

COMPORTAMENTOS DE RISCO EM PACIENTES PORTADORES DO VIH INSERIDOS EM PROGRAMA DE MANUTENÇÃO OPIÁCEA NO CAT DE ALMADA

LUÍS NASCIMENTO

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

Todavia, verifica-se que alguns toxicod dependentes em tratamento, seropositivos, continuam a incorrer em comportamentos que põem em risco a sua saúde e, também, a saúde de outras pessoas expondo-as à infecção pelo VIH.

O presente trabalho procura avaliar os comportamentos de risco, actuais e do passado, numa amostra de doentes toxicod dependentes em tratamento, seropositivos, inseridos em programa de manutenção opiácea (metadona ou buprenorfina) no Centro de Atendimento a Toxicod dependentes (CAT) de Almada. Para o efeito são usados o Questionário de Comportamentos de Risco e a Escala de Risco Suicidário de J. Stork.

Todos os sujeitos apresentam comportamentos de risco e a larga maioria deles (80%) obteve elevados valores na escala de risco suicidário. Conclui-se que os comportamentos de risco poderão estar associados à tendência autodestrutiva destes doentes, e que o apoio psicológico é desejável para todos eles.

Palavras-chave: Comportamentos de risco; VIH/SIDA; Toxicod dependentes; Instrumentos de avaliação; Programa de manutenção opiácea.

RÉSUMÉ: L'infection par le VIH/Sida c'est une maladie grave qui, a nos jours, continue à avancer parmi la population mondiale. Portugal c'est le pays de l'Europe Occidentale avec le plus nombre de cas VIH par million d'habitants. Au Portugal, presque de 50% de cas VIH ont résulté de la toxicodépendance. Les comportements de risque sont à la base de la transmission du virus parmi les toxicomanes, surtout à cause de la partage de matériel d'injection contaminé et relations sexuelles déprotégées. Cependant, on vérifie que quelques toxicomanes en traitement, séropositifs, continuent à maintenir des conduites risquées pour sa propre

santé et pour la santé d'autres personnes les exposant à la contamination par le VIH.

Le présent travail cherche évaluer les comportements de risque, présentes et passés, dans un échantillon des toxicomanes, séropositifs, en traitement dans un programme de manutention opiacée méthadone ou buprenorphine) dans le Centre de Soins pour les Toxicomanes (CAT). Dans ce but, sont utilisés le Questionnaire de Comportements de Risque e l'Echelle de Risque Suicidaire de J.Stork. Tous les sujets présentent comportements de risque et la majorité (80%) a obtenu élevés valeurs à l'échelle de risque suicidaire. On conclue que les comportements de risque peuvent être associés à la tendance d'autodestruction dans ces malades, et que le support psychologique sera souhaitable pour tous.

Mots-clé: Comportements de risque; VIH/SIDA; Toxicomanes; Instruments d'évaluation; Programme de manutention opiacée.

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

However, some drug addicts in treatment, HIV positive, still develop behaviours that threaten their lives and also other people's, exposing them to HIV infection.

This study aims to assessing risk behaviours, at present and in the past, in a sample of drug addict patients in treatment, HIV positive, following an opioid maintenance program (methadone or buprenorphine) at Almada's Drug Addiction Treatment Centre (CAT). For the purpose it is used the Risk Behaviour Questionnaire, and also the Suicide Risk Scale by J. Stork.

All the sample subjects show risk behaviours and most of them (80%) present high scores in the Suicide Risk Scale. It is concluded that risk behaviours, in these patients, could be associated to a trend of self-destruction, and psychological support is recommended for all of them.

Key Words: Risk behaviours; HIV/AIDS; Drug addiction; Assessment instruments; Opioid maintenance program.

1. INTRODUÇÃO

O primeiro caso identificado de SIDA surgiu na primavera de 1981 nos E.U.A.. Desde então, e até à publicação do relatório anual, em Dezembro de 2004, o organismo responsável por esta doença na ONU, a ONUSIDA, estima que em todo o mundo existam entre 34 e 42 milhões de pessoas que vivem com o VIH/SIDA (UNAIDS, 2004). Se inicialmente a doença foi associada aos homossexuais, posteriormente constatou-se que, nos países ocidentais, a sua exponencial difusão ocorreu entre os consumidores de drogas injectáveis devido a troca de seringas e outros materiais utilizados na injeção de drogas. Tem havido igualmente uma progressão alarmante de novos casos de VIH entre os heterossexuais.

Não obstante as populações estarem informadas dos meios de transmissão do VIH, e também cada vez mais os consumidores de drogas injectáveis, a história recente mostra-nos, através das várias campanhas de prevenção, que apelar à mudança de comportamentos só com base na informação tem-se revelado uma estratégia pouco eficaz, porquanto, inúmeras pessoas continuam a não adoptar medidas preventivas apropriadas (Kline & Strickler, 1993). Segundo Singh (2003) a informação é necessária mas não é condição suficiente para a mudança de comportamentos. Responsáveis por campanhas nacionais de luta contra o VIH/SIDA têm vindo a ter o seu desalento em relação aos baixos efeitos das referidas campanhas. Afinal, Portugal continua a ser o país da Europa Ocidental com mais casos de VIH por milhão de habitantes (CESS, 2004). Porque razão as pessoas não deixam correr riscos de vida, quando a informação científica, objectiva, é tão esclarecedora?

No que se refere aos consumidores de drogas, actualmente, em toda a Europa, estão declarados mais de meio milhão de indivíduos infectados pelo VIH, sendo que quase metade deles foram contaminados através do consumo de drogas intravenosas (CESS, 2004). No nosso país, 47,6% de todos os sujeitos portadores do VIH infectou-se através do consumo de drogas (CVEDT, 2004).

Face a este drama, consumado na crueza dos números acima referidos, em praticamente toda a Europa foram lançadas campanhas de informação e definidas medidas

de redução de danos⁽¹⁾ cujo um dos objectivos principais seria refrear a marcha desta pandemia. Alguns países introduziram medidas, tais como a troca de seringas, ainda nos princípios dos anos 80⁽²⁾; outros só o fizeram na década de 90, sendo nestes últimos onde actualmente existe um grande impacto do VIH entre os toxicodependentes (EMCDDA, 2002; Wiessing, 2001).

Lamentavelmente, ainda que houvesse uma assinalável redução da utilização da injeção para consumo de drogas, nalguns países ocidentais este modo de consumo continua a prevalecer, e até a crescer noutros países (OEDT, 2003), estando directamente relacionado com a expansão do VIH/SIDA. Apesar de tudo o que tem sido feito ao nível da prevenção e da saúde pública para a diminuição do VIH, continua a existir um número incalculável de consumidores de drogas injectáveis (adiante designados por CDI) imunes às campanhas de informação e prevenção dos riscos, resistindo à mudança da via utilizada para o consumo de drogas e partilhando materiais de injeção. Ao invés, estes CDI adoptam, permanentemente, comportamentos de risco, pondo-se a jeito para se infectarem para o VIH.

