



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga

“Morbilidade Psicológica, Comportamentos, Conhecimentos
e Perceções de risco para o VIH na Toxicodependência”

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Ana Sofia Raimundo Santos



FACULDADE DE FILOSOFIA
OUTUBRO 2013



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

“Morbilidade Psicológica, Comportamentos, Conhecimentos
e Perceções de risco para o VIH na Toxicodependência”

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Ana Sofia Raimundo Santos

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
OUTUBRO 2013

AGRADECIMENTOS

Embora uma tese seja, pela sua finalidade académica, um trabalho individual, há contributos de natureza diversa que não podem e nem devem deixar de ser realçados. Agradeço o apoio e encorajamento, a partilha de conhecimento, disponibilidade, o esforço e a dedicação de várias pessoas, sem as quais, o caminho teria seria muito mais difícil. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

À Professora Doutora Eleonora Cunha enquanto orientadora do presente trabalho, pelo apoio e disponibilidade, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

À equipa de rua da Cruz Vermelha Portuguesa de Braga, e ao Instituto da Droga e toxicoddependência – Equipa de tratamento de Braga pela disponibilidade e apoio com que sempre me receberam e me apoiaram na recolha de dados.

Aos meus pais, irmã, amigos e namorado pela força, carinho e apoio que sempre me deram, pela paciência e compreensão reveladas ao longo deste percurso.

Aos entrevistados, que concordaram em participar desta pesquisa e pacientemente responderam aos questionários. Espero que, de alguma forma, os resultados desta investigação possam recompensá-los, servindo de contribuição para uma melhoria no auxílio da sua problemática.

Resumo

Esta investigação tem como objetivo estudar a população toxicodependente face aos conhecimentos e percepções de risco sobre o VIH e analisar de que forma a morbilidade psicológica influencia nos comportamentos de risco, tendo em vista contribuir para um melhor conhecimento e compreensão da dependência de substâncias e sua relação com certas variáveis psicossociais que podem desempenhar um papel importante na manutenção da dependência. Com uma amostra de 120 sujeitos, tanto do sexo masculino como feminino com idades compreendidas entre os 18 e os 56 anos, procedeu-se à realização de um estudo descritivo, inferencial e correlacional, utilizando como instrumentos de colheita de dados a Dast (*Drug Abuse Screening Test*), a Escala de conhecimento sobre transmissão e prevenção do VIH (ECTP/VIH), outra escala sobre atitudes e outros comportamentos relacionados com a sida (ACS), a BSI (Brief Symptom Inventory) além de um questionário sociodemográfico e um questionário clínico e de comportamentos de risco para o VIH. De seguida, procedemos à análise das relações entre as respetivas variáveis. Ao nível das hipóteses procurou estudar-se se existia uma relação entre morbilidade psicológica e comportamentos de risco, e se existia relação entre os comportamentos, conhecimentos e percepções de risco face ao VIH. Os resultados da nossa investigação indicam que indivíduos com um maior envolvimento com drogas têm mais comportamentos de partilha e mais sintomas psicopatológicos. Concluimos a nossa investigação com uma interpretação destes resultados.

Palavras-Chave: morbilidade psicológica, toxicodependência, conhecimentos sobre o VIH, percepções sobre o VIH, comportamentos de risco, grau de dependência

Abstract

This research aims to study the population addict face the knowledge and perceptions of HIV risk and examine how psychological morbidity influences risk behaviors, aimed at contributing to a better knowledge and understanding of the dependence and its relationship with certain psychosocial variables that may play an important role in the maintenance of addiction. With a sample of 120 subjects, both male and female aged between 18 and 56 years, proceeded to carry out a descriptive, inferential and correlational, using as instruments for collecting data Dast (Drug Abuse screening Test), the range of knowledge about HIV transmission and prevention (ECTP / HIV), another scale on attitudes and other behaviors related to AIDS (ACS), BSI (Brief symptom Inventory) and a demographic questionnaire and a questionnaire clinical and risk behaviors for HIV. Next, we analyzed the relationships between the respective variables. In terms of the hypotheses sought to study whether there was a relationship between psychological morbidity and risk behaviors, and if there was a correlation between the behaviors, knowledge and perceptions of risk to HIV. The results of our research indicate that individuals with a greater involvement with drugs have more sharing behaviors and more psychopathological symptoms. We conclude our investigation with an interpretation of these results.

