

VIH/SIDA E TOXICODPENDÊNCIA. MAIS VALE PREVENIR

JOSÉ BASTOS

RESUMO: Considerando que a Psicologia tem um contributo fundamental a dar para a prevenção do VIH/SIDA na população toxicodépendente, no presente trabalho situa-se historicamente o aparecimento do VIH/SIDA e explica-se a forma como o VIH interage com o sistema imunitário. Referem-se as formas de transmissão do VIH e mostra-se a dimensão da problemática em Portugal. Tendo-se tornado o VIH/SIDA num problema de saúde pública na população toxicodépendente, abordam-se os riscos que esta população corre. Assumindo o comportamento humano um papel fundamental na prevenção do VIH, apresenta-se o modelo IMB como modelo específico para responder às necessidades preventivas criadas pelo VIH, e propõe-se a sua utilização na população toxicodépendente.

Palavras-chave: VIH/SIDA; Toxicodépendência; Psicologia; Prevenção; IMB.

RÉSUMÉ: Considérant que la Psychologie apporte une contribution fondamentale pour la prévention du VIH/AIDS dans la population toxicodépendante, dans ce travail on situe historiquement l'apparition du VIH/AIDS et on explique l'interaction entre le VIH et le système immunitaire. On réfère les formes de transmission du VIH et on montre la

dimension de ce problème au Portugal. Le VIH/AIDS étant devenu un problème de santé publique dans la population toxicodépendante, on aborde les risques subis par cette population. Etant donné que le comportement humain assume un rôle fondamental dans la prévention du VIH, on présente le modèle IMB comme modèle spécifique pour répondre aux besoins de prévention créés par le VIH et on propose son utilisation dans la population toxicodépendante.

Mots-clé: VIH/AIDS; Toxicodépendance; Psychologie; Prévention; IMB.

ABSTRACTS: Considering that Psychology can give a fundamental contribution to HIV/AIDS prevention in the drug addicted population, in the current work HIV infection appearance is historically situated and HIV interaction with the immunitary system is explained. HIV transmission forms are referred and the dimension of this problematics in Portugal is showed. Having HIV/AIDS became a public health problem in the drug addicted population, the risks faced by this population are approached. Assuming the human behaviour a fundamental role in HIV prevention, the IMB model is presented as a specific model to respond to the preventive needs created by HIV, and its use in the drug-addicted population is proposed.

Key Words: HIV/AIDS; Drug addiction; Psychology; Prevention; IMB.

1. INTRODUÇÃO

A incidência do VIH/SIDA na população toxicodependente representa um problema social que ainda assume contornos preocupantes no nosso país, com prevalência das mais elevadas da União Europeia.

Nos últimos anos tem-se verificado que os casos notificados de infecção VIH/SIDA, que referem como forma provável de infecção a transmissão heterossexual, apresentam uma tendência de crescimento preocupante. Seguramente nestes casos estão incluídos os casos da população toxicodependente que apesar de ter comportamentos seguros de consumo, têm comportamentos sexuais de risco, o que faz da população toxicodependente um grupo a merecer maior atenção preventiva.

É forçoso reconhecer que as acções preventivas nestas áreas têm tido avanços e recuos na sucessão de tentativas de controlar os fenómenos do VIH na população toxicodependente.

As intervenções preventivas têm conduzido a resultados inconsistentes no que se refere à capacidade de modificar padrões de comportamento, quer no consumo de drogas, quer nas práticas sexuais. Devemos reconhecer que os programas de troca de seringas têm contribuído sobremaneira para reduzir o fenómeno do VIH na população toxicodependente. No entanto, os números da incidência do VIH em Portugal mostram-nos que este programa é manifestamente insuficiente.

2. ASPECTOS HISTÓRICOS

Em 1981, os primeiros casos identificados posteriormente como SIDA começaram a chamar à atenção da comunidade científica. Nesta época, nos Estados Unidos da América (EUA) surgiram casos frequentes de pessoas vitimadas pelo Sarcoma de Kaposi (um tipo de cancro da pele) e por pneumonia aguda provocada pelo *Pneumocystis Carinii* (Veronesi, 1991, cit. por Brasil *et al.*, 2000).

O termo SIDA é a sigla de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, e sinónimo do termo inglês AIDS (*Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*) (Montagnier, 1994; Weinberg *et al.* 1994).

Em 1983 foi isolado e identificado o agente responsável

pela doença em França por Luc Montagnier e seus colaboradores e nos EUA por Gallo (Montagnier, 1994). Tratava-se de um retrovírus, ou seja, um vírus que muda a composição genética das células que infecta, destruindo-as posteriormente (Hall & O'Grady, 1989).