1.1. Antes do diagnóstico VIH

O acto de partilhar agulhas, seringas e outros utensílios relacionados com o consumo de drogas intravenosas não depende exclusivamente do conhecimento que o consumidor possui dos riscos que poderá correr (EMCDDA, 2001). Ainda que a partilha de droga e dos materiais de injeção sejam comportamentos frequentes no contexto da toxicoddependência, e que se inscrevem num vasto quadro de funções sociais (partilha de custos, evitar a ressaca, fazer e sustentar alianças), fica por responder a que funções psicológicas corresponderão os referidos comportamentos quando o consumidor tem conhecimento que o parceiro de quem recebe os materiais de injeção está infectado com o VIH e, nem por isso, deixa de utilizar esses mesmos materiais.

Com efeito, alguns dos nossos doentes afirmam ter utilizado o algodão ou a seringa de outro consumidor para aliviarem a ressaca, sabendo, na altura, que o fornecedor seria seropositivo para o VIH. Quando confrontados com os motivos de tal atitude, invariavelmente, respondem: “Quando se está a ressacar o mais importante é tirá-la...”,

pode-se até saber que o outro tem doenças, mas nisso só se pensa depois de aliviar a ressaca”, ou ainda, “Nestas alturas fica tudo ao sabor da sorte, se tiver que acontecer, acontecerá...”.

Quanto aos comportamentos de risco a nível sexual, várias investigações sugerem que aproximadamente dois terços dos CDI nunca usam preservativos com os parceiros únicos regulares e cerca de um terço nunca usa preservativos com parceiros ocasionais (EMCDDA, 2001). Associando estes dados aos indicadores sobre os elevados índices de mudança de parceiro sexual entre a população toxicodependente, facilmente conclui-se que a transmissão do VIH torna-se significativamente crescente entre os CDI e os seus parceiros que nalguns casos, apesar de consumidores, não utilizam a droga de forma injectada. Não raramente, os parceiros sexuais dos CDI não são consumidores de drogas e, inicialmente, desconhecem a dependência do companheiro. O estigma relacionado com a injeção de drogas leva a que a sua revelação seja evitada o mais tempo possível. As mulheres estão particularmente em risco quando os parceiros partilham seringas e não utilizam preservativos.

A maneira como o preservativo é usado depende do contexto dos encontros sexuais. O sexo desprotegido é visto, muitas vezes, como um aspecto normal e legítimo num relacionamento heterossexual a longo prazo entre os toxicodependentes. A transição do sexo protegido para o sexo desprotegido (pondo de lado o preservativo) marca simbolicamente a seriedade e o compromisso da relação, remetendo para segundo plano os potenciais riscos (EMCDDA, 2001). Nestas circunstâncias, o medo da infecção é secundário, o que reforça a ideia de que a sobrevalorização da relação leva à subvalorização das formas de transmissão da doença, isto é, o afecto é irracionalmente interpretado como protector da infecção (Cláudio *et al.*, 1994).

1.2. Depois do diagnóstico VIH

Investigações várias têm demonstrado que sujeitos consumidores de drogas injectáveis, após conhecimento do seu VIH, continuam a manter condutas de risco ao nível sexual e de partilha de material de injeção, pondo em risco outros parceiros de se infectarem com aquela doença

(Kalichman, 2003; Singh & Crofts, 1993). Este risco é extensível aos próprios que, muitas vezes, se expõem a re-infecções do VIH ou a contaminações de outras doenças sexualmente transmissíveis. Por exemplo, Singh e colaboradores, citado por Kalichman (2003), afirmam que 29% dos CDI, tendo conhecimento do seu VIH, apresentam práticas sexuais de risco; um outro estudo de Rhodes e Cusick (2000) conclui que 60% dos CDI assumem terem tido relações sexuais desprotegidas desde que têm conhecimento do seu diagnóstico.

As condições económicas e o sexo como modo de sobrevivência serão algumas das razões a considerar na tentativa de compreender esta situação. É provável que um número de mulheres e homens seropositivos que se envolvem em práticas sexuais desprotegidas a troco de dinheiro ou drogas, devido às suas condições económicas existentes antes de se tornarem seropositivos, não melhorem o seu comportamento após o diagnóstico. Um estudo realizado com uma amostra de seropositivos toxicodependentes, em tratamento, verificou que 24% já tinha trocado sexo por dinheiro (Kalichman, 2003). A utilização do preservativo é menos consistente, quando a mulher que se prostitui é utilizadora de drogas injectáveis. A capacidade para negociar a utilização do preservativo com o cliente pode estar comprometida devido ao síndrome de privação da droga ou intoxicação (EMCDDA, 2001).

Por outro lado, a investigação refere que continua a existir uma forte ligação entre o abuso de substâncias e os continuados riscos sexuais. Abuso de álcool e droga (opióceos e cocaína) estão frequentemente associados a comportamentos sexuais desprotegidos, incluindo os praticados em casais VIH serodiscordantes (Remien *et al.*, 1995; Quirk *et al.*, 1998).

Estados afectivos negativos incluindo depressão, ansiedade e hostilidade estão correlacionados com práticas sexuais de alto risco entre homens seropositivos (Kennedy, citado por Kalichman, 2003; Remien *et al.*, 1995). Homens e mulheres seropositivas que mantêm relações sexuais desprotegidas têm maior tendência à depressão do que seropositivos que só praticam sexo seguro. Por sua vez, a percepção que o sujeito tem do pouco suporte social, é um factor predictor da depressão (Kalichman *et al.*, 1997; Kelly *et al.*, 1993).

1.3. Depressão e Tentativa de Suicídio em doentes portadores VIH

Pessoas seropositivas para a infecção do VIH têm mais pensamentos sobre suicídio e mais frequentemente tentativas de suicídio quando comparadas com pessoas seronegativas (Komiti *et al.*, 2001; Catalan, 1995). No entanto, o risco para completar o suicídio é, apenas, modestamente alto para pessoas com o VIH/SIDA (Marzuk *et al.*, 1997).

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

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

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

Por entender que não seriam evidentes os motivos que levavam os seropositivos a cometerem tentativas de suicídio, A. Roy (2003) realizou um estudo onde procurou avaliar se haveriam diferenças significativas nas características dos sujeitos com VIH com tentativas de suicídio comparativamente com sujeitos com VIH mas que nunca fizeram qualquer tentativa de suicídio. Todos os participantes da sua amostra tinham uma história de consumos de drogas. Concluiu este autor que os factores de risco relativos aos comportamentos de suicídio, em sujeitos infectados pelo VIH, podem ser interactivos entre o

passado e o presente. O diagnóstico de VIH positivo pode ser um factor de risco actual que pode levar a tentativas de suicídio na presença de anteriores factores de risco, como por exemplo traumas de infância (abusos emocionais, físicos e sexuais) e toxicodependência. Todos estes factores de risco contribuem para o desenvolvimento da depressão no sujeito. Pelo facto da depressão estar significativamente associada às tentativas de suicídio entre sujeitos com VIH, Roy sugere o seu tratamento como fundamental para a prevenção do suicídio.

