgerUniv. Press.

Grant, I. & Atkinson, J. (1990). The evolution of neurobehavioural complications of hiv infection. *Psychological Medicine*, 20, 747-754.

Grilo, A. (2001). Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por vih/sida. *Psicologia Saúde e Doenças*, 2 (2), 101-118.

Grmek, M. (1994) *História da sida. Relógio*. Lisboa: Relógio D`água.

Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/Sida. (2003). Introdução à terapêutica de combinação. Lisboa: Publicações G.A.T.

Guerra, M. (1994). Avaliação da adaptação do ser humano à seropositividade ao vírus vih. *Análise Psicológica*. 2/3 (12) 381-388.

Guerra, M. (1998). *Sida*. Lisboa: Fim de século.

Gurtinkel, D. (1993). *Introdução a uma abordagem psicanalítica da questão das drogas na adolescência*. São Paulo: Pedagogia Universitária

Hallal, R. (1996). Cuidado de si. *Revista Toxicodependências*, 2, 3-14.

Hanley, F. (2004). The dynamic body image and the moving body: a theoretical and empirical investigation, Doctoral thesis submitted to Victoria University, School of Psychology, Faculty of Arts. Victoria, EUA.

Hartmann, D. (1976). *Study of drug-taking adolescents*. N.Y.: Int. Univ. Press.

Herve, F. (1991) Toxicomanie: sida ou une impossible sexualité. *J Psychologues* 47 - 49.

Horowitz, I. (1966). Effect of choice and locus of dependence on helping behavior. *J. Personal Soc. Psychol.* 373-376.

Houyez, F. (1998). Recuperação do sistema imunitário. *Abrço*, 2, nº 4, 6-8

Huyghe, R. (1986). *O Poder da imagem*. Lisboa: Ed. 70.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2002). Relatório anual de 2001. A situação do país em matéria de drogas e toxicodependência. Vol. I Informação estatística. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2003). Relatório anual de 2002. A situação do país em matéria de drogas e toxicodependência. Vol. I Informação estatística. Lisboa: IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2004). Relatório anual de 2003. A situação do país em matéria de drogas e toxicodependência. Vol. I Informação estatística. Lisboa: IDT.

- Jackson, L., e col. (1995). Social behavioral and psychological issues related to hiv infection among women living with hiv in Ontario. *Canadian Journal of Infectious Diseases* 6 (B) 42-48.
- Jamieson, S. (1996). Aids focus. Altered body image. *Nurs Stand.* 10-16; 10(16) 50-3.
- Jaquet, D., e col. (2000). Clinical and metabolic presentation of the lipodystrophic syndrome in hiv-infected children. *AIDS.* 14, 2123-2128.
- Jodelet, D. (1984). Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. psychologie sociale. Paris: PUF.
- Jordi, B. (2002). Impacto da lipodistrofia na qualidade de vida dos pacientes infectados com vih-1. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 31. 404-407.
- Kaplan, H., Sadock, B. & Grebb, J. (1997). *Compêndio de psiquiatria. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* (7ª Ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Keating, I. (1987). A imagem do corpo. *Rev. Portuguesa de Pedagogia*, 6, 355-379.
- Kiecolt-Graser, J., & Glaser, R. (1988). Psychological influences on immunity (implications for aids). *American Psychologist*, 43 (11), 892-898.
- Kiecolt-Graser, J., & Glaser, R. (1989). Psychoneuroimmunology: past, present, and future. *Health Psychology*, 8 (6), 677-682.
- Kilpatrick, D. et. al. (1976). Personality correlates of polydrug abuse. *Psychological Reports*, 38, 311-317.
- Kotler, D. (1988). Da erradicação à lipodistrofia. *Eatn, European aids treatment news.* 3 26-29.

Kotler, D. (2001). Update on metabolic and morphologic abnormalities in hiv. Consultado em 10 de Agosto de 2003 através de <http://www.medscape.com/Medscape/HIV/TreatmentUpdate/1999/tu11/public/toc-tu11.html>

Kotler, D. (2004). Effects of grow hormone on abnormal visceral adipose tissue accumulation and dyslipidemia in hiv-infected patients. *J. Acquir Immune Defic. Syndrome*. 35: 239-252.

Kreisler, L. (1991). Les base originaires de l'organisation psychosomatique. *Revue Française de Psychosomatique*, 1: 169-184.

Laplanche, J. (1995). *Agressiveness and sadomasochism. Essential papers of masochism*. New York: New York University.

Laplanche, J. (1997). Sois disant pulsion de mort: une pulsion sexuelle. *Adolescence*. vol. 30 n° 1997. 205 – 224.

Laplanche, J. (2000). Pulsion et instinct. *Adolescence*. vol. 18 n° 2 (2000). 649 – 668.

Lee, K., Solts, B., & Burns, J. (2002). Investigation the psychosocial impact of anti-hiv combination therapies. *AIDS care*. V. 14 (6). 851-857.

Leventhal, G. (1983). Body Image of drug and alcohol abusers. *The International journal of the Addictions*, 18 (6), 791 - 804.

Lindesmith, A. (1970). *Psychology of addiction*. N.Y.: Academic Press.

Liss, M. e col. (2000) Haart alterações metabólicas e da morfologia corporal. *The Aids Reader* 10 (12) 688-691.

Maffre, F. (1989). Le sida à la lumière de la psychosomatique. In Ruffiot, A. (Eds.), *Psychologie du Sida*. Bruxelles: Pierre Mardaga.