Após algumas dificuldades iniciais em atribuir a descoberta do agente e em decidir o nome a atribuir ao retrovírus, este acabou por ser designado por VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana, ou na versão inglesa, HIV (Schoub, 1994).

3. VIH E O SISTEMA IMUNITÁRIO

Quando o vírus penetra no organismo ataca o sistema imunitário do indivíduo e, ao penetrar nos linfócitos T4 (que funcionam como hospedeiros) torna-o susceptível de todo o tipo de infecções. O vírus deixa de ser viável quando fora destas células, pelo que o contágio não se faz através das relações sociais comuns.

A identificação dos sujeitos infectados pode ser feita através de testes específicos. O teste mais frequentemente utilizados é o ELISA (*Enzyme Linked-Sorbent Assay*), mas um único resultado positivo neste teste deve ser confirmado pelo teste *Western-Blot*, que também detecta os anticorpos mas que tem uma maior especificidade, reduzindo as hipóteses de falsos positivos. Para que o diagnóstico de infecção pelo VIH seja feito, é necessário, assim, obter um resultado positivo nos dois testes (Paton, 1990; Costa, 1996; Montagnier, 1994; Kalichman, 1998 a). A seguir à primo-infecção e à seroconversão segue-se um período de latência e o sujeito encontra-se assintomático, ou seja sem qualquer sinal clínico da infecção, mas podendo transmitir o vírus a outros sem o saber (Schoub, 1994).

Esta fase assintomática aparece com uma duração variável na literatura: 6 meses a 5 anos (Costa, 1996), 1 a 15 anos (Friedman, Franklin, Freels & Weis, 1991; Schechter *et al.* 1990; todos cit. por Kalichman, 1998 a).

A seguir a esta fase de latência, com a progressiva debilitação do sistema imunitário, poderão (ou não) surgir alguns sintomas e a modificação de determinados marcadores biológicos (Montagnier, 1994; Schoub, 1994; Teixeira, 1993). Poderão ainda surgir febres, mal estar, perda de peso, sudação nocturna, diarreia persistente,

gânglios inchados, fadiga, faringites, emagrecimento e febre, formas graves de herpes e candidíases, mas sem infecções oportunistas ou tumores, constituindo um caminhar para a doença e designado por alguns autores (Teixeira, 1993; Schoub, 1994; Guerra, 1998) como Complexo Relacionado com SIDA (CRS).

O estado de SIDA é o último estágio da infecção pelo VIH, que no geral passa pelo aumento muito significativo da carga viral, pela existência de uma ou várias infecções oportunistas com gravidade crescente, sendo as mais frequentes a pneumonia por *Pneumocystis carinii* e a toxoplasmose. Quando o sujeito entra nesta fase a sua longevidade é cerca de 1,5 a 2 anos (Schoub, 1994; Montagnier, 1994; Kalichman, 1998 a).

Os maiores preditores analíticos de progressão para SIDA são o aumento da carga viral, o declínio da taxa de linfócitos T4, a concentração dos linfócitos T4 comparativamente com outras células do sistema imunitário e a combinação deste índices (Vlahov *et al.*, 1998, cit. por Kalichman, 1998 a).

Embora não cabendo no âmbito deste trabalho, refira-se que um dos aspectos que mais tem influenciado o decurso da doença são os avanços a nível dos medicamentos anti-retrovíricos, dos quais um dos mais conhecidos é o AZT, que isoladamente ou combinados entre si têm ajudado a desacelerar a evolução da epidemia, e a aumentar a qualidade de vida e a longevidade das pessoas infectadas (Kalichman, 1998 a).

Apesar dos avanços a nível da criação destes medicamentos, não existe ainda cura, nem vacina. A vacinação implicaria a utilização de uma forma atenuada do vírus, que iria estimular o sistema imunitário, de forma a que, quando o vírus atacasse, já existissem anticorpos contra ele, e os linfócitos T4 já teriam na memória as características do atacante, podendo assim actuar rapidamente (Costa, 1996). No entanto, esta tarefa, que tem sido relativamente simples no caso de outras doenças, tem-se revelado particularmente difícil no caso da infecção pelo VIH. Essas dificuldades relacionam-se, em parte, com o pouco que ainda se sabe sobre as retrovíroses humanas e com as características próprias do VIH (Montagnier, 1994; Costa, 1996, Kalichman, 1998b).