1.4. Programas de manutenção opiácea e Comportamentos de risco

Os resultados apontam para que os Programas de Manutenção Opiácea (adiante designados de PMO) sejam bastante eficazes, mesmo em termos de custo-eficácia, reduzindo os comportamentos de risco relacionados com o VIH e outras doenças transmissíveis associados ao uso de drogas (OEDT, 2003).

Num estudo realizado em Espanha, entre 1990 e 1997, concluiu-se que os toxicodependentes incluídos no programa de metadona, permaneciam em tratamento por longos períodos de tempo e apresentavam uma menor prevalência de infecção pelo VIH (Esteban *et al.*, 2003). Estes programas também reduzem, claramente, o risco de mortalidade por *overdose* entre os seus participantes (OEDT, 2003).

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

Uma investigação realizada na Suécia constatou que sujeitos seropositivos, incluídos num tratamento de manutenção com metadona, tiveram menos problemas judiciais, quando comparados com sujeitos não frequentando aquele tratamento (Stenbacka *et al.*, 2003). Num estudo realizado em França entre 1995 e 1997

(Reynaud-Maurup *et al.*, 2000), a partir de uma amostra de 429 pacientes CDI e portadores de VIH, os autores registaram que 48,2% não tinham consumido drogas nos anteriores 6 meses, que 20,3% continuavam a usar activamente drogas não se encontrando em qualquer tipo de programa de manutenção opiácea e que os restantes 31,5% estavam inseridos no PMO. Contudo, a maioria (73,3%) dos paciente inseridos no PMO persistiam nos seus regulares consumos de droga, através de injeção, apresentando características em tudo semelhantes, do ponto de vista social e psicológico, aos CDI não inseridos no PMO. Entre os consumidores activos, não inseridos em PMO, 25,6% admitiu ter partilhado seringas nos últimos 6 meses; e 21,9% dos consumidores, regulares, inseridos no PMO referiram o mesmo tipo de comportamento. Comportamentos de risco de partilha indirecta de utensílios (partilha de colher, de algodão ou água) foram similares para os consumidores que estavam ou não inseridos no PMO. Ou seja, os dados apurados neste último estudo indicam que os PMO – apesar dos comprovados benefícios numa grande parte dos sujeitos neles incluídos – não serão a “cura milagrosa” para a supressão dos consumos de drogas e dos comportamentos de risco em todos os doentes. De resto, outros relatórios têm mostrado que este tipo de programas não tem a capacidade para evitar totalmente comportamentos de injeção em utentes supostamente “tratados” (OEDT, 2003).

1.5. Proposta do Estudo

Em Portugal, como já se disse, cerca de metade de todos os sujeitos infectados com o VIH contaminou-se através do consumo de drogas. Não é por isso de estranhar que, no nosso país, os Centros de Atendimento a Toxicod dependentes (CAT) ao realizarem análises ao sangue a inúmeros toxicómanos, acabem por rastrear parte dos novos casos de sujeitos portadores do VIH. Face ao significativo número de toxicod dependentes seropositivos para o VIH em tratamento nos CAT, o psicólogo, e outros técnicos de saúde, confrontam-se com a necessidade destes doentes lidarem de uma forma ajustada com as suas **problemáticas**. E sublinhamos problemáticas porque se a intervenção terapêutica incide inicialmente sobre o pedido de ajuda relativo ao problema da toxicod dependência, concomitan-

temente teremos de acompanhar e diminuir o impacte psicológico, traumático (Cartwright & Cassidy, 2002), da doença VIH/SIDA.

Se, por um lado, há indivíduos, portadores do VIH, que procuram adaptar-se aos condicionalismos decorrentes da doença e, deste modo, aderem às indicações terapêuticas e diminuem os comportamentos de risco, por outro lado, constatamos que alguns doentes não se organizam para cuidarem de si e protegerem os outros, adoptando, pelo contrário, comportamentos auto e hetero-destrutivos (e.g., manutenção dos consumos de drogas, relações sexuais desprotegidas, não adesão aos tratamentos hospitalares). Com o intuito de melhor conhecer os comportamentos de risco dos utentes seropositivos, frequentando programas de manutenção opiácea (metadona ou buprenorfina), decidimos realizar um estudo à referida população no CAT de Almada. Este estudo foi integrado na nossa tese de mestrado intitulada “Comportamentos de Risco numa Amostra de Toxicod dependentes inseridos em Programas de Manutenção Opiácea, portadores do VIH/SIDA” (Nascimento, 2004). O presente trabalho resulta de parte da referida tese. A principal questão que moveu este estudo poderá ser formulada do seguinte modo: porque razão estes doentes, conhecedores das formas de transmissão e de re-infecção do vírus da imunodeficiência adquirida expõem-se, presentemente, a situações de risco? Situações de tal forma graves que poderão impedir ou penalizar fortemente o tratamento em curso para a doença. Situações onde outras pessoas, igualmente, poderão correr riscos, sobretudo, através de relações sexuais desprotegidas. Propomo-nos, também, aproximar dos motivos que conduziram, já no passado, estes doentes a enveredar por comportamentos de tal forma arriscados que, em muitos casos, resultaram na sua contaminação pelo referido vírus. O conhecimento das formas de transmissão do vírus contribuiu para a diminuição dos riscos? Após o diagnostico de VIH o doente, também consumidor de drogas, passou a proteger-se mais dos riscos de infecção? Depois de frequentar os programas de manutenção opiácea, estes doentes diminuíram os seus comportamentos de risco?

Devido à evolução da medicação anti-retroviral, a mortalidade e morbilidade física dos doentes afectados

pelo VIH diminuiu grandemente. Nos países com recursos para tratamentos, esta infecção é já vista como uma doença crónica, tratável com uma terapia adequada (Boucher & Veilleux, 2002). Como o número de pessoas que se tornam infectadas é cada vez maior e elas continuam a viver com o VIH por longos períodos de tempo, há uma necessidade premente de acumular saberes que viessem apoiar homens e mulheres seropositivos e evitar a propagação da doença. Compete aos técnicos de saúde mental desenvolverem modelos de compreensão do funcionamento emocional e relacional destas pessoas. Deste modo, podemos ensaiar respostas e estratégias que intervenham no sentido, não só de diminuir as dificuldades sentidas pelo doente seropositivo, mas também as experimentadas pelos diferentes técnicos de saúde no seu acompanhamento.

2. METODOLOGIA

2.1. Hipóteses:

Por forma a dar resposta aos problemas anteriormente levantados e de acordo com a revisão bibliográfica efectuada, equacionamos três hipóteses, distribuídas por períodos distintos da vida do sujeito:

Hipótese 1

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

Hipótese 2

Os sujeitos a consumirem drogas quando tomam conhecimento do seu VIH, não diminuem os comportamentos de risco (comparar os comportamentos de risco antes e depois do diagnóstico para o VIH, antes da entrada para um dos programas de manutenção opiácea).

Hipótese 3

A frequência dos Programas de Manutenção Opiácea (PMO) diminui os comportamentos de risco relativos ao VIH, na área dos consumos de drogas e relações sexuais. Colocadas as hipóteses deste estudo e retomando as considerações introdutórias do mesmo, afigurou-se-nos como pertinente avaliar também a actual tendência suicida de cada um dos sujeitos que constituem a amostra.