Keywords: psychological morbidity, drug addiction, HIV knowledge, perceptions about HIV, risk behaviors, degree of dependence

Acrónimos

DAST - Drug Abusing Screening Test

BSI - Brief Symptom Inventory

ECTP/VIH - Escala de Conhecimento sobre Transmissão e Prevenção do VIH

ACS - Escala de Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a Sida

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice:

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	II
Abstract.....	III
Acrónimos.....	IV
Introdução.....	10
Capítulo 1 – Toxicodependência.....	12
1.1-Alguns aspetos Históricos do Consumo de Drogas.....	12
1.2- Caracterização Clínica e Diagnóstico do Toxicodependente.....	15
1.3- Impacto dos diferentes tipos de drogas.....	17
1.4- Prevalência do consumo de drogas em Portugal e no Mundo.....	19
Capítulo 2- Morbilidade Psicológica na Toxicodependência.....	20
2.1- Conceptualização e Evolução Histórica do constructo Morbilidade Psicológica... ..	20
2.2- Perturbação Depressiva.....	22
2.3- Perturbação de Ansiedade.....	23
2.4- Perturbação Esquizofrénica e Perturbações Psicóticas.....	24
2.5- Perturbação Bipolar.....	25
2.6- Perturbação do Estado limite da Personalidade (Bordeline).....	26
Capítulo 3- Comportamentos, Conhecimentos e Perceções de risco para o VIH na Toxicodependência.....	27
3.1- Caracterização clínica e Epidemiologia do VIH.....	27
3.2- Fatores de risco e Fatores protetores para o VIH.....	29
3.3- Modo de Transmissão e Comportamentos de risco para o VIH na Toxicodependência.....	31
3.4- Conhecimentos e Perceções de risco para o VIH em indivíduos Toxicodependentes	33
Capítulo 4- Morbilidade psicológica, Comportamentos, Conhecimentos e Perceções de risco para o VIH na Toxicodependência.....	35
Parte II –Metodologia.....	39
Capítulo 5- Concetualização da Investigação.....	39
5.1 Objetivos do estudo.....	39
5.2 Hipóteses de Investigação.....	40

5.3 <i>Design</i> de estudo.....	40
5.4 Amostra	40
5.5. Variáveis.....	41
5.6 Procedimento	41
5.7 Instrumentos	42
5.7.1. Questionário sociodemográfico.....	42
5.7.2. Questionário clínico e comportamentos de risco para o VIH.....	43
5.7.3. Escala de Conhecimento sobre a Transmissão e Prevenção do VIH (ECTP/VIH)	43
5.7.4. Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA (ACS).....	44
5.7.5. DAST _ Drug abuse Screeninh Test.....	46
5.7.6. BSI- Brief Sympton Inventory (inventário breve de sintomas).....	47
5.8 Análise de dados.....	48
6 – Apresentação de resultados	48
Caracterização sociodemográfica da amostra.....	48
Caracterização clínica e de comportamentos de risco para o VIH.....	49
6.1 Análise das Hipóteses.....	50
6.2 Análises Exploratórias.....	55
7. Discussão de resultados	56
Conclusões e implicações para o futuro	61
Limitações	63
Referências Bibliográficas.....	64
ANEXOS.....	70