4. FORMAS DE TRANSMISSÃO

Células infectadas pelo VIH e o próprio vírus foram encontradas em grandes quantidades no sangue, secreções vaginais, sêmen, e no leite materno; e em quantidades menores na saliva, suor, fezes e urina.

O VIH não atravessa a pele intacta, mas pode fazê-lo com facilidade através das mucosas ou da pele lacerada (Montagnier, 1994). Uma das características da infecção pelo VIH é o seu longo período de incubação, que, não provocando sintomas, permite facilmente numerosas transmissões sem que o portador e quem corre o risco de ser infectado se apercebam (Hulley & Hearst, 1989), ou seja, o portador assintomático, tendo comportamentos de risco pode, potencialmente, infectar outra pessoa (Schoub, 1994). O VIH é um vírus relativamente frágil, que só se transmite em situações muito específicas, e amplamente divulgadas na literatura científica. De uma forma geral, são referidos 4 modos principais de transmissão: troca de secreções vaginais/sêmen durante as relações sexuais, partilha de materiais contaminados usados na preparação e injeção de drogas intravenosas, de mãe para filho (gestação, parto e aleitamento), sangue transfundido ou derivados.

Inicialmente o SIDA foi considerado, nos EUA, uma doença de grupos restritos, particularmente homossexuais, heroínómanos, hemofílicos e haitianos (Costa, 1996; Weinberg *et al.* 1994). Só em 1986 se mudou a perspectiva de “quem” para “que comportamentos” eram importantes em termos de transmissão do vírus (Weinberg *et al.* 1994) – ou seja, deixava de fazer sentido a expressão “grupos de risco”, já que o que definia a possibilidade de se ser infectado não era tanto o grupo de pertença do sujeito, mas mais o tipo de comportamentos de risco; e podem ter-se comportamentos de risco sem pertencer aos grupos de risco.

Esses comportamentos de risco incluem relações sexuais sem preservativo e outras que incluam trocas de fluidos genitais, partilha de seringas e de materiais envolvidos na preparação de drogas injectáveis ou objectos cortantes (Costa, 1996). E os consumidores de drogas, sobretudo injectáveis, estão particularmente expostos ao risco de contágio pelo VIH (Félix da Costa, 1999; Costa, 1996; Godinho *et al.*, 1999; Soskolne *et al.*, 2002).

5. A SITUAÇÃO EM PORTUGAL

O último relatório do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (CVEDT) refere que a 31 de Dezembro de 2003 encontravam-se notificados 23 374 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estádios de infecção (Portador Assintomático, Complexo Relacionado com SIDA e SIDA). Como elemento comum a todos os estádios, verifica-se que o maior número de casos notificados ("casos acumulados") corresponde a infecção em indivíduos referindo consumo de drogas por via endovenosa ou "toxicodependentes", constituindo 49,3% (11526/23374) de todas as notificações. O número de casos associados à infecção por transmissão heterossexual representa o segundo grupo com 32,6% dos registos, e a transmissão homossexual masculina apresenta 11,8% dos casos; as restantes formas de transmissão correspondem a 6,3% do total. Os casos notificados de infecção VIH/SIDA, que referem como forma provável de infecção a transmissão heterossexual, apresentam uma tendência evolutiva crescente importante. No 2º semestre de 2003, a categoria de transmissão heterossexual regista 47,0% dos casos notificados (PA, CRS e SIDA).

6. TOXICODEPENDÊNCIA E VIH/SIDA

Destacando o problema de saúde pública em que se transformou o VIH/SIDA na população toxicodependente, particularmente nos consumidores por via endovenosa, Godinho e colaboradores (1999, pp.55) acrescentam que "as doenças infecciosas resultantes do consumo de drogas por via endovenosa são um grave problema de saúde pública, sendo a utilização de drogas injectáveis a principal causa de transmissão dos vírus do SIDA".

A participação dos utilizadores de drogas por via endovenosa para a pandemia de SIDA em Portugal tem crescido desde os primórdios da infecção em Portugal, pelo meio dos anos 80. Passou-se de prevalências muito baixas para as actuais, das mais altas da União Europeia. Só em 1998 se assistiu a uma redução do número de novos casos entre os toxicodependentes.

Actualmente verifica-se um aumento proporcional do número de casos de transmissão heterossexual e

diminuição (proporcional) dos casos associados à toxicodependência.

Para esta diminuição, seguramente, muito terá contribuído o programa de troca de seringas "Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão" da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. Contudo, as intervenções preventivas que se têm desenvolvido em Portugal têm sido reduzidas a dois níveis: em campanhas publicitárias e à dispensa de material de prevenção, sejam preservativos, kits de injeção (para consumidores referenciados de novo pelas equipas de rua) ou troca de seringas.