2.2. Instrumentos

Utilizámos neste estudo o Questionário de Comportamentos de Risco e a Escala de Risco Suicidário de J. Stork.

2.2.1. Questionário de Comportamentos de Risco (QCR)

Este questionário, construído por nós, é constituído por 70 questões. Para além de uma caracterização psicossocial do sujeito, o questionário procura sobretudo avaliar os riscos que ele incorre em diferentes áreas do seu comportamento. Definimos **comportamentos de risco** como todo e qualquer acto que ponha em causa a saúde física e psíquica dos doentes – consumidores de droga e seropositivos – mas também a saúde de outras pessoas, dependentes de drogas ou não, com quem eles mantenham contacto regular ou esporádico.

No que toca aos comportamentos de risco específicos para o **consumo de drogas** considerámos não só a partilha de agulhas e seringas, mas também outros materiais envolvidos no consumo (algodão, recipiente, água) potenciais transmissores do vírus. Quanto aos **riscos sexuais**, para além da utilização do preservativo, houve a preocupação em avaliar os riscos envolvendo diferentes parceiros sexuais. Para isso, procurámos identificar se o sujeito tendo um parceiro sexual regular/único (namorada ou companheira/esposa), manteria pontual ou regularmente relações sexuais com outras mulheres e em que circunstâncias (parceiras toxicodependentes, prostitutas, etc.). Desta maneira, o instrumento permite avaliar a utilização do preservativo (sempre, nem sempre ou nunca) com diferentes parceiros sexuais no mesmo espaço de tempo. Considerámos também comportamentos de risco a **negligência dos cuidados médicos** por parte do sujeito seropositivo: faltas às consultas marcadas no hospital e interrupção das medicações prescritas, sem conhecimento médico. Outras diferentes áreas de risco avaliadas pelo QCR contemplam os **consumos actuais de substâncias** ilícitas (cocaína, heroína e haxixe) e lícitas (álcool e comprimidos), as **overdoses** ocorridas no passado e os comportamentos de risco em situação de prisão caso tivesse existido e **conhecimento dos modos de transmissão do VIH**. Neste último aspecto entendemos que a informação não estaria completa se o sujeito não indicasse todos os meios possíveis de contaminação pelo VIH.

O questionário avalia três períodos de tempo (dois no passado e o presente). Algumas são questões abertas (e.g., “de que modo pensa ter contraído o vírus?”), mas a maior parte são fechadas (e.g., sim ou não; ou escolha múltipla: sempre, nem sempre ou nunca). Naturalmente que as perguntas que se referem ao passado do sujeito, enquanto consumidor activo de drogas, são respondidas retrospectivamente. A cotação consiste na atribuição de pontos às diferentes práticas de risco resultando em subtotais e totais de pontuação, o que permite uma rápida quantificação e visualização do traçado do comportamento de risco nos diferentes momentos considerados.

2.2.2. Escala de Risco Suicidário de J. Stork

A Escala de Risco Suicidário de J. Stork, foi originalmente construída em 1977 por J. Stork, tendo sido posteriormente adaptada para a população portuguesa por I. C. Lopes, M. Eufrásio, A. R. Reis e O. Monteiro, em 1986, sob supervisão de C. Amaral Dias. É um instrumento de análise e diagnóstico do comportamento suicidário, a partir da população normal, o que a torna um meio de diagnóstico e prevenção do risco suicidário, tendo em conta os seus factores psicogenéticos (Almeida, A., 2003).

No que concerne aos itens de J. Stork houve a preocupação de manter a temática dos itens: perda objectal (6 itens), angústia (17 itens), culpabilidade (8 itens), agressividade (4 itens), Ideais do Eu (15 itens), situação familiar (11 itens), relação com a mãe (9 itens), relação com o pai (4 itens), toxicodependência (1 item) e psicossomática (1 item). A escala foi reduzida de 175 para 76 itens sem que se tivesse alterado a sua validade segundo os níveis de confiança testados pelo Qui-Quadrado: (0.05-0.02 confiança, 0.02-0.01 muita confiança, superior a 0.001 extrema confiança).

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

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

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

2.3. Amostra

A amostra foi constituída por 30 homens, inseridos nos programas de manutenção opiácea (metadona e buprenorfina) portadores de VIH, utentes do CAT de Almada.

Quadro 1 – Características da amostra

	%		%
Idades		N.º de anos de Escolaridade	
26-30	33,3	4	30,0
31-35	26,6	6	30,0
36-40	26,6	7	16,7
41-45	10,0	9-11	23,3
46-50	3,3		
Situação profissional		Com quem habita	
Empregado	26,7	Pais	56,7
Desempregado	63,3	Pais/Companheira	13,3
Reformado	10	Companheira	26,7
		Sozinho	3,3
(antes do programa de manutenção opiácea)		(já no programa de manutenção opiácea)	
Overdoses		Já faltou às consultas de infecciologia no hospital	
Nenhuma	46,7	Não	27,6
1	6,7	Sim	72,4
2	26,7	Já interrompeu a medicação anti-retroviral sem indicação médica (n=21)	
3	16,7	Não	33,3
5	3,3	Sim	66,6
N.º de anos que decorreu entre o diagnóstico VIH e a entrada no PMO		(já no programa de manutenção opiácea)	
0	20,0	Consumo de Cocaína	
1	10,0	Não consome	60,0
2	23,3	Consumo esporádico	36,7
3	13,3	Consumo regular	3,3
4	3,3	Consumo de Heroína	
5	6,7	Não consome	63,3
6	3,3	Consumo esporádico	33,3
7	3,3	Consumo regular	3,3
8	3,3	Consumo de Álcool	
10	6,7	Não consome	16,7
12	3,3	Consumo esporádico	63,3
14	3,3	Consumo regular	20,0
Abandonos do PMO (com reentrada)		Consumo de Haxixe	
Nenhum	66,7	Não consome	40,0
1	23,3	Consumo esporádico	46,7
2	10,0	Consumo regular	13,3
		Consumo abusivo de comprimidos	
		Não consome	83,3
		Consumo esporádico	13,3
		Consumo regular	3,3

2.4. Procedimento

Os sujeitos que compõem a amostra deste estudo são oriundos da população toxicodependente que recorre ao Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) de Almada com o pedido de ajuda para tratamento da dependência de drogas. Todos os sujeitos são por nós acompanhados em consulta. Como **critérios de inclusão** na amostra definimos os seguintes: sujeitos do sexo masculino, sem duplo diagnóstico, seropositivos para o VIH e sem diagnóstico de Sida declarada, referenciados à consulta de infecciologia do hospital Garcia de Orta em Almada e integrados num programa de manutenção opiácea (metadona ou buprenorfina). Estes três últimos critérios deviam perdurar há, pelo menos, seis meses à data de participação neste estudo.