- Maisonneuve, J. & Bruchon-Schweiter, M. (1981) *Modèles du corps et psychologie esthétique*. Paris: P.U.F.
- Mansinho, K. (2001). Outras infecções bacterianas. In Antunes, F. (Eds.), *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.
- Manuel, J. (2001). Reconstrução facial: o que pode ser feito para reparar a perda de gordura na face. *Abraço*. 5, (4). 9-10.
- Marcotte, G., e col. (1992), La question du développement sexuel chez les hommes gais séropositifs. *Santé mentale au Canada*, vol. 40 (4), 12-18.
- Maroco, J. (2003). Análise estatística, com utilização de spss. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martínez, E. (2001). Lipodystrophy syndrome in patients with hiv infection. *Drug safety*, 24 (3), 157-166.
- Martínez, E., e col. (2002). Risco de lipodistrofia e inibidores de protease. *Lancet*. v. 357, 9256-592.
- Martins, H. (2001). Distribuição mundial dos genótipos (epidemiologia molecular do vih). In Antunes, F. (Eds.), *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.
- Marty, P. (1963). *L'investigation psychosomatique avec la collaboration de M'Uzan et David C*. Paris: P.U.F.
- Marty, P. (1990). *A psicossomática do adulto*. São Paulo: Artes Médicas.
- Matos, A. C. (1989). *Patologia psicossomática - perspectiva psicanalítica, in psiquiatria de ligação e psicossomática*. Lisboa: Laboratórios Delagrangue.
- Matos; A. C. (1990). *O inconsciente primário ou virtual e a psicossomática, in psiquiatria de ligação e psicossomática*. Lisboa: Laboratórios Delagrangue.

- Matos, A. C. (1996). *Toxicomania juvenil*. Lisboa: Bial.
- Matos, A. C. (1996). *Relação confusional do objecto e toxicomania*. Lisboa: Bial.
- Matos, A. C. (2000). *Investimento da imagem corporal na adolescência*. Lisboa: Bial.
- Matos, A. M. e col. (2000). *Comportamento e saúde em jovens em idade escolar*. Lisboa: O.M.S. Aventura Social e Saúde.
- Matos, A. C. (2001). *Funcionamentos depressivos na toxicodependência*. Lisboa: Climepsi.
- Mcauliffe, W. E. & Gordon, R. A. (1974). A test of Lindesmith's theory of addiction: the frequency of euphoria among long-term addicts. *American Journal of Sociology*, v.79, 4, 795-840.
- McClearn, G. (1983). Commonalities in substance abuse: a genetic perspective. In Levison, P.; Gerstein, D. & Maloff, D. (Eds), *Commonalities in Substance Abuse and Human Behavior*. Lexington: Lexington Books.
- Mc Dougall, J. (1989). *Théâtre du corps*. Paris: Gallimard.
- Melo, R. (1996). O prazer aquém do corpo. *Rev. Toxicodependências*, 2 (2), 27-33.
- Mendonça, G. (2002). Evolução da incidência da sida na União Europeia 1990-2000. *Abraço*. 7, (29) 13-14.
- Meredith, L. (2000) Alterações metabólicas e da morfologia corporal, 1ª parte. *The Aids Reader* 10 (11) 622-631.
- Meredith, L. (2000). Haart-alterações metabólicas e da morfologia corporal 2ª parte. *The Aids Reader* 10 (12) 688-691.
- Merleau-Ponty, M. (1972). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Galimard.

- Merleau-Ponty, M. (1988). *Le psychique et le corporel*. Paris: Aubier.
- Messinger, E. & Zitrin, A. (1965). *A statistical study of criminal drug addicts, crime and delinquency*, 11(3), 283-292.
- Miguel, N. (1994). *Toxicodependência na perspectiva médica*. Lisboa: Centro das taipas.
- Miguel, N. (1997). Toxicodependência: uma perspectiva. *Rev. Toxicodependências*, 3 (1), 25-30.
- Miguel, N. (1998). A realidade em Portugal: alguns números. *Rev. Toxicodependências*, 4 (1), 3-8.
- Milby, N. (1988). *A dependência de drogas e seu tratamento*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo.
- Milheiro, J. (2001). O Corpo sabe. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 3 (4).
- Miranda, M. (2001). Complicações do sistema nervoso na infecção VIH. In Antunes, F. (Eds.), *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.
- Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi.
- Morttain, Y. (1997). Sida: le chevauchement entre fantasme et réalité. *Evolution Psychiatrique*. 71-80 (8).
- Murteira, B. & Black, G. (1983). *Estatística descritiva*. Lisboa: McGraw-Hill.
- National Institute of Allergy and infectious Disease. (2003, August 24) Treatment of hiv infection. *NIAID Intramural AIDS Research Program*, 1 800. 7243-7246.

National Institute on Drug Abuse (2002) Principles of hiv prevention in drug-using population. (Pub. 02.4733). N.Y.: N.I.D.A.

Negreiros, J. (1983). Consumo de drogas na adolescência, considerações sobre a sua etiologia e prevenção. *Jornal de Psicologia*, 5, 7-8.

Neto, D. (1999). Estrutura neurótica da personalidade e toxicodependência. *Rev. Portuguesa de Psicanálise*, 3, 57-65.