Índice de tabelas

TABELA 1- TESTE MANN-WHITNEY-U PARA COMPARAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTOS E PERCEÇÕES EM DOIS GRUPOS (COM OU SEM COMPORTAMENTOS DE PARTILHA) (N=120) ..	50
TABELA 2- TESTE MANN-WHITNEY-U PARA COMPARAÇÃO DO NÍVEL DE ENVOLVIMENTO COM DROGAS, SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS E COMPORTAMENTOS DE PARTILHA (N=120).....	51
TABELA 3- CORRELAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS E O GRAU DE ENVOLVIMENTO COM DROGAS (COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN) (N=120). 52	
TABELA 4- CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ENVOLVIMENTO COM DROGAS E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS E A IDADE (N=120).....	53
TABELA 5- TESTE MANN-WHITNEY-U PARA COMPARAÇÃO DA IDADE EM DOIS GRUPOS (COM OU SEM COMPORTAMENTOS DE PARTILHA) (N=120).....	53

TABELA 6- CORRELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE CONHECIMENTO E PERCEÇÃO E A IDADE (COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN) (N=120).	54
TABELA 7- TESTE MANN-WHITNEY-U PARA COMPARAÇÃO DA IDADE COM O ENVOLVIMENTO COM DROGAS E O NÍVEL DE CONHECIMENTOS DE TRANSMISSÃO (N=120).....	54
TABELA 8- RESULTADOS SIGNIFICATIVOS DA APLICAÇÃO DO TESTE MANN WHITNEY-U PARA COMPARAÇÃO DE DIFERENTES VARIÁVEIS COM O SEXO (N=120).	54
TABELA 9- RESULTADOS SIGNIFICATIVOS DA APLICAÇÃO DO TESTE KRUSKAL WALLIS PARA COMPARAÇÃO DO ENVOLVIMENTO COM DROGAS COM O ESTADO CIVIL (N=120).	55
TABELA 10- RESULTADOS SIGNIFICATIVOS DA APLICAÇÃO DO TESTE KRUSKAL WALLIS PARA COMPARAÇÃO DO ENVOLVIMENTO COM DROGAS COM O ESTADO CIVIL (N=120).	56

Índice de Anexos

Anexo I- Pedido de Autorização ás instituições.....	71
Anexo II- Consentimento Informado.....	73
Anexo III- Informação acerca do estudo.....	74
Anexo IV – Questionário de caracterização sociodemográfica.....	75
Anexo V – Alfas de Cronbach.....	76
Anexo VI- Caraterização sociodemográfica da amostra.....	77
Anexo VII- Caraterização dos comportamentos de risco e dados clínicos.....	78
Anexo VIII- Autorização da utilização da escala.....	79

Introdução

O presente projeto de dissertação situa-se no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Faculdade de Filosofia. Desde o início procurou-se encontrar um tema de investigação que reunisse três condições: por um lado que tivesse interesse em termos pessoais; por outro que tivesse pertinência científica e, por último, que tivesse interesse para a área de exercício do local de estágio.

Segundo o IDT (2010), em Portugal, à semelhança de outros países, o consumo de drogas teve um aumento exponencial nos últimos tempos o que tem vindo a gerar graves repercussões ao nível de doenças infecciosas e da saúde pública em geral, revelando-se uma das grandes áreas de problematização com que a sociedade atual é confrontada. Para a Organização Mundial de Saúde (2006), droga é toda a substância que, quando introduzida no organismo por qualquer via de administração, produz alterações no funcionamento normal do Sistema Nervoso Central (SNC). Assim, segundo Koob e Moal (2008), a toxicod dependência é caracterizada como o uso compulsivo de drogas, que poderá ser determinada por uma dependência psicológica (associada a distúrbios emocionais, de vinculação, de identidade), mas igualmente por uma dependência física, com significativa desregulação do sistema neurológico. Assim, as consequências do consumo podem, estender-se a consequências neurológicas, como lesões associadas ao consumo, mas também consequências neuroquímicas específicas, que incluem, por exemplo, a diminuição de neurotransmissores, como a dopamina (Koob & Moal, 2008). A toxicod dependência também pode ser entendida como um fenómeno complexo e multifatorial, comprometendo não apenas o sujeito diretamente dependente das substâncias psicoativas mas todos os elementos com este relacionado, como a família, amigos e meio social envolvente, assim como aspetos contextuais relacionados de natureza biológica, psicológica, social e cultural (Abraão, 1999). Estima-se que 200 milhões de pessoas no mundo consomem drogas pelo menos uma vez ao ano (UNODC, 2007).