Foi pedido a cada sujeito o consentimento para colaborar connosco na realização de um estudo que pretendia avaliar e conhecer melhor os seus hábitos e comportamentos relacionados com a sua saúde e doença, sobretudo o VIH, a relação com o hospital, o programa de

manutenção opiácea, e uma série de outros aspectos pessoais sobre a sua vida actual e passada. Foi-lhes, também, solicitado que respondessem a questões referentes ao passado onde ocorreram os consumos activos de droga. Estas informações seriam apuradas através da resposta a um conjunto de questões levantadas por dois instrumentos. Assegurámos que os dados pessoais seriam estritamente confidenciais.

3. RESULTADOS

Para o estudo das hipóteses foi utilizado o QCR. O primeiro aspecto que procurámos investigar é se existiriam diferenças entre os comportamentos de risco, nas áreas da partilha de drogas e práticas sexuais, e o conhecimento que os sujeitos tinham relativamente às formas de transmissão do VIH. Tendo sido verificado que as variáveis (Total 1 e subtotais 37 e 42)⁽³⁾ em estudo não tinham uma distribuição normal, utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney para testar a **hipótese 1**.

Quadro 2 – Resultados da análise comparativa entre o conhecimento completo e incompleto das formas de transmissão do VIH para o X – Total 1

	Conhecimento transmis. VIH	N	Média das ordens ⁽⁴⁾	Estatística de teste Z	Valor p
X – Total 1	Completo	11	18.00	-1.193	.233
	Incompleto	19	14.05		

Quadro 3 – Resultados da análise comparativa entre o conhecimento completo e incompleto das formas de transmissão do VIH para o X – subtotal 37

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

Quadro 4 – Resultados da análise comparativa entre o conhecimento completo e incompleto das formas de transmissão do VIH para o X – subtotal 42

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

Da análise dos diferentes quadros não se verificaram diferenças significativas relativamente aos comportamentos de risco englobados quer no Total 1 quer nos subtotais 37 (riscos com injeção de drogas) e 42 (riscos sexuais), entre os sujeitos conhecedores e desconhecedores das formas de transmissão do VIH.

Observando a análise descritiva, verifica-se uma tendência para comportamentos de risco muito semelhantes nos dois grupos relativamente ao subtotal 37, enquanto no subtotal 42 e no Total 1 a tendência é curiosamente para um maior comportamento de risco no grupo com informação completa.

A **hipótese 2** visava comparar os comportamentos de risco

antes e depois do sujeito ter conhecimento do diagnóstico VIH, ainda enquanto consumidor activo de drogas. O número de sujeitos nela envolvida é de 24, porque os restantes 6 só tomaram conhecimento do seu diagnóstico de VIH no momento que entraram para o PMO não passando por este momento intermédio (momento em que o sujeito já sabe que é portador do VIH e continua a consumir activamente drogas).

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

Quadro 5 – Resultados das análises comparativas entre os comportamentos de risco antes e depois do conhecimento do VIH

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

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

Quanto à **hipótese 3** procurou-se avaliar se os sujeitos diminuam os comportamentos de risco aquando da

entrada no programa de manutenção opiácea. Tendo sido verificado que algumas das variáveis Y e A (Total 1) e subtotais 44, 54, 49 e 60 em estudo não tinham uma distribuição normal, utilizou-se o teste não paramétrico dos Sinais para testar a hipótese 3.

Quadro 6 – Resultados das análises comparativas entre os comportamentos de risco antes e depois do conhecimento da entrada no PMO

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

Verificaram-se diferenças altamente significativas relativamente aos comportamentos de risco englobados no Total 1 e diferenças significativas relativamente aos comportamentos de risco englobados nos subtotais 44/54 (riscos com injeção de drogas), antes e depois do programa PMO. Relativamente aos subtotais 49/60 (riscos sexuais) não se verificaram diferenças significativas relativamente aos comportamentos de risco, aqui englobados, antes e depois do programa PMO.

No que se refere aos resultados obtidos a partir da Escala de Risco Suicidário de Stork apresentamos o seguinte quadro:

Quadro 7 – Frequências e percentagens por níveis de Classificação da Escala de Risco Suicidário de J. Stork

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

Neste último quadro regista-se que a grande maioria dos sujeitos (80%), obteve resultados na escala de Stork que indiciam um qualquer nível de risco de suicídio. Apenas 6 sujeitos (20%) se encontram dentro dos valores considerados normais para esta escala, ou seja, não apresentando risco de suicídio.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Antes de passarmos à discussão dos resultados importa salientar dois factos da maior relevância. O **primeiro** é que todos os sujeitos da amostra apresentam comportamentos de risco, tanto no passado (aquando do consumo activo de drogas) quanto no presente (após a entrada para programas de metadona ou buprenorfina). Os riscos actuais relacionam-se com o consumo de substâncias, cuidados com a sua saúde e a dos outros, idas ao hospital e toma da medicação, se a ela houver lugar. O **segundo** facto é que numa amostra de 30 sujeitos, apenas 6 se encontram dentro do nível considerado normal na escala

de suicídio. Ou seja, cerca de 80% dos sujeitos apresentam risco de suicídio e 33% apresentam mesmo risco de suicídio importante (grau 4) ou extremamente importante (grau 5). Quer dizer, a larga maioria dos sujeitos que participam neste estudo apresenta comportamentos e/ou tendências suicidas.

Relativamente à **primeira hipótese**, verificou-se que os sujeitos, enquanto consumidores activos de drogas no passado, independentemente de terem ou não conhecimento das formas de transmissão do VIH enveredaram por comportamentos de risco. Ou seja, o facto de saberem que a infecção se transmitiria através das seringas e do restante material associado ao consumo de drogas, bem como através dos contactos sexuais desprotegidos, não os inibiu de terem estes comportamentos. Este reduzido, ou pelo menos não determinante, papel que a informação tem na alteração dos comportamentos de risco nestes sujeitos evoca-nos algumas reflexões. Já anteriormente foi dito que a informação é útil mas não é determinante para a alteração dos comportamentos de risco. Mesmo com a oferta de seringas novas, há sempre toxicod dependentes que optam por usar material de injeção já utilizado por outros; mesmo com preservativos nos bolsos, há quem prefira ter relações sexuais desprotegidas; mesmo com toda a informação sobre os riscos de transmissão da SIDA, há quem arrisque.

Contudo, e não querendo confundir questões, entendemos que o papel da informação não deve ser negligenciado e que, pelo contrário, deverá até ser incrementado sobretudo na área das doenças infecto-contagiosas. A percepção do risco é um pré-requisito necessário e uma causa motivadora para a mudança de comportamentos em algumas pessoas. Uma questão é a pessoa não estar informada sobre os riscos para a sua saúde e, por isso, não estar sensibilizada para alterar comportamentos e para reduzir os riscos (e isto é válido não só para o VIH como para qualquer doença). Outra questão é saber se a pessoa tendo essa percepção dos riscos, está sempre suficientemente motivada para reduzi-los. E aqui a resposta é, claramente, não. O que falha então? Manuel Matos (1991), enuncia o princípio responsável pela não alteração dos hábitos das pessoas quando confrontadas com mensagens de prevenção: *É evidente que a informação que*

é dada, em termos de prevenção, pressupõe que o comportamento do adulto, do ponto de vista sexual, seja paralelo ou concomitante ao ser-se adulto. Se a sexualidade do adulto está impregnada de uma sexualidade infantil, a parte adulta da personalidade recebe a mensagem, "entende-a" mas a parte infantil renega-a, agindo em consequência (p.69). Pensamos que este raciocínio não só se aplica à sexualidade mas também às condutas de risco na toxicod dependência.