New Mexico AIDS infoNet (2003). Body shape changes (lipodystrophy). Consultado em 7 de Março de 2004 através de World Wide Web www.aidsinfonet.org

New Mexico AIDS infoNet (2003). Women and hiv. Consultado em 2 de Fevereiro de 2004 através de World Wide Web www.aidsinfonet.org

New Mexico AIDS infoNet (2003) Treatment after exposure to hiv. Consultado em 2 de Fevereiro de 2004 através de World Wide Web www.aidsinfonet.org

New Mexico AIDS infoNet (2003) Drug use and hiv. Consultado em 2 de Fevereiro de 2004 através de World Wide Web www.aidsinfonet.org

N.I.D.A. (1977). Psychodynamics of drug dependence. Research monograph 12. Consultado em 2 de Fevereiro de 2002 através de <http://165.112.78.61/pdf/monographs/12.pdf>

N.I.D.A. (1984). Testing drugs for physical dependence potential and abuse liability. Research monograph 52. Consultado em 2 de Fevereiro de 2002 através de <http://165.112.78.61/pdf/monographs/52.pdf>

N.I.D.A. (2002). Abuse and addiction. Consultado em 7 de Junho de 2003 através de <http://www.nida.nih.gov/researchreports/abuse/addiction.html>

N.I.D.A. (2003). Intramural aids research program. Consultado em 2 de Fevereiro de 2002 através de <http://165.112.78.62/pdf/monographs/321.pdf>

N.W.H.I.C. (2001) Body image and your health. Consultado em 17 de Outubro de 2003 através de <http://www.4woman.gov./bodyimage/Bodyimage.cfm>

Nouss, A. (1995) Corps du sida et le recit du fantome. In Herve G. (Eds.). *Sida*. Harmattan: Paris.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2003). Relatório anual. serviço de publicações oficiais das comunidades europeias. Lisboa: IDT.

Observatório Europeu de Drogas e Toxicodependência (2004). Relatório anual. serviço de publicações oficiais das comunidades europeias. Lisboa: IDT.

Observatório Europeu de Drogas e Toxicodependência (2004). Estratégia nacional e plano de acção nacional de luta contra a droga e a toxicodependência – Horizonte 2004 – Núcleo de informação, publicações e documentação. Lisboa: IDT.

Observatório Europeu de Drogas e Toxicodependência (2005). Relatório anual. serviço de publicações oficiais das comunidades europeias. Lisboa: IDT.

Oliveira, J. (2003). História natural da infecção pelo VIH. Comunicação pessoal apresentada IV Congresso VIH / Sida, Lisboa.

Olievenstein, C. (1979). *Não há drogados felizes*. Lisboa: Moraes.

Olievenstein, C. (1985). *Toxicomanies*. Paris: P.U.F.

Olievenstein, C. (1987). *Clinique du toxicomane*. Paris: Universitaires.

Olievenstein, C. (1990). *Dependência: um fenómeno psíquico activo*. Portalegre: Artes Médicas.

O'Shaughnessy, M. (1999). *Media and society: an introduction*. Austrália: Oxford University Press.

Ouakinin, S., Costa, N., & F.; Figueira, M. (1997). *Sida no hospital geral. medicina psicossomática*. Lisboa: Santa Maria.

Ouakinin, S., Costa, N., & F.; Figueira, M. (1997). *Reacções emocionais e cognitivas à doença somática. medicina psicossomática*. Santa Maria: Lisboa.

Ouakinin, S. (1999). *Seropositividade: gerir a proximidade, prevenir a solidão. Educação para a saúde*. Braga: Instituto de Educação Psicológica.

Ouakinin, S., & Fonseca, J. (2000). Evaluation of psychoneuroimmunological interactions in hiv infected patients. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4 (1), 157-169

Ouakinin, S. (2000). Mediadores de integração entre o sistema nervoso central e o sistema imunitário - A Sida numa abordagem psiconeuroimunológica. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1 (2), 91-111.

Ouakinin, S. (2000). *Quem me avisa, amigo é. Prevenir não é só informar. 1º Encontro nacional, caderno e actas*. Odivelas: Cimo.

Ouakinin, S. (2000). *Seropositividade e sida-sida: eu e os outros*. Lisboa: Climepsi.

Pacheco, P. (2001). Manifestações orais. manual sobre sida. In Antunes, F. (Eds.) *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.

Pacheco, P. (2001). Infecções fúngicas. In Antunes, F. (Eds.) *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.

Paços D`arcos, C. (1995). *Droga: com cavalo também se abatem*. Lisboa: Digalivro.

Paixão, M. & Pádua, E. (2001). Transmissão da infecção por vih. In Antunes, F. (Eds.), *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.

- Paixão, M. (2001). Epidemiologia da infecção vih e sida, o impacto mundial. In Antunes, F. (Eds.), *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.
- Pankow, G. (1974). Body image in hysterical psychosis. *Int. J. Psycho-anal*, 407-414.
- Patrício, L. (1994). *Que se passa em Portugal face à droga*. Lisboa: Centro das Taipas.
- Patrício, L. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.
- Paxton, S. (2000), Body image and health-whath are the links. *Psychological Medicine*, 21, 543- 550.
- Pedro, A. M. (1987). Réve et les toxicomanes: une étude clinique psychosomatique. Tese de doutoramento apresentado à Universidade de. Paris VII, Paris.
- Pedro, A. M. (1996). Toxicomanie et dépression masquee. *J Psychologues*, 134, 41 - 43.
- Pedro, A. M. (2001). *Toxicomanie et dépression*. Paris: E.D.K.
- Pedro, M. (2001). Teste serológico e virológico. In Antunes, F. (Eds.), *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.
- Pereira, A. (2001). Complicações renais e hematológicas. In Antunes, F. (Eds.) *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.
- Pereira, L. S. (1994). Toxicodependência, toxicodependentes e comportamento social. *Rev. Port. de Pedopsiquiatria*, 8, 63-69.
- Pesce, A. (1988). *Pathologie somatique du toxicomane*. Paris: Masson.
- Pestana, M., Gagueiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Poiars, C. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. *Rev. Toxicodependências*, 8, 3-11.
- Poppa, A. (1999). Níveis séricos dos inibidores da protease e o seu efeito no tratamento. *Abraço*, 3, nº 5 9-10.
- Poulos, C., & Capeel, H. (1991). Homeostatic theory of drug tolerance: a general model of physiological adaptation. *Psychological Review*, 98, 390-408.
- Queirós, C. (1997). Toxicodependência e emoções. *Rev. Toxicodependências*, 2, 65-76.
- The Center for AIDS Hope and Remembrance Project (2002). What is lipodystrophy?. Consultado em 10 de Agosto de 2003 através de <http://www.centerforaids.org>
- Rado, S. (1933). Psychological effects of intoxication: attempt at a psychoanalytical theory of drug-addiction. *Int. J. Psycho-anal*, 301-312.
- Ramshaw, E. (2002). Mulheres seropositivas enfrentam diferentes desafios. *Arch Intern Med*. (162) 345-350.
- Redington, J. (2002). Viral infections of the nervous system, update on diagnosis and treatment. *Arch Neurol*. 59 172-718.
- Relvas, A. P. (1998). Histórias de famílias, história familiar e toxicodependência. Da compreensão à intervenção. *Revista Toxicodependências*. 3, 81-88.
- Renaud, A. (1991). *Individu, dependence et autonomie. Individus sous influence. drogues, alcools, médicaments, psychotropes*. Paris: Esprit.
- Resende, A. & Dias, A. (1998). *Bion hoje*. Lisboa: Fim de Século.