Frequentemente constata-se que o consumo pesado ou crónico de drogas se encontra associado à presença de outro quadro psicopatológico que pode ter fundamentalmente um valor etiológico e/ou de manutenção. Por outro lado, a toxicod dependência pode ser fator etiológico de outras patologias psiquiátricas. Assim, a expressão “duplo-diagnóstico” refere-se à coexistência de perturbações relacionadas

com substâncias com outra perturbação mental (Ferros, Moura, Pinto, & Negreiro, 2008). Comorbilidade, ou diagnóstico duplo, é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995) como "a co ocorrência, no mesmo indivíduo, de uma disfunção por consumo de substâncias psicoativas e uma outra perturbação psiquiátrica". Na Europa, o único estudo epidemiológico conhecido, que teve por objetivo avaliar a comorbilidade psiquiátrica na toxicodependência entre 1993/4 em Inglaterra (Scott, 1993) mostrou que 12% da população geral apresentava uma perturbação psiquiátrica, enquanto 45% dos dependentes de substâncias (que não álcool e tabaco) tinham duplo diagnóstico (Molina, 2004).

Durante os últimos anos em Portugal o uso de drogas tem apresentado alterações mais ou menos perceptíveis de acordo com o panorama mundial. Portugal está em segundo no *ranking* de consumo de heroína na Europa (Marsden, 2009). Existem vários tipos de drogas recreativas disponíveis e a popularidade de cada tipo de droga varia ao redor do mundo, assim como o consumo endovenoso. Esta forma de consumo comporta elevados riscos de transmissão sanguínea de agentes infecciosos. Assim, a utilização de drogas injetáveis foi uma das primeiras formas de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (Marsden, 2009). O VIH representa um dos mais sérios problemas de saúde pública com que a sociedade se confronta. O vírus da imunodeficiência humana ataca todo o sistema imunológico responsável pela defesa do organismo, é um vírus contagioso que se propaga através de determinados comportamentos específicos. O VIH é um retrovírus que enfraquece as defesas imunitárias do corpo destruindo os linfócitos CD4 (células-T), células estas que são responsáveis por defender o organismo contra ataques de bactérias, vírus e outros germes através da coordenação do sistema imunológico (Lourenço & Afonso, 2009). Do ponto de vista médico, a infeção pelo VIH aumenta o risco de determinados cancros, de doenças neurológicas, debilitações do corpo e pode levar à morte. Fazem parte das características clínicas da doença VIH o aumento dos gânglios linfáticos, febres periódicas, incluindo suores noturnos, perda de peso, fadiga constante, diarreia, redução do apetite e aftas na boca, o vírus pode também afetar o sistema nervoso central (Lourenço & Afonso, 2009).

Assim, entre consumidores de substâncias torna-se maiores os comportamentos de risco para a transmissão do VIH tanto pela via sanguínea, como pela partilha de seringas e outros objetos para o uso de drogas endovenosas bem como pela via sexual. Desta

forma, os toxicodependentes estão expostos a várias vias de contaminação e constituem um grupo de risco para a transmissão do VIH.

Durante as últimas duas décadas tem havido uma série de trabalhos sobre os comportamentos de risco para o VIH em todo o mundo, na pesquisa bibliográfica realizada, mas poucos estudos foram encontrados que especificamente tenham investigado a relação entre variáveis psicológicas, mais concretamente entre a morbidade psicológica e os comportamentos de risco para o VIH em dependentes químicos. Assim, apesar de existirem vários estudos sobre comportamentos de risco e psicopatologia penso que ainda há muito que pode ser investigado e trabalhado nesta área. As múltiplas questões levantadas por recentes estudos internacionais, bem como o aumento da prevalência da problemática e as profundas alterações nos modelos de toxicodependência, justificam a escolha deste tema.