A indisponibilidade dos toxicod dependentes para se protegerem quando estão avisados de que podem correr risco de vida, ou **a informação que não pode ser entendida**, enquadra-se num processo de negação psicológica da realidade. O que se verifica é que estes sujeitos negam as bem-intencionadas mensagens porque o seu psiquismo se encontra minado pelas partes infantis e destrutivas da personalidade. O aspecto destrutivo da personalidade, a que Meltzer (1977), e outros autores, convencionaram chamar de **perversão**, "*encontra a sua glória no prazer sádico, no negativismo, no fazer o contrário do que é preciso, em que a inveja, a destrutividade e a maldade se opõem à bondade, generosidade, criatividade e harmonia dos bons objectos*" (Matos, 1991, p.68). Bem vemos como é difícil um sujeito dominado por este estado mudar os seus comportamentos de risco optando por negar as evidencias protectoras que as mensagens sobre prevenção aconselham. Etchgoyen (1987) afirma que a perversão tem muito a ver com a parte psicótica da personalidade e que ambas têm em comum uma perturbação do juízo da realidade. De resto, parece existir um limiar a partir do qual o medo que a mensagem pretende inculcar gera nas pessoas efeitos contrários ao que se pretendia.

Por outro lado, constata-se uma **elevada tendência suicidária** nos sujeitos consumidores de drogas. Esta tendência materializa-se em toda uma conduta suicidária que se revela nos comportamentos de risco a que se expõe o toxicod dependente: ataque ao próprio corpo, através da injeção de um conjunto de drogas; os aumentos das doses levando a repetidas *overdoses*; partilha de material de injeção, tantas vezes, infectado com VIH e hepatites; relações sexuais desprotegidas com prostitutas e todo um estilo de vida (falta de alimentação, de higiene, de cuidados médicos) que atenta contra as mais elementares

noções de saúde. Rossow e Lauritzen (1999) concluíram, a partir de uma investigação em toxicod dependentes, que muitas *overdoses* decorrem de uma propositada tentativa de suicídio. Ambos os comportamentos de ameaça à vida registam-se em sujeitos que também assumem riscos na área do VIH, verificando-se igualmente a tendência à repetição destes comportamentos. Na senda destes autores, pensamos que a desvalorização da informação sobre o VIH e a sua não aceitação se deve à depressão profunda e ao risco de suicídio em que, muitas vezes, o toxicómano se encontra. Risco de suicídio que não implica, necessariamente, a procura directa da morte através de um enforcamento ou de uma defenestração, mas que se transmuta em equivalentes suicidários como infectar-se com o VIH através da troca de seringas e de relações sexuais desprotegidas com seropositivos. Ainda que ficar infectado com o VIH não seja o mesmo que morrer, todas as angústias de morte associadas ao vírus e o relacionamento com amigos que morreram ou estão doentes, remete o toxicómano para um declarado fantasma de morte que paira sobre esta doença.

Nestas condições, não foi com surpresa que vimos confirmada a nossa **segunda hipótese**. Com efeito, os sujeitos a consumirem drogas, quando tomam conhecimento do seu VIH, não diminuem os comportamentos de risco. Pelo contrário, alguns passam a expor-se a mais situações de risco. O trauma gerado pela infecção potencia as angústias de morte, levando a uma maior desesperança. A incapacidade em lidar com este sofrimento poderá gerar aumentos na regularidade dos consumos (quanto maior é a dor maior é a sua necessidade em aliviá-la), com perigosas sobredosagens (*overdoses*), e desprezando qualquer tipo de protecção; "se já estou infectado para quê proteger-me" ou "perdido por um perdido por mil" são as justificações que mais ouvimos. Este crescer dos riscos a que o toxicómano se entrega quando toma conhecimento do seu VIH destina-se a procurar, com maior intencionalidade, a morte. "Foi um milagre eu não ter morrido naquela altura com uma overdose". Por vezes, a conduta ordálica do toxicómano encarrega o destino desta decisão: a morte ou o "milagre" da salvação. A conduta ordálica realiza um comportamento repetitivo de atitudes de risco e toma em geral a aparência de um suicídio crónico. Há o desejo de experimentar a

Morte mas deixa-se ao Acaso a sua sorte (Charles-Nicolas, 1991).

Quanto à nossa **terceira hipótese** verificou-se, globalmente, a sua confirmação. Esta hipótese pretendia apurar se os utentes que entraram nos programas de manutenção opiácea diminuíram os comportamentos de risco relativos ao VIH. Aqui tivemos a preocupação de analisar em conjunto, e em separado, as duas grandes áreas dos comportamentos de risco: riscos relacionados com o comportamento sexual; e riscos associados aos consumos de droga.

Com a entrada num programa de manutenção opiácea (metadona ou buprenorfina) comprovou-se que os sujeitos diminuíram os seus comportamentos de risco na área relacionada com a injeção de drogas. Muitos deles deixaram realmente os consumos activos de heroína, outros só pontualmente a consomem e, alguns dos que o fazem, optam pelo modo fumado. A droga fumada envolve menos riscos para a saúde do que a droga injectada. Quando entra para um destes programas, o toxicod dependente deixa de ter necessidade de procurar as drogas de rua. Estes programas visam substituir os opiáceos de rua (heroína) por medicamentos opiáceos, preenchendo as necessidades fisiológicas do cérebro do sujeito. Ao se retirar o doente da marginalidade está-se a criar as condições para todo um trabalho de recuperação física e psíquica. Um dos aspectos que mais degrada o toxicod dependente, é o facto da droga ser cara. Ele tem que mendigar, roubar, mentir e manipular os outros para assegurar a maquia necessária para a sua dose diária. Este quotidiano confere, à maior parte dos consumidores, um estatuto indigente e uma indignidade desumana. A metadona é fornecida gratuitamente pelos serviços de saúde. Os programas de manutenção opiácea aproximam o doente das estruturas de saúde permitido que ele receba não só cuidados ao nível da sua saúde física, tão profundamente abalada com o VIH e com as hepatites, mas também ao nível da sua saúde mental. A colaboração das farmácias e dos centros de saúde na distribuição de metadona tem-se revelado de grande utilidade permitindo, simultaneamente, o acompanhamento destes utentes pelos médicos de família.