Ribeiro, S. (1998). Dependência psicológica vs dependência física. *Revista Toxicodependências*, 2, 45-53.

Robert, M. (2001). *Entre o acto e o sintoma somático*. Lisboa: Dinalivro.

Rodrigues, D. (1987). *Corpo, espaço e movimento: estudo da relação entre a representação espacial do corpo e o controle da manipulação e da locomoção em crianças com paralisia cerebral*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.

Rosado, M. (1994). *Adolescência e toxicodependência*. Lisboa: Centro das Taipas.

Rosenfeld, H. (1960). On drugs addiction. *Int. J. Psycho-anal*, 467-475.

Rotbard, S. (2004). A imaginação material: uma outra abordagem da patologia orgânica. In Sami-Ali e col. (Eds.), *Manual de terapias psicossomáticas*. São Paulo: Artes Médicas. (Obra original publicada em 2001)

Ruffiot, A. (1990). *Psychologie du sida approches psychanalytiques psychosomatiques et socio-éthiques*. Liege: Pierre Mardaga edit.

Sá, E. (1997). *Reflexão sobre o aspecto psicodinâmico da toxicodependência*. Lisboa: Fim de século.

Sami-Ali (1970). *De la projection, une etude psychanalytique*. Paris: Payot.

Sami-Ali (1974). *L'espace imaginaire*. Paris: Gallimard.

Sami-Ali (1977). *Corps réel-corps imaginaire*, Paris: Dunod.

Sami-Ali (1980). *Le banal*. Paris: Gallimard.

Sami-Ali (1987). *Penser le somatique*. Paris: Dunod.

Sami-Ali, (1988). *Le haschisch en Egypte essai d'anthropologie psychanalytique*. Paris: Dunod.

Sami-Ali (1989). Imaginaire et pathologie: une théorie de la psychosomatique. *Análise Psicológica*, 7, 325-328.

Sami-Ali (1990). *Corps, l'espace et le temps*. Paris: Dunod.

Sami-Ali (1997). *Le rêve et l'affect, une théorie du somatique*. Paris: Dunod.

Sami-Ali, Cady, S., Froli, G., Gouthier, M., Gorot, J., Pedro, A. M., & Robert, M. (2001). *Sonho e psicossomática*. Lisboa: Dinalivro.

Sami-Ali, Bensoussan, M., Danan, A., Cady, S., Moreau, M., Rotbard, S., et al. (2004). *Manual de terapias psicossomáticas*. São Paulo: Artes Médicas. (Obra original publicada em 2001)

Sande, M. & Volberding, P. (1995). *Tratamento clínico da sida*. San Francisco: Revinter.

Sanglade, A. (1983). Corpo, ecrã do fantasma com a dificuldade em fantasmizar nas crianças diabéticas. *Análise Psicológica*, 115-120.

Sazsz, T. S. (1958). The role of the counterphobic mechanism in addiction. *J Amer. Psychoanal*, 6, 309-325.

Schilder, P. (1981). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Livraria Martins Fontes. (Obra original publicada em 1935)

Schuchit, M. A. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climepsi.

Shernoff, M. (2002). Body image, working and therapy. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*. V.14, (1).

- Shevitz, A. e col. (2001). Clinical perspective on hiv-associated lipodystrophy syndrome: an update. *AIDS*. 15, 1917-1930.
- Silva, C., & Madureira, C. (1992). *Corpo numa abordagem terapêutica, com toxicodependentes*. Lisboa: Centro das Taipas.
- Silva, C. (1994). *Estatística aplicada à psicologia e ciências sociais*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Silva, M. (1999). Acetil-carnitina e Carnitina. *Abrço*, 4, nº 2, 5-10.
- Silva, M. (1999). Hepatite C. *Abrço*, 3, nº6, 6-8
- Silva, M. (2001). “Estou com medo de começar os tratamentos...”. *Abrço* 6 (2), 6-7.
- Silva, N. e col. (1999) Saúde das mulheres. O género, determinante cultural da saúde. *Revista de Epidemiologia* v. 3 (1/2): 31-34.
- Silva, N., e col (1999) Saúde. O género determinante cultural da saúde. *Revista de Epistemologia* 1998/99 v. 3 (1/2), 31-34.
- Silvestre, C. (2001). Fenómeno sida. In Antunes, F. (Eds.), *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.
- Sontag, S. (1978) *A Doença como metáfora e a sida e suas metáforas*. Lisboa: Quetzal.
- Sousa, A. & Victorino, R. (2001). Imunopatogénese e resposta imunitária. In Antunes, F. (Eds.), *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.
- Spitz, R. (1983). *A origem da percepção no primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.
- Stevenson, S. (2002) *Making peace with your body image*. N.Y.: Emporium