Estas intervenções são sempre muito focalizadas no tempo e no espaço, havendo maior incidência de campanhas publicitárias no verão e sendo a distribuição de material focalizada sobretudo nas grandes cidades, e mesmo dentro destas em locais específicos, frequentados por populações com comportamentos de risco [toxicodependentes ou prostitutas (os)]. A troca de seringas é realizada nas farmácias (o que obriga o consumidor a deslocar-se) ou pelas equipas de rua (nas grandes cidades) que também distribuem preservativos a horas e em locais determinados. É consensual na comunidade científica que dar apenas informação e facultar materiais de protecção para o VIH não é suficiente. Segundo DiClemente & Peterson (1994) é fundamental desenvolver intervenções que influenciem outros factores que estão mais ligados à mudança de comportamentos.

Oliveira e colaboradores (1998) referem que em Portugal, por comparação com outras pessoas envolvidas em comportamentos de risco, os utilizadores de drogas por via endovenosa são mais resistentes à mudança de atitudes, mesmo se significativamente informados sobre as condições de transmissão de doenças como o SIDA; sabe-se também que muitos consumidores de drogas por via injectável, apesar de não partilharem seringas, nem sequer com os seus parceiros sexuais, continuam no entanto a não usar preservativo, apesar de os terem disponíveis, mesmo com parceiros ocasionais (Rhodes & Quirk, 1996), o que manifestamente prova que tão importante como ter o "material de protecção" à disposição é ter uma atitude favorável a essa protecção.

Segundo Félix da Costa (1999), o uso de drogas antes do acto sexual foi implicado no risco de transmissão de

doença, e esta situação pode verificar-se frequentemente nos toxicodependentes e ser causa de transmissão do VIH para a população heterossexual.

Nos seus estudos, Félix da Costa (1999) concluiu que os toxicodependentes seropositivos para o VIH aparecem cada vez mais novos, com um início mais precoce dos consumos, os quais são mais descontrolados, associando cocaína à heroína.

Os consumidores das “novas drogas” apresentam um risco acrescido, quer pelas características das substâncias consumidas, com grande poder de alteração do estado de consciência, quer pelos ambientes sociais a que habitualmente estão ligados. A este propósito Walder & Amendt (1999), referindo-se ao ecstasy, afirmam que este intensifica o sentido do tacto e aumenta o desejo de movimento corporal e de proximidade. Os mesmos autores referem que em determinados meios o ecstasy ainda é designado “a pílula do sexo”, pela diminuição da inibição sexual que provoca, potenciando comportamentos de risco. Uma parte significativa da população toxicodependente tem uma vida sexualmente activa, assumindo particular expressão os toxicodependentes em tratamento, uma vez que, com a paragem dos consumos, se verificar frequentemente uma recuperação do interesse sexual, por vezes de forma abrupta, podendo ocorrer em contextos e ambientes inadequados (Segraves & Segraves, 1992), o que os coloca em risco de contágio por via sexual.

Generalizando, a prevenção da disseminação do VIH entre os toxicodependentes passa por uma monitorização dos comportamentos de risco (Kokkevi *et al.*, 1992; Freeman *et al.*, 1994 cit. por Félix da Costa, 1999), mas também dos mecanismos psicológicos responsáveis pela assunção desses riscos. É importante reconhecer os ganhos, tanto em qualidade de vida para os toxicodependentes, como em recursos poupados ao Estado com cada contágio que se evita (Weinstein, 1992 cit. por Félix da Costa, 1999).

A ausência de cura ou de qualquer vacina tem gerado uma importância crescente e uma atenção imediata na mudança do comportamento, como meio fundamental de controlar o VIH/SIDA.

Uma vez que a infecção pelo VIH se transmite fundamentalmente através de certos comportamentos, a modificação desses comportamentos de alto risco poderá

constituir um mecanismo eficaz de controlo do número de novos casos de infecção pelo VIH.

7. PREVENÇÃO

A contribuição da psicologia pode assumir centralidade na prevenção da infecção pelo VIH e do SIDA. Já há duas décadas Batchelor (1984, cit. por Cruz & Vilaça, 1996) destacou a Psicologia como a ciência em posição privilegiada para promover mudanças comportamentais que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença. Em última análise, é o comportamento humano que comunica o VIH, logo é este que tem que ser mudado, pelo que os esforços no sentido de mudar os comportamentos de risco permanecem, para já, a única possibilidade de prevenir a infecção (DiClemente, 1992; DiClemente & Peterson, 1994; Montagnier, 1994).