Mas, se entre os utentes da amostra verificamos que há

uma melhoria significativa nos comportamentos de risco relacionada com a droga, ao invés, aqueles que entram para estes programas não deixam de apresentar comportamentos de risco na área sexual. Apesar de ajudarem, estes programas não são a panaceia para a resolução de todos os comportamentos de risco que possam ocorrer nos toxicómanos em recuperação. A explicação para esta evidência não é difícil. A patologia da toxicod dependência é sobretudo da ordem do psicológico e familiar e não se “cura” com mais ou menos comprimidos, não obstante, sublinhamo-lo, estes auxiliarem em determinadas condições. Segundo Sandor Rado (1975), a abordagem ao problema da toxicomania começa com o reconhecimento do facto de que não é o agente tóxico, nas sim o impulso a se servir dele, que faz de um dado indivíduo um toxicómano. Neste sentido, se se pode substituir o agente tóxico, através da medicação, dever-se-á também tratar o “impulso” do sujeito. Se o doente encerra um funcionamento psíquico caracterizado por uma relação de objecto onde predomina a sua dependência aos objectos de vinculação, não é de esperar que a paragem dos consumos regulares de heroína faça mudar, de imediato, o seu estilo relacional. Continua-se, portanto, a assistir a tendências auto e hetero-destrutivas em certos doentes inseridos nestes programas, podendo aquela manifestar-se através de outros comportamentos de risco tais como, neste caso, relações sexuais desprotegidas.

Se as dificuldades relacionais e sexuais destes doentes já eram assinaláveis, agora infectados com o VIH os contactos de maior proximidade física e afectiva assumem verdadeiros dramas. O diagnóstico do VIH vem interagir e complicar ainda mais o processo das suas vivências sexuais. Vem desnudar as falhas dos seus processos de identificação e dos atropelos à constituição de identidade. Por forma a minorar as referidas dificuldades resultantes do ameaçador agente infeccioso, muitos almejam arranjar uma companheira, também ela, seropositiva. Esta equidade na doença alimenta a expectativa de uma equidade relacional: a mulher infectada assusta menos. Contudo, os casais em que ambos os elementos são seropositivos, frequentemente, assumem uma postura de despreocupação em relação a adopção de medidas de protecção sexual, ficando expostos a co-infecções e re-infecções pelo VIH.

Os persistentes pensamentos sexuais e a hiperactividade sexual a que se entrega o seropositivo pode ser interpretado como uma defesa relacionada com o seu crescente sentimento de impotência. Bollas (1994) afirma que a erotomania é uma forma do sujeito fantasiar que o outro, a partir da relação sexual, resolveria as suas insuficiências narcísicas. Insuficiências fortemente enraizadas no sujeito, mas agora ampliadas pelo VIH.

Neste contexto, o doente poderá servir-se das drogas para se sentir menos amedrontado na relação sexual. Podendo deixar de consumir heroína, regularmente, muitos utentes do programa mantém outros consumos. Particularmente no que se refere à nossa amostra 20% dos sujeitos apresenta consumos regulares de álcool (63% consumos esporádicos), 36,7% consumos esporádicos de cocaína e 13,3% consumos regulares de haxixe (46,7% consumos esporádicos). Há uma forte correlação entre o uso de drogas e a não utilização de preservativos na relação sexual. Sob o estado maníaco, o efeito das drogas é utilizado para aumentar o poder dos impulsos destrutivos, deixando o sujeito de se preocupar consigo e com os outros (Rosenfeld, 1961). Nestas circunstâncias, há uma identificação a um vírus (VIH) considerado maléfico (Bouchet, 1990) que catapulta o sujeito seropositivo para comportamentos altamente destrutivos como, por exemplo, relações sexuais sem preocupação de usar o preservativo nem proteger a saúde da parceira sexual.

5. CONCLUSÃO

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

sólidas, mais protectoras de si e dos outros. Deste modo, pensamos que o objectivo psicoterapêutico mais importante deverá dirigir-se à elaboração e integração depressiva do processo traumático gerado pelo VIH que veio acentuar, nestes doentes, outras dificuldades já anteriores à infecção. Quando assim não é, pode-se verificar um aumento do risco suicidário. Não só este risco pode-se manifestar através das declaradas tentativas de suicídio, mas também em situações onde a qualidade de vida e até a própria vida do seropositivo se encontram em jogo. Referimo-nos, concretamente, aos cuidados de saúde que ele deverá dispensar a si próprio: idas à consulta da especialidade de infecciologia, tomar, se necessário, a medicação prescrita, não interrupção da medicação nem das consultas, abandonos dos programas de manutenção opiáceo, consumos de drogas, relações sexuais desprotegidas. No fundo, estes comportamentos são indicadores do seu grau de desapego à vida. Entendemos que por detrás do não cumprimento voluntário dos cuidados de saúde se escondem mecanismos autodestrutivos no doente seropositivo.

Por fim, refira-se a falta de articulação que existe entre os CAT e os hospitais no acompanhamento destes doentes que são comuns. A inversão desta situação, com o aumento da comunicação entre os diferentes especialistas, é desejável na medida em que permitirá delinear estratégias conjuntas para uma maior adesão do doente seropositivo aos tratamentos. Por outro lado, lamentamos igualmente a inexistência, generalizada, dos Centros de Terapêutica Combinada. Estes centros que visam o tratamento de doentes toxicodependentes e seropositivos, através da administração de metadona, de medicamentos anti-retrovíricos e medicamentos antibacilares poderão jogar um papel importante na sua recuperação, sobretudo quando não há família ou há pouco apoio por parte desta. Conhecemos, apenas, a experiência do hospital Joaquim Urbano, no Porto, que tem tido bastante sucesso no tratamento e retenção destes doentes que, em cada vez mais casos, são também tuberculosos. Dada a dispersão dos serviços onde fazem a medicação (hospital, CAT e CDP) facilmente qualquer pessoa sentir-se-á desmotivada a fazer todos os dias uma “corrida de obstáculos” para se tratar. Impõe-se, por isso, concentrar a toma das diferentes medicações num mesmo local.

Contacto:

Luís Nascimento
Psicólogo Clínico

CAT de Almada,
Rua Dr. Francisco Xavier de Noronha, nº33-C
2800-092 Almada
E-mail: lnascimento@mail.pt

NOTAS

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

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

(3) Na folha de cotação do QCR o Total 1 diz respeito à quantificação conjunta (total) dos comportamentos de risco nas áreas de partilha de drogas (subtotais 37, 44 e 54) e relações sexuais (subtotais 42, 49 e 60), avaliadas em diferentes períodos da vida do sujeito consumidor de drogas: período X (antes do diagnóstico VIH e antes da entrada no PMO), período Y (depois do diagnóstico VIH e antes da entrada no PMO) e período A (depois do diagnóstico VIH e depois da entrada no PMO).

(4) Pontuações para os comportamentos de risco.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. (2004). *Avaliação do risco suicidário em adolescentes candidatos à licença especial de condução de ciclomotores: estudo das diferenças masculino/feminino*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Bollas, C. (1994). "O objeto transformacional". In G. Kohon (Eds.), *A escola britânica de psicanálise: the middle group, a tradição independente* (pp. 63-75). Porto Alegre: Artes Médicas.

Boucher, P., & Veilleux, P. (2002). "Utilisateurs de drogues par voies intraveineuses (UDI), personnes vivant avec le VIH-SIDA (PVIH) et adhésion thérapeutique: revue critique de la littérature". *Psychologie Canadienne*, 43 (4): 233-243.

Bouchet, D. (1990). "Les psychanalystes devant le SIDA". *Revue Française de Psychanalyse*, 3: 865-873.