- Taylor, G. T. (1986). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalyses*. N. Y.: Univ. Press.
- Teixeira, J. (1989). *Elementos de anatomia e de fisiologia do s. n. vegetativo*. Porto: Contraponto.
- Teixeira, J. (1991). Toxicodependência e auto-organização: um estudo psicofisiológico. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Porto, F.P.C.E., Porto.
- Teixeira, J. (1993) *Psicologia da saúde e sida*. Lisboa: I.S.P.A.
- Teixeira, J. (1995). Psico-neuro-imunologia. *Análise Psicológica*. 3 (13) 327-330.
- Teixeira, J. (1995). *Adolescência, sexualidade e afectividade (PI)*. Lisboa: Apport
- Teixeira, J., Bastos, A., & Paixão, T. (1995). As mulheres e a sida. *Análise Psicológica*. 1 / 2(13). 79-94.
- Teixeira, J. (1996). A sidano feminino do plural. As mulheres e a infecção pelo vih. *Análise Psicológica*. 2/3 (14). 367-370.
- Thomé, A. (1989). La douleur indicible du séropositif. In *Psychologique du Sida* (A. Ruffiot Ed.). Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Tinoco, R. (1999). Notas sobre a construção psico-social da identidade desviante em toxicodependência. *Rev. Toxicodependências*, 3, 11-23.
- Turner, B. S. (1992). *Regulating bodies, essays in medical sociology*. London: Routledge.
- Turner, B. S. (1995). *Theories of modernity and post-modernity*. London: Sage.

- Turner, B. S. (1996). *The body and society*. London: Sage.
- Valadas, E. (2001). Tuberculose. In Antunes, F. (Eds.), *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.
- Valadas, E. (2001). Espectro clínico da infecção por vih. In Antunes, F. (Eds.), *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permany Portugal.
- Van Kolck, L. (1987). A doença e a imagem corporal: campo fértil de pesquisas. *Boletim de Psicologia*, S. Paulo, 37 (87), 46-48.
- Vieira, C. (1997). Toxicodependência e perturbações narcísicas. *Rev. Portuguesa de Psicanálise*, 8, 91-97.
- Wallaman, S. (1988), Sex and death: the aids crisis in social and cultural context, *Journal of Acquired Deficiency Syndromes*, vol. 1, 571-578.
- Way, W. & Way, E. (1985). *Opioide analgesic and antagonists*. New York: Raven Press.
- Weathers, C. & Billingsley, D. (1982). Body image and sex-role stereotype as features of addiction in women. *The Inter. J. of the Addictions*, 17 (2), 343-347.
- Weisberg L. (2001) Neurologic abnormalities in human immunodeficiency virus infections. *South Med. Journal*. 94, 266-275.
- Wiik, F. (2001). Contrato epidemias e corpo, como agentes de transformação. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 17 (2) Janeiro.
- Williams, S. J. & Bendelow, G. (1998). *The lived body: sociological Themes, Embodied Issues*. London: Routledge.

Willis, J. (2002). Personal account, study results on metabolic changes. Consultado em 11 de Julho de 2003 através de <http://www.thebody.com/confs/aids2002/holodniy3.html>

Wittkower, E. (1977). *Psychosomatic medicine*. New York: Harper Row.

Wongvipat, N. (2000) Helth matters. Knowing and loving yourself. Los Angeles: Aids Project.

Zuckerman, M. et. al. (1975). M.M.P.I. patterns in drug abusers before and after treatment in therapeutic communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (3), 286-296.

Anexos

Anexo A

Guião de Entrevista

Sexo:

Idade:

Habilitações académicas:

Substâncias Consumidas;