Têm sido feitos alguns esforços para adaptar algumas teorias gerais de mudança de comportamento à redução de risco do contágio pelo VIH, mas têm enfrentado enormes dificuldades devido à especificidade da problemática.

Verifica-se pois uma grande necessidade de criar modelos específicos que tenham em conta a complexidade que envolve os comportamentos de risco para o VIH, como por exemplo o comportamento sexual e o consumo de drogas (Kalichman, 1998 b).

Segundo Cruz & Vilaça (1996), os modelos de redução de risco de infecção pelo VIH apresentam uma maior especificidade para a adesão aos correspondentes comportamentos preventivos, indo buscar contributos às diferentes áreas da Psicologia.

De entre os modelos criados especificamente para responder às necessidades preventivas criadas pela infecção pelo VIH, surge frequentemente na literatura o Modelo de Informação, Motivação e Competências Comportamentais (ou *Information, Motivation, Behavioral Skills – IMB*) de Fisher e colaboradores (1992).

O modelo **IMB** sugerido por Fisher e colaboradores (1992), Fisher e colaboradores (1996), Fisher e Fisher (1996), Fisher e colaboradores (2002), propõe três factores na conceptualização do comportamento preventivo para o VIH: Informação, Motivação e Competências Comportamentais, e tenta ultrapassar as limitações de outros modelos preventivos.

Este modelo defende que esses três factores são percursores da redução de comportamentos de risco. Deficits em qualquer um destes três pré-requisitos implicam um deficit a nível dos comportamentos preventivos. Para promover a implementação e manutenção de comportamentos preventivos, o nível de cada um destes factores terá que ser aumentado.

A informação tem um papel fundamental na mudança dos comportamentos, especialmente se for informação que seja directamente relevante para a transmissão/prevenção da infecção pelo VIH. Vários estudos confirmam que os indivíduos com maior conhecimento sobre VIH/SIDA têm uma atitude mais favorável em relação ao sexo protegido e ao consumo seguro de drogas injectáveis. A informação tem um papel fundamental, na medida em que permite que cada pessoa possa decidir, mediante a informação disponível, assumir ou não o risco inerente a determinados comportamentos (Costa, 1996).

Não sendo a única variável responsável pela adopção de comportamentos seguros, é no entanto uma componente fundamental – para que os esforços preventivos possam ser bem sucedidos é necessário que a pessoa que está em risco consiga perceber que aspectos do seu comportamento contribuem para esse risco. É consensual entre os diversos autores que se têm debruçado sobre esta matéria que, apesar da importância da informação, as intervenções preventivas não se podem basear apenas em difusão de informação (Svenson & Hansos, 1996).

Relativamente à transmissão através dos materiais usados na injeção de drogas intravenosas, as mensagens preventivas vão, geralmente, no sentido de os sujeitos usarem seringas novas, como é o caso da campanha de troca de seringas. No entanto, se fica explícito na população toxicodependente que o risco de transmissão do VIH usando uma seringa usada é grande, o mesmo não acontece relativamente à partilha do material de preparação. O que transmite o vírus é o sangue infectado que fica nos materiais utilizados na preparação da droga (colher, algodão/filtro, seringa, recipiente, etc.), uma vez que é uso corrente após a injeção da droga a aspiração do sangue para a seringa, sendo depois injectado de novo (Hulley & Hearst, 1989). O sangue residual que fica nos materiais pode permitir a passagem do vírus para o sujeito

que usa os materiais a seguir a um sujeito infectado, ou na partilha de “caldos” (heroína e/ou cocaína com sumo de limão e água).

Relativamente à transmissão por via sexual, as mensagens preventivas vão no sentido do uso do preservativo, mas é sabido que muitas pessoas o usam incorrectamente, aplicando-o já depois de contactos entre órgãos genitais e por vezes após troca de fluidos pré-ejaculatórios; não sendo suficientemente clara a regra de utilização do preservativo (Kalichman, 1998 a,b). Ter uma informação incorrecta ou insuficiente pode levar os sujeitos a fazerem mudanças no seu comportamento que se revelam ineficazes a nível da prevenção do VIH.

A motivação para mudar também afecta directamente a actuação tendo por base a informação. A motivação para aderir a comportamentos preventivos inclui a motivação pessoal (atitudes quanto a esses comportamentos preventivos), a motivação social (suporte social percebido relativamente a esses comportamentos), e percepções de vulnerabilidade pessoal ao VIH (Fisher *et al.* 1996).