Catalan, J., & Pugh, K. (1995). "Suicidal behaviour and HIV infection - is there a link?" *Aids Care*, 7 (5): 117-121.

Cartwright, D. & Cassidy, M. (2002). "Working with HIV/AIDS sufferers: When good enough is not enough". *American Journal of Psychotherapy*, 56: 149-166.

CENCD - Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga (1998). *Estratégia nacional de luta contra a droga*. Lisboa: Autor.

CESS - Centre Européen pour la Surveillance du SIDA (2003). *Surveillance du VIH/SIDA en Europe: Rapport du 2ème semestre 2003*. Consultado em 31 de Junho de 2005 através de <http://www.eurohiv.org>

Charles-Nicolas, A. (1991). "Toxicomanias e patologias do narcisismo". In J. Bergeret, & W. Reid (Eds.), *Narcisismo e estados-limite* (pp.163-183). Lisboa: Escher.

Cláudio, V.; Pereira, M. G. & Robalo, P. (1994). "SIDA! A falsa prevenção que o amortece". *Análise Psicológica*, 12: 211-226.

CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológico das Doenças Transmissíveis (2004). *Infecção VIH/SIDA A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2004*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde.

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (2001). *Injecting drug use, risk behaviour and qualitative research in the time of Aids*. Lisboa: Autor.

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (2002). *Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union*. Consultado em 9 de Dezembro de 2003 através de <http://www.emcdda.eu.int/multimedia>

Esteban J.; Gimeno, C.; Aragonés, A. & Barril, J. (2003). "Prevalence of infection by HIV and hepatitis C virus in a cohort of patients on methadone treatment". *Medicina Clínica*, 120 (20): 765-767.

Etchegoyen, R. H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kalichman, S. (1998). *Understanding aids: advances in research and treatment*. Washington: APA.

Kalichman, S. et al. (1997). "Psychological and social correlates of high-risk sexual behaviour men and women living with HIV/AIDS". *Aids Care*, 11 (4): 415-428.

- Kalichman, S. (2003). *Continued Unsafe Sex practices among HIV seropositive persons: Implications for intervention*. Consultado em 10 de Novembro de 2003 através de <http://www.apa.org/pi/aids/kalichman.html>
- Kelly, J. A.; Murphy, D. A.; Bahr, G. R.; Koob, J. J.; Morgan, M. G.; Kalichman, S. C. *et al.* (1993). "Factors associated with severity of depression and high-risk sexual behaviour among persons diagnosed with human immunodeficiency virus (HIV) infection". *Health Psychology*, 12 (3): 215-219.
- Kline, A., & Strickler, J. (1993). "Perceptions of risk for AIDS among women in drug treatment". *Health Psychology*, 12 (4): 313-323.
- Komiti, A.; Judd, F.; Grech, P.; Mijch, A.; Hoy, J.; Lloyd, J., *et al.* (2001). "Suicidal behaviour in people with HIV/AIDS: a review". *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35 (6): 747- 757.
- Marzuk, P. M.; Tardiff, K.; Leon, A.; Hirsch, C.; Hartwell, N.; Portera, L. *et al.* (1997). "HIV seroprevalence among suicide victims in New York City, 1991-1993". *American Journal of Psychiatry*, 154: 1720-1725.
- Matos, M. (1991). *Uma contribuição psicológica à prevenção da síndrome de imunodeficiência adquirida*. Prova Complementar apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Meltzer, D. (1977). *Les structures sexuelles de la vie psychique*. Paris: Payot.
- Moatti, J.; Carrieri, M.; Spire, B.; Gastaut, J.; Cassuto, J.; Moreau, J. *et al.* (2000). "Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users : the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment". *Aids*, 14: 151-155.
- Nascimento, L. (2004). *Comportamentos de risco numa amostra de toxicodependentes inseridos em programa de manutenção opiácea*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência (2003). *Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega*. Lisboa: Autor.
- Quirk, A.; Rhodes, T. & Stimson, G. V. (1998). "Unsafe protected sex: qualitative insights on measures of sexual risk". *Aids Care*, 10 (1): 105-115.
- Rado, S. (1975). "La psychanalyse des pharmacothymies". *Revue Française de Psychanalyse*, 4: 603-618.
- Remien, R. H.; Carballo-Dieguez, A., & Wagner, G. (1995). "Intimacy and Sexual behavior in serodiscordant male couples". *AIDS Care*, 7 (4): 429-438.
- Reynaud-Maurup, C.; Carrieri, M. P.; Gastaud, J.-A.; Pradier, C.; Obadia, Y.; Moatti, J.-P.; & Manif 2000 Study Group (2000). "Impact of drug maintenance treatment on injection practices among French HIV-infected IDUs". *Aids Care*, 12 (4): 461-470.
- Rhodes, T., & Cusik, L. (2000). "Love, intimacy and relationship risk management: HIV positive and their sexual partners". *Sociology of Health and Illness*, 22: 1-26.
- Rocha, M.; Pereira, S.; Ferreira, L. & Barros, H. (2003). "The role of adherence in tuberculosis HIV-patients treated in ambulatory regimen". *European Respiratory Journal*, 21 (5): 785-788.
- Rosenfeld, H. (1961). "De la toxicomanie". *Revue Française de Psychanalyse*, 25: 885-899.
- Rosengard, C. & Folkman, S. (1997). "Suicidal ideation, bereavement, HIV serostatus and psychosocial variables in partners of men with aids". *AIDS Care*, 9 (4): 373-394.
- Rosow, I. & Lauritzen, G. (1999). "Balancing on the edge of death: suicide and life-threatening overdoses among drug addicts". *Addiction*, 94 (2): 209-219.
- Roy, A. (2003). "Characteristics of HIV patients who attempt suicide". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107: 41-44.
- Sambamoorthi, U.; Warner, L.; Crystal, S. & Walkup, J. (2000). "Drug abuse, methadone treatment, and health services use among injection drug users with AIDS". *Drug and Alcohol Dependence*, 60: 77-89.
- Singh, S., & Crofts, N. (1993). "HIV among injecting drug users in North-East". *Aids Care*, 5 (3): 273-282.
- Singh, S. (2003). "Study of the effect of information, motivation and behavioural skills (IMB) intervention in changing Aids risk behaviour in female university students". *Aids Care*, 15 (1): 71-76.
- Stenbacka, M.; Leifman, A. & Romelsjo, A. (2003). "The impact of methadone treatment on registered convictions and arrests in HIV-positive and HIV-negative men and women with one or more treatment periods". *Drug Alcohol Review*, 22 (1): 27-34.
- Teixeira, C. (1993). *Psicologia da saúde e da Sida*. Lisboa: ISPA.
- UNAIDS (2004). *Aids epidemic update: December 2004*. Consultado em 30 de Maio de 2005 através de <http://www.unaids.org>
- Wiessing, L. (2001). *Estimating coverage of harm-reduction measures for injection drug users in Europe*. *Global Research Network on HIV Prevention in Drug-Using Populations. Third Annual Meeting*. Consultado em 5 de Julho de 2003 através de http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/infectious_diseases_2001_nov/wiessing_article_final.pdf