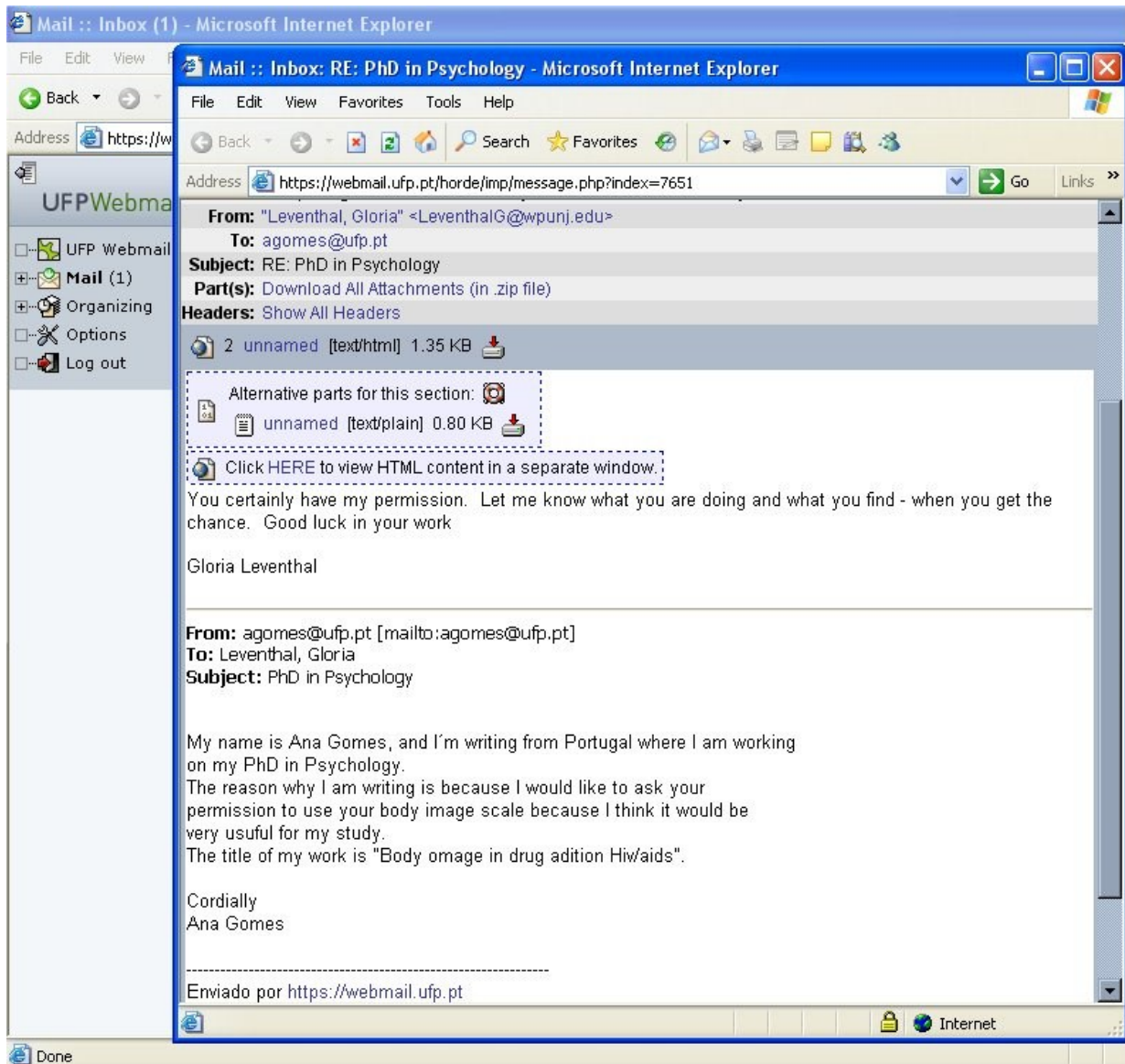
Tempo de Consumo:

Situação quanto ao VIH:

Se VIH positivo

- Há quanto tempo é seropositivo:
- Como contraiu o VIH:
- Existência de infecções oportunistas:
- Quais:
- Efectua tratamento antiretroviral:
- Há quanto tempo faz tratamento:

Anexo B



Anexo C

MEDIDAS IMAGINÁRIAS

CABEÇA Largura	TRONCO COSTAS Largura	BRAÇOS SUPERIOR Largura	PERNAS SUPERIOR Largura	PÉ Largura
Comprimento	Comprimento	Comprimento	Comprimento	Comprimento
PESCOÇO Largura	PEITO	BRAÇOS INFERIOR Largura	PERNAS INFERIOR Largura	MAO Largura
Comprimento		CINTURA	Comprimento	Comprimento
	ANCA			
	CINTURA / ANCA			

MEDIDAS REAIS

CABEÇA Largura	TRONCO COSTAS Largura	BRAÇOS SUPERIOR Largura	PERNAS SUPERIOR Largura	PÉ Largura
Comprimento	Comprimento	Comprimento	Comprimento	Comprimento
PESCOÇO Largura	PEITO	BRAÇOS INFERIOR Largura	PERNAS INFERIOR Largura	MAO Largura
Comprimento		CINTURA	Comprimento	Comprimento
	ANCA			
	CINTURA / ANCA			

Anexo D

Teste entre ASSI e IO

Kruskal Wallis Test

Test Statistics(a,b)						
	dif cabeça larg	Dif. Cabeça comp	Dif. Pescoço larg	Dif. Pescoç comp	Dif costas larg	
Chi-Square	0,615	0,669	0,245	3,372	2,957	
df	1	1	1	1	1	
Asymp. Sig.	0,433	0,414	0,620	0,066	0,086	
	Dif costas comp	Dif peito	Dif cintura	Dif anca	Dif cint/anca	
Chi-Square	0,212	4,591	0,391	0,710	0,577	
df	1	1	1	1	1	
Asymp. Sig.	0,645	0,032	0,532	0,399	0,447	
	Dif braço sup larg	Dif braço sup comp	Dif braço inf larg	Dif braço inf comp	dif perna sup larg	Dif perna sup comp
Chi-Square	1,408	0,783	4,780	0,049	0,895	0,045
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	0,235	0,376	0,029	0,824	0,344	0,831
	Dif perna inf larg	Dif perna inf comp	dif pe largura	Dif pe compri	dif mao largura	dif mão compri
Chi-Square	0,007	0,295	0,741	0,231	0,231	0,717
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	0,935	0,587	0,389	0,631	0,631	0,397

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo Sit

Anexo E

Teste entre IO e SNEG

Kruskal Wallis Test

Test Statistics(a,b)

	dif cabeça larg	Dif. Cabeça comp	Dif. Pescoço larg	Dif. Pescoç comp	Dif costas larg		
Chi-Square	0,739	0,094	3,039	5,327	1,854		
df	1	1	1	1	1		
Asymp. Sig.	0,390	0,759	0,081	0,021	0,173		
	Dif costas comp	Dif peito	Dif cintura	Dif anca	Dif cint/anca		
Chi-Square	1,595	2,760	10,061	2,100	5,871		
df	1	1	1	1	1		
Asymp. Sig.	0,207	0,097	0,002	0,147	0,015		
	Dif braço sup larg	Dif braço sup comp	Dif braço inf larg	Dif braço inf comp	dif perna sup larg	Dif perna sup comp	
Chi-Square	2,852	4,550	8,929	5,510	0,912	0,686	
df	1	1	1	1	1	1	
Asymp. Sig.	0,091	0,033	0,003	0,019	0,339	0,407	
	Dif perna inf larg	Dif perna inf comp	dif pe largura	Dif pe compri	dif mao largura	dif mão compri	
Chi-Square	4,391	7,787	4,222	0,386	6,431	3,983	
df	1	1	1	1	1	1	
Asymp. Sig.	0,036	0,005	0,040	0,534	0,011	0,046	