A definição do factor motivação, especialmente a motivação social, é altamente influenciada por *constructos* da Psicologia Social. Segundo Fisher e colaboradores (2002), a influência social – formas directas e indirectas como as pessoas influenciam o comportamento de cada um – tem tido efeitos significativos na mudança de determinados comportamentos, podendo ser responsável por altos níveis de comportamentos de risco e baixos níveis de prevenção. Este autor aponta processos psicológicos através dos quais a influência social afecta o nível de conhecimentos da pessoa relativamente ao VIH/SIDA, bem como os seus comportamentos preventivos. Estes processos incluem os associados às normas de grupo, a afiliação a determinadas redes sociais, pressão de conformidade das redes sociais das quais o sujeito é membro, comparação social e modelagem através do comportamento de outros significativos com que se identificam.

As normas, valores e crenças do grupo de referência constituem uma importante fonte de influência social, podendo no entanto funcionar como uma faca de dois gumes: se é consistente com os comportamentos preventivos, pode ajudar a implementá-los; se é inconsistente com os comportamentos preventivos que se

querem implementar, pode funcionar como obstáculo. Em termos de VIH/SIDA, algumas regras fundamentais do grupo podem rejeitar o uso do preservativo durante as relações sexuais, ou a troca de seringas. É importante substituir estas normas por outras que diminuam os comportamentos de risco e aumentem os comportamentos de prevenção (Rhodes & Quirk, 1996).

Os sujeitos frequentemente conformam-se com as atitudes e as normas comportamentais do seu grupo de referência ou rede social. Estas normas constituem uma fonte poderosa de influência social, afectando as escolhas comportamentais no que tem a ver com a prevenção – os comportamentos dos outros são um determinante importante do comportamento de cada um. Os indivíduos aderem às regras por medo das represálias que acompanham a não conformidade, e por medo de rejeição. É este um dos mecanismos que levam à iniciação dos consumos por via intravenosa, existindo o mesmo potencial para inverter esse comportamento, passando do consumo endovenoso ao consumo por via fumada. Quem conhece a realidade de alguns territórios psicotrópicos, como por exemplo alguns bairros sociais do Porto, facilmente verifica que existem claramente duas “comunidades” de consumidores: a dos que consomem por via endovenosa e a dos que consomem por via fumada.

Finalmente, o modelo IMB defende que as competências comportamentais no sentido de comportamentos preventivos e os sentimentos de auto-eficácia que lhe estão subjacentes são meio caminho andado para que a informação e a motivação tenham como consequência a adopção de comportamentos preventivos. Ou seja, este modelo assume que a informação e a motivação activam competências comportamentais que, em última instância, permitem que o sujeito tenha comportamentos de redução de riscos.

O modelo mostra ainda que a informação e a motivação, por si só, podem ter efeitos directos no comportamento preventivo (como quando a informação sobre VIH incita a ter preservativos sempre disponíveis ou a trocar sempre uma seringa usada; ou quando o conhecimento de que alguém do seu círculo de conhecidos é seropositivo motiva o sujeito a fazer um teste de VIH). As competências comportamentais tornam-se progressivamente mais

importantes à medida que as acções preventivas implicam competências complexas, como adquirir uma seringa, adquirir preservativos e começar a usá-los, ou discutir com o parceiro a possibilidade de fazer um teste de VIH – em suma, ser mais proactivo. Informação e motivação são, no entanto, *constructos* independentes. Os sujeitos bem informados poderão estar ou não motivados, e indivíduos motivados poderão estar ou não bem informados (Fisher e col. 2002).

Para construir e implementar intervenções de prevenção do VIH a determinados grupos alvo, propõe-se três fases: pesquisa, construção da intervenção e avaliação. Na primeira fase, a fase de Pesquisa, dever-se-á analisar uma subamostra do grupo alvo de forma a identificar as necessidades específicas desse grupo no que diz respeito à informação, motivação e competências comportamentais que estão associados a comportamentos de risco, e que deverão ser alterados com a intervenção preventiva. O desenho de um projecto preventivo deverá ter em conta os diversos comportamentos preventivos pretendidos e as características do grupo alvo. Tipos específicos de informação, de motivação e de competências comportamentais podem diferir de comportamento preventivo para comportamento preventivo, e de grupo alvo para grupo alvo. A segunda fase, a fase da Construção da Intervenção Preventiva, deve ser baseada nos dados da fase anterior, de forma a serem modificadas as informações, motivações e competências comportamentais identificadas como adequadas e mais relevantes em termos de prevenção do VIH. Na terceira fase, a fase de Avaliação, deverá ser feita uma avaliação rigorosa, de forma a determinar se a intervenção provocou alterações a nível dos conhecimentos, motivação, competências comportamentais e comportamentos.