No que reporta à estrutura do trabalho, este encontra-se dividido em duas partes principais, a primeira de cariz mais teórico e a segunda de cariz mais empírico. A primeira parte engloba um capítulo sobre a problemática do consumo de drogas, e outros três sobre diferentes contributos teóricos pertinentes para esta investigação, a morbidade psicológica, comportamentos, conhecimentos e perceções de risco para o VIH e por fim sobre a relação das quatro variáveis com o consumo de drogas.

Capítulo 1 – Toxicodependência

1.1-Alguns aspetos Históricos do Consumo de Drogas

O uso de drogas na sociedade vem de há milénios de anos, existindo desde sempre um leque extremamente alargado de substâncias com poder psicoativo na natureza. A mais antiga utilização de substâncias alteradoras parece remontar a cerca de 5000 A.C, sendo essencialmente o cannabis ou cânhamo as substâncias consumidas (Rosa, Gomes e Carvalho, 2000). À medida que as sociedades foram evoluindo o leque de substâncias com estas características também foi aumentando. Desta forma, o consumo de substâncias psicoativas é um fenómeno bastante antigo que acompanha a humanidade em diversos períodos de sua história, variando apenas segundo normas relativas a cada cultura e a cada época.

Assim, já na antiguidade, as drogas eram utilizadas em cerimônias e rituais para se obter prazer, diversão e experiências místicas (transcendência). Os indígenas utilizavam as bebidas fermentadas – álcool – em rituais sagrados e em festividades sociais. Os egípcios usavam o vinho e a cerveja para o tratamento de uma série de doenças, como meio para amenizar a dor. O ópio era utilizado pelos gregos e árabes para fins medicinais, para alívio da dor e como tranquilizante. O cogumelo era considerado sagrado por certas tribos de índios do México, que o usavam em rituais religiosos, induzindo alucinações. Os gregos e romanos usavam o álcool em festividades sociais e religiosas. Ainda hoje, o vinho é utilizado em cerimônias católicas e protestantes, bem como no judaísmo e em outras práticas espirituais (Bucher, 1986).

Segundo avaliações do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC,2010) cerca de 200 milhões de pessoas no Mundo consomem um ou outro tipo de substâncias ilícitas. A cannabis é a substância ilícita vulgarmente mais utilizada, seguida das anfetaminas, da cocaína e dos opiáceos.

Em 1971, a Organização Mundial da Saúde, descreve droga como qualquer substância que não é produzida pelo organismo, natural ou sintética que, ao ser fumada, inalada, ingerida ou injetada tem a propriedade de atuar sobre um ou mais dos seus sistemas, produzindo assim alterações no seu funcionamento. Esta definição engloba substâncias ditas lícitas, bebidas alcoólicas, tabaco e certos medicamentos, bem como igualmente, as substâncias ilícitas como a cocaína, LSD, ecstasy, opiáceos, entre outras.

Para a Organização Mundial de Saúde (1997), este uso de substâncias psicoativas pode levar à síndrome de dependência, que se caracteriza por um aglomerado de fatores comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após um repetido uso da substância e que geralmente incluem um forte desejo de consumir, tendo dificuldades em controlar o seu uso apesar das consequências nocivas. Sendo também caracterizada por uma maior prioridade dada ao uso de drogas do que outras atividades e obrigações, à um aumento da tolerância, e por vezes um estado de abstinência física. O consumo de substâncias é mais prevalente entre jovens do que em grupos etários mais velhos. Entre 2000 e 2001, 2.7% da população mundial e 3.9% das pessoas com 15 anos ou mais consumiram cannabis pelo menos uma vez. Em muitos países desenvolvidos, com por exemplo no Canada, EUA e países europeus, mais de 2% dos jovens indicaram ter consumido heroína e quase 5% fumado cocaína durante a sua vida. De facto, 8% dos jovens da Europa ocidental e mais de 20% dos jovens dos EUA informaram ter consumido pelo menos um tipo de substancia ilícita além da cannabis. Há evidências de

um rápido crescimento do consumo de estimulantes do tipo anfetamina entre adolescentes na Ásia e na Europa. O consumo de substâncias por injeção e também um fenómeno crescente, com implicações para o alastramento da infeção por VIH num número crescente de países (OMS, 2004).