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grupo Sit

Anexo F

Teste entre ASSI e SNEG

Mann-Whitney Test

Test Statistics(a)						
	dif cabeça larg	Dif. Cabeça comp	Dif. Pescoço larg	Dif. Pescoç comp	Dif costas larg	
Mann-Whitney U	439,000	455,000	368,000	480,000	298,000	
Wilcoxon W	967,000	983,000	896,000	1008,000	826,000	
Z	-1,553	-1,034	-2,176	-0,505	-3,139	
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,120	0,301	0,030	0,614	0,002	
	Dif costas comp	Dif peito	Dif cintura	Dif anca	Dif cint/anca	
Mann-Whitney U	409,000	270,500	338,500	379,000	276,000	
Wilcoxon W	937,000	798,500	866,500	907,000	804,000	
Z	-1,572	-3,623	-2,536	-2,154	-3,414	
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,116	0,000	0,011	0,031	0,001	
	Dif braço sup larg	Dif braço sup comp	Dif braço inf larg	Dif braço inf comp	dif perna sup larg	Dif perna sup comp
Mann-Whitney U	339,000	303,500	201,500	324,500	402,000	443,000
Wilcoxon W	867,000	831,500	729,500	852,500	930,000	971,000
Z	-2,677	-3,012	-4,852	-2,691	-1,696	-1,026
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,007	0,003	0,000	0,007	0,090	0,305
	Dif perna inf larg	Dif perna inf comp	dif pe largura	Dif pe compri	dif mao largura	dif mão compri
Mann-Whitney U	364,000	287,000	333,500	431,500	322,000	446,000
Wilcoxon W	892,000	815,000	861,500	959,500	850,000	974,000
Z	-2,227	-3,219	-2,767	-1,150	-2,898	-1,069
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,026	0,001	0,006	0,250	0,004	0,285

a. Grouping Variable: Grupo Sit

Anexo G

Factor: Sexo

Kruskal Wallis Test

Test Statistics(a,b)						
	dif cabeça larg	Dif. Cabeça comp	Dif. Pescoço larg	Dif. Pescoç comp	Dif costas larg	
Chi-Square	3,759	2,190	3,422	1,208	0,008	
df	1	1	1	1	1	
Asymp. Sig.	0,053	0,139	0,064	0,272	0,930	
	Dif costas comp	Dif peito	Dif cintura	Dif anca	Dif cint/anca	
Chi-Square	0,260	2,057	0,407	0,556	2,456	
df	1	1	1	1	1	
Asymp. Sig.	0,610	0,151	0,524	0,456	0,117	
	Dif braço sup larg	Dif braço sup comp	Dif braço inf larg	Dif braço inf comp	dif perna sup larg	Dif perna sup comp
Chi-Square	3,749	1,015	1,945	1,360	0,900	6,472
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	0,053	0,314	0,163	0,244	0,343	0,011
	Dif perna inf larg	Dif perna inf comp	dif pe largura	Dif pe compri	dif mao largura	dif mão compri
Chi-Square	0,025	0,203	0,488	0,582	1,890	0,033
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	0,873	0,652	0,485	0,445	0,169	0,857

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: id_sexo

Anexo H

Factor: Sexo em cada grupo

Kruskal Wallis Test

Grupo		Test Statistics(a,b)					
		dif cabeça larg	Dif. Cabeça comp	Dif. Pescoço larg	Dif. Pescoç comp	Dif costas larg	
ASSI	Chi-Square	0,356	0,996	2,046	0,492	0,224	
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,551	0,318	0,153	0,483	0,636	
IO	Chi-Square	1,729	0,129	0,017	0,335	1,394	
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,189	0,719	0,896	0,563	0,238	
SNEG	Chi-Square	1,929	1,316	3,460	4,650	0,483	
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,165	0,251	0,063	0,031	0,487	
		Dif costas comp	Dif peito	Dif cintura	Dif anca	Dif cint/anca	
ASSI	Chi-Square	0,888	0,331	7,469	0,154	0,108	
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,346	0,565	0,006	0,695	0,743	
IO	Chi-Square	2,633	0,002	1,855	0,013	3,471	
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,105	0,967	0,173	0,908	0,062	
SNEG	Chi-Square	0,053	4,403	0,040	0,582	1,630	
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,819	0,036	0,841	0,445	0,202	
		Dif braço sup larg	Dif braço sup comp	Dif braço inf larg	Dif braço inf comp	dif perna sup larg	Dif perna sup comp
ASSI	Chi-Square	4,158	2,480	3,200	0,062	0,484	3,189
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,041	0,115	0,074	0,803	0,486	0,074
IO	Chi-Square	0,323	0,760	0,622	4,979	0,090	2,202
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,570	0,383	0,430	0,026	0,764	0,138
SNEG	Chi-Square	1,298	1,487	0,269	0,172	1,404	1,309
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,255	0,223	0,604	0,678	0,236	0,253
		Dif perna inf larg	Dif perna inf comp	dif pe largura	Dif pe compri	dif mao largura	dif mão compri
ASSI	Chi-Square	0,257	0,138	0,674	0,243	0,481	0,048
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,612	0,710	0,412	0,622	0,488	0,826
IO	Chi-Square	0,690	2,978	0,181	5,561	0,069	2,961
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,406	0,084	0,670	0,018	0,793	0,085
SNEG	Chi-Square	0,034	3,122	0,517	0,417	2,067	3,521
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,854	0,077	0,472	0,519	0,151	0,061