Este modelo apresenta diversos pontos fortes. Um deles é a sua capacidade de redução de vários *constructos* a três factores primários. Por outro lado, este modelo foi construído com base em análises conceptuais de diversas intervenções de prevenção que demonstraram ter sucesso, tendo sido um dos mais testados a nível da investigação sobre prevenção do VIH. Permite assim uma ligação directa entre o modelo teórico e o desenvolvimento de intervenções, evidenciando uma das poucas demonstrações da

eficácia de uma intervenção, com base conceptual, rigorosamente avaliada em qualquer população de risco (Fisher *et al.*, 1996; Kelly *et al.* 1993; Kalichman, 1998 b; Fisher & Fisher, 1996). Através de diversas análises, Fisher e Fisher (1992, cit. por Kalichman, 1998 b) ilustram que a informação, a motivação e as competências comportamentais são bons preditores da posterior adopção de comportamentos de redução de riscos.

O modelo IMB parece pois ser aplicável, com boas perspectivas de sucesso, à prevenção do VIH/SIDA na população toxicodependente.

8. CONCLUSÃO

Da revisão bibliográfica realizada, é possível verificar que os trabalhos mais recentes sobre a problemática do VIH/SIDA têm-se debruçado nos avanços das pesquisas de medicamentos para o seu combate. Existe uma frenética movimentação da comunidade científica nesta matéria, que tem vindo a retardar o aparecimento da doença nos seropositivos e a melhorar a qualidade de vida dos doentes de SIDA. No campo específico da Psicologia, tem havido uma especial atenção às implicações psicológicas da seropositividade e do SIDA. Parece pois, haver carência de trabalhos científicos que, partindo da grelha de leitura da Psicologia, se debrucem sobre a prevenção de comportamentos de risco, particularmente na população toxicodependente. As intervenções desenvolvidas nesta área têm sido realizadas essencialmente em contexto escolar, ou em populações minoritárias – homossexuais, bissexuais e minorias étnicas. Mas não será a população toxicodependente um grupo prioritário para intervenções que previnam o VIH/SIDA?

É um facto que o trabalho desenvolvido pelas equipas de rua, e o programa de troca de seringas de forma mais abrangente, têm contribuído sobremaneira para a prevenção do VIH/SIDA. Pinto e Peixoto (2003) referem estimar-se que o Programa “Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão” terá evitado, durante os cerca de 8 anos de existência, mais de 7000 novas infecções por cada 10000 utilizadores de drogas injectadas. E, se além destas contribuições, houvesse uma intervenção mais estruturada, com programas orientados para consumidores de

drogas por via endovenosa, para consumidores de drogas por via fumada e para toxicodependentes em tratamento?

Como já há muito foi constatado pela comunidade científica, as relações sexuais, particularmente as vaginais, são responsáveis pela maior parte das infecções a nível mundial (Nicolosi, 1994, cit. por Kalichman, 1998 a). Sendo o toxicodependente, consumidor ou abstinente, um ser sexuado, e na maior parte dos casos com uma vida sexual activa, será necessário haver uma atenção preventiva para este grupo de pessoas.

Este trabalho pretende pois dar um contributo para que a prevenção do VIH/SIDA na população toxicodependente “renasça” para a Psicologia.

Contacto

José Bastos
Psicólogo Clínico e Terapeuta Sexual
jbastos@sapo.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil, L.; Mitsui, R.; Pereira, A. & Alves, R. (2000). “Mudanças no comportamento sexual do adolescente decorrentes do surgimento da SIDA no contexto social”. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII):465-483.
- Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (2004). *SIDA: A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2003*. Instituto Nacional de Saúde, Lisboa: Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis.
- Costa, J. P. (1996). *SIDA. Responsabilidade Médica*. Felício e Cabral Publicações.
- Cruz, J. F. & Vilaça, M. T. (1996). “Prevenção do SIDA/VIH nos adolescentes e jovens adultos: contribuições da psicologia”. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1: 219-242.
- DiClemente, R. J. (1992). “Psychological determinants of condom use among adolescents”. In R. J. DiClemente (Ed.). *Adolescents and AIDS. A generation in jeopardy*. Newbury Park: Sage.
- DiClemente, R. J. & Peterson, J. L. (1994). “Changing HIV/AIDS risk behavior: The role of behavioral interventions”. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioral interventions*. New York: Plenum Press.
- Félix da Costa, N. (1999). “Toxicodependentes seropositivos em tratamento”. *Toxicodependências*, 5 (2): 33-42.