Segundo Poiães (1999), antigos textos literários e religiosos revelam que os seres humanos em diferentes épocas e lugares usaram e abusaram propositadamente, de substâncias capazes de modificar o funcionamento do sistema nervoso, induzindo sensações corporais e estados psicológicos alterados. Analogamente Silva (2002), revela que ao longo da história, os homens utilizaram produtos naturais para obter um estado alterado de consciência, sendo que recorriam a estes produtos em vários contextos, quer no religioso, místico, social, económico, medicinal, cultural, psicológico, militar e principalmente na procura do prazer. Esta alteração do estado de consciência tinha por objetivo facultar uma melhor ligação com o sobrenatural/divino, por exemplo o álcool que era usado para favorecer o contacto com os deuses.

O período em que se intensificou o consumo de drogas psicoativas tomando proporções preocupantes, remonta à Idade Moderna, para o qual contribuíram fatores como as grandes navegações e a Revolução Industrial - Capitalismo (dominação e exploração), que propiciou a concentração urbana e a produção de bebidas passou a ser industrializada, aumentando o consumo de álcool e com a intensificação do contato com outros continentes e países facilitou o intercâmbio de outras drogas (Fernandez, 1999). No final do século XIX há um grande consumo de ópio, álcool, cigarro, xarope de coco e tem início o uso de medicação injetável. No século XX ocorrem duas guerras mundiais que incrementam o uso de anfetaminas para aumentar o rendimento dos soldados e da morfina para aliviar a dor dos feridos, sendo que os sobreviventes retornavam trazendo esta prática com outra intencionalidade, ou seja, a procura do prazer (Santa Catarina, 2002).

Assim, desde as épocas mais remotas que o homem procura em determinadas substâncias oferecidas pela natureza (álcool, tabaco, chá, café e plantas de todas as espécies), formas de alívio e cura do sofrimento físico, desinibição, revigoramento das energias para o trabalho e para a guerra e a aproximação mística às entidades divinas. O recurso às drogas possui ancestrais raízes históricas e culturais, que atravessam todos os períodos da história das civilizações (Poiães, 1999), desde a pré-história, que o ser humano recorre ao uso de substâncias psicoativas para variadas finalidades (Macrae, 2001). Sob o mesmo ponto de vista, Silva (2002) revela que estas experiências

passavam de uma geração à outra, como um conhecimento a ser preservado e como forma de poder. Na cultura grega e romana, o uso de bebidas alcoólicas, que já era de domínio destas culturas, estava identificado com rituais religiosos, porém o seu consumo era também para alterar o estado de consciência. No período medieval, durante a ascendência e poder da igreja, muitas pessoas por conhecerem os efeitos psicoativos de plantas foram mortas pela inquisição, para não colocar em risco o poder dominante da época. O uso de substâncias psicoativas, com exceção do álcool era restrito e combatido (Silva, 2002)

Em suma, seja por motivos de cura, religiosos, recreativos ou até existenciais, as drogas acompanham desde sempre a história da humanidade, sendo uma presença contínua, envolvendo religião, magia, cultura, diversão e o prazer (Seibel & Toscano, 2001). Assim, torna-se evidente que a história das drogas se encontra bastante enraizada na sociedade, modificando-se de cultura para cultura, e ao longo dos tempos nota-se que o consumo de drogas tem vindo a percorrer um caminho social polémico, sendo usada como alterador ou com fins curativos, torna-se também evidente que a relação entre o indivíduo, a sociedade e o fenómeno das drogas tem trespassado toda a existência da humanidade.

1.2- Caracterização Clínica e Diagnóstico do Toxicodependente

A toxicodependência segundo Abraão (1999) é um fenómeno complexo e multifactorial, comprometendo não apenas o indivíduo com dependência de substâncias psicoactivas mas todos os elementos com ele relacionados, como a família, amigos e envolvendo também aspectos contextuais de natureza biológica, psicológica, social e cultural.