a. Kruskal Wallis Test
 b. Grouping Variable: id_sexo

Anexo I

Factor: Habilitações académicas

Kruskal Wallis Test

Test Statistics(a,b)						
	dif cabeça larg	Dif. Cabeça comp	Dif. Pescoço larg	Dif. Pescoç comp	Dif costas larg	
Chi-Square	1,659	1,408	4,319	0,285	0,008	
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	0,198	0,235	0,038	0,593	0,929	
	Dif costas comp	Dif peito	Dif cintura	Dif anca	Dif cint/anca	
Chi-Square	0,798	6,651	2,450	1,329	3,056	
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	0,372	0,010	0,118	0,249	0,080	
	Dif braço sup larg	Dif braço sup comp	Dif braço inf larg	Dif braço inf comp	dif perna sup larg	Dif perna sup comp
Chi-Square	2,813	1,813	5,675	2,222	5,207	4,071
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	0,094	0,178	0,017	0,136	0,022	0,044
	Dif perna inf larg	Dif perna inf comp	dif pe largura	Dif pe compri	dif mao largura	dif mão compri
Chi-Square	3,835	1,037	2,711	0,021	2,620	0,723
df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	0,050	0,308	0,100	0,886	0,105	0,395

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: id_habil

Anexo J

Factor: Tempo de consumo de retrovirais

Kruskal Wallis Test

Test Statistics(a,b)

	dif cabeça larg	Dif. Cabeça comp	Dif. Pescoço larg	Dif. Pescoç comp	Dif costas larg		
Chi-Square	0,629	0,901	0,578	2,126	0,272		
df	1	1	1	1	1		
Asymp. Sig.	0,428	0,343	0,447	0,145	0,602		
	Dif costas comp	Dif peito	Dif cintura	Dif anca	Dif cint/anca		
Chi-Square	0,001	0,012	1,774	0,684	0,398		
df	1	1	1	1	1		
Asymp. Sig.	0,973	0,913	0,183	0,408	0,528		
	Dif braço sup larg	Dif braço sup comp	Dif braço inf larg	Dif braço inf comp	dif perna sup larg	Dif perna sup comp	
Chi-Square	1,324	8,118	5,264	0,340	2,627	0,951	
df	1	1	1	1	1	1	
Asymp. Sig.	0,250	0,004	0,022	0,560	0,105	0,329	
	Dif perna inf larg	Dif perna inf comp	dif pe largura	Dif pe compri	dif mao largura	dif mão compri	
Chi-Square	0,130	2,258	1,174	0,137	0,309	0,055	
df	1	1	1	1	1	1	
Asymp. Sig.	0,718	0,133	0,279	0,711	0,579	0,814	

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: gr_antiretro

Anexo L

Factor: Tempo de adição

Kruskal Wallis Test

Test Statistics(a,b)

	dif cabeça larg	Dif. Cabeça comp	Dif. Pescoço larg	Dif. Pescoç comp	Dif costas larg		
Chi-Square	0,670	0,000	0,137	0,089	0,556		
df	1	1	1	1	1		
Asymp. Sig.	0,413	1,000	0,711	0,765	0,456		
	Dif costas comp	Dif peito	Dif cintura	Dif anca	Dif cint/anca		
Chi-Square	0,025	3,954	2,485	3,850	0,046		
df	1	1	1	1	1		
Asymp. Sig.	0,874	0,047	0,115	0,050	0,831		
	Dif braço sup larg	Dif braço sup comp	Dif braço inf larg	Dif braço inf comp	dif perna sup larg	Dif perna sup comp	
Chi-Square	0,054	0,219	0,663	0,220	0,362	1,006	
df	1	1	1	1	1	1	
Asymp. Sig.	0,816	0,640	0,416	0,639	0,547	0,316	
	Dif perna inf larg	Dif perna inf comp	dif pe largura	Dif pe compri	dif mao largura	dif mão compri	
Chi-Square	0,091	2,163	1,011	1,057	0,177	0,007	
df	1	1	1	1	1	1	
Asymp. Sig.	0,762	0,141	0,315	0,304	0,674	0,933	

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: id_toxi

Anexo M

Factor: Via de infecção

Kruskal Wallis Test

Test Statistics(a,b)

	dif cabeça larg	Dif. Cabeça comp	Dif. Pescoço larg	Dif. Pescoç comp	Dif costas larg		
Chi-Square	1,300	0,089	4,625	0,283	0,269		
df	1	1	1	1	1		
Asymp. Sig.	0,254	0,765	0,032	0,595	0,604		
	Dif costas comp	Dif peito	Dif cintura	Dif anca	Dif cint/anca		
Chi-Square	0,685	6,262	0,021	0,048	0,008		
df	1	1	1	1	1		
Asymp. Sig.	0,408	0,012	0,886	0,827	0,930		
	Dif braço sup larg	Dif braço sup comp	Dif braço inf larg	Dif braço inf comp	dif perna sup larg	Dif perna sup comp	
Chi-Square	0,708	0,178	0,853	0,322	0,386	0,707	
df	1	1	1	1	1	1	
Asymp. Sig.	0,400	0,673	0,356	0,570	0,534	0,400	
	Dif perna inf larg	Dif perna inf comp	dif pe largura	Dif pe compri	dif mao largura	dif mão compri	
Chi-Square	0,943	0,108	0,048	0,214	1,358	0,011	
df	1	1	1	1	1	1	
Asymp. Sig.	0,331	0,742	0,826	0,643	0,244	0,915	

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: id_via