- Fisher, J. D.; Misovich, S. J. & Fisher, W. A. (1992). "Impact of perceived social norms on adolescent AIDS – Risk behavior and prevention". In R.J. DiClemente (Ed.), *Adolescents and AIDS. A generation in jeopardy*. Newbury Park: Sage.
- Fisher, J. D. & Fisher, W. A. (1996). "The Information-Motivation-Behavioral skills model of AIDS risk behavior change: Empirical support and application". In Stuart Oskamp & Suzane C. Thompson (Eds.), *Understanding and preventing HIV risk behavior. Safer Sex and drug use*. London: Sage.
- Fisher, J. D.; Fisher, W. A.; Misovich, S. J.; Kimble, D. L. & Malloy, T. E. (1996). "Changing AIDS risk behavior: Effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation and behavioral skills in a college student population". *Health Psychology*, 15 (2): 114-123.
- Fisher, J. D.; Fisher, W. A.; Bryan, A. D. & Misovich, S. J. (2002). "Information-Motivation-Behavioral skills model-based HIV risk behavioral change intervention for Inner-City high school youth". *Health Psychology*, 21 (2): 177-186.
- Guerra, M. P. (1998). *SIDA implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de Século.
- Godinho, J.; Costa, H.; Padre-Santo, D. & Rato, D. (1999). "Infecção pelo HIV, hepatite C e hepatite B. Dados epidemiológicos, características sócio-demográficas e factores de risco". *Toxicodpendências*, 5 (3): 55-60.
- Hall, N. R. S. & O'Grady, M. P. (1989). "Human immunodeficiency vírus and immune system regulation of the central nervous system". In V. Mays; G.W. Albee & S.F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*. Newbury Park: Sage.
- Hulley, S. B. & Hearst, N. (1989). "The worldwide epidemiology and prevention of AIDS". In V. Mays; G.W. Albee & S.F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*. Newbury Park: Sage.
- Kalichman, S. C. (1998 a). *Understanding AIDS. Advances in research and treatment*. Washinton, DC: American Psychological Association.
- Kalichman, S. C. (1998 b). *Preventing AIDS. A sourcebook for behavioral interventions*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kelly, J. A.; Murphy, D. A.; Sikkema, K. J. & Kalichman, S. C. (1993). "Psychological intervention to prevent HIV infection are urgently needed. New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS". *American Psychologist*, 48 (10): 1023-1034.
- Montagnier, L. (1994). *Vírus e homens. O combate contra a SIDA*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Oliveira, F. F.; Costa, L.; Teles, A.; Matias, M. & Félix da Costa, N. (1998). "Análise das taxas de seringas trocadas no programa «Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão»". *Toxicodpendências*, 4 (1): 9-14.
- Paton, C. (1990). *Inventing AIDS*. New York: Routledge.
- Pinto, M. & Peixoto, S. (2003). "Trabalhos de rua com consumidores de drogas – obstáculos sentidos no norte de Portugal". *Toxicodpendências*, 9 (2): 51-60.
- Rhodes, T. & Quirk, A. (1996). "Heroin, risk and sexual safety". In T. Rhodes & Hartnoll, R. (Eds.), *AIDS, Drugs and Prevention*. London: Routledge.
- Schoub, B. D. (1994). *AIDS & HIV in perspective: A guide to understanding the vírus and its consequences*. New York: Cambridge University Press.
- Segraves, R. T. & Segraves, K. B. (1992). "Aging and drug effects on male sexuality". In Rosen, R. & Leiblum, S. (Eds.), *Erectile disorders. Assessment and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Soskolne, V. & Shtarkshall, R. (2002). "Migration and HIV prevention programmes: linking structural factors, culture, and individual behavior – an Israeli experience". *Social Science & Medicine*, 55 (7): 1297-1307.
- Svenson, G. R. & Hansos, B. S. (1996). "Are peer and social influences important components to include in HIV-STD prevention models?". *European Journal of Public Health*, 6: 203-211.
- Teixeira, J. A. C. (1993). *Psicologia da saúde e SIDA*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Walder, P. & Amendt, G. (1999). *Ecstasy & C^o*. Porto: Campo das Letras.
- Weinberg, M.S.; Williams, C. J. & Pryor, D.W. (1994). *Dupla atracção. A bissexualidade em tempos de SIDA*. Venda Nova: Bertrand Editora.