Segundo Koob e Le Moal (2008), a toxicodependência, é caracterizada como o uso compulsivo de drogas, que poderá ser determinada por uma dependência psicológica (associada a distúrbios emocionais, de vinculação, de identidade), mas igualmente por uma dependência física, com significativa desregulação do sistema neurológico. Assim, as consequências do consumo podem, estender-se a consequências neurológicas, como lesões associadas ao consumo, mas também consequências neuroquímicas específicas, que incluem, por exemplo, a diminuição de neurotransmissores, como a dopamina (Koob & Moal, 2008).

Segundo Murad (1998), a OMS em 1970 definiu a dependência como um estado do organismo oriundo do uso, quer periódico quer contínuo de certas drogas, que se traduzem num desejo físico e psicológico do seu uso. Numa revisão mais recente a OMS (1997) define o conceito de dependência como sendo um estado psíquico e por vezes físico, caracterizado por comportamentos e respostas que incluem sempre a compulsão e necessidade de consumir droga, de forma contínua ou periódica, de modo a experimentar efeitos físicos ou para evitar o desconforto da sua ausência, podendo a tolerância estar ou não presente. O diagnóstico de dependência de substâncias, segundo critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV, 2002) pode ser aplicado a toda classe de substâncias, à exceção da cafeína. Esta surge caracterizada como tratando-se essencialmente de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta. A definição de dependência precisa de uma série de sintomas, entre os quais se destaca a tolerância e a abstinência, ainda que estas não sejam condições necessárias nem suficientes para diagnosticar uma dependência de substâncias. Existe um padrão de auto-administração repetida que resulta geralmente em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas. Destacam-se assim três relevantes concepções abrangidas pela aceção de dependência proposta pela APA, que indicariam para a junção de aspectos afectivos envolvidos na origem do uso abusivo de drogas, sendo estes a ambivalência (utilização da droga, apesar dos problemas relacionados ao uso da substância); a compulsão (o comportamento de procura ativa e incontrolável da droga) e o seu carácter repetitivo (de certa forma ritualístico).

Segundo Nunes e Jólluskin (2010) inúmeros sintomas são evidentes no comportamento aditivo, de que se podem destacar a persistente manutenção da conduta no que diz respeito a consequências nefastas, por outro lado a perda progressiva de controle sobre o comportamento aditivo, com consequência a perda da qualidade de vida. Outro dos sintomas é adotar consequências negativas do comportamento, com implicações diretas ou indiretas nas diferentes áreas da vida do indivíduo. A adoção de estratégias cognitivas que conduzem à negação do problema e ao engano do próprio (Nunes & Jólluskin, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (1997) propõe linhas condutoras para a realização do diagnóstico, como o forte desejo para usar a substância, dificuldade em controlar o consumo da substância, presença da síndrome de abstinência ou uso da

substância para evitar o aparecimento da mesma, presença de tolerância, evidenciada pela necessidade de aumentar a quantidade para obter o mesmo efeito anterior, abandono progressivo de outros interesses ou prazeres em prol do uso da substância, e persistência no uso, apesar das diversas consequências nocivas. Este diagnóstico apenas pode ser realizado caso preencha três ou mais critérios durante o último ano.

De acordo com a CID-10 (OMS,1997) a toxicod dependência é indicada como uma doença incurável e progressiva, apesar de poder ser imobilizada pela abstinência. Segundo este manual, a dependência é caracterizada por um *“conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de consumir droga, à dificuldade de controlar o consumo”*. Segundo Cervila (1999), para a existência da dependência, seriam então necessários a droga, o ambiente e as condições de personalidade do dependente. Assim sendo, para a existência da dependência química destaca-se a presença de outras possíveis perturbações psiquiátricas prévias ao início do comportamento aditivo.

1.3- Impacto dos diferentes tipos de drogas

O consumo de drogas corresponde a um fenômeno impregnado de aspectos culturais, sociais, de saúde individual e coletiva. O abuso de substâncias tem implicações bastante significativas em diferentes áreas. Estas implicações traduzem-se em diversos níveis, para a investigação sobre o funcionamento cerebral, à psiquiatria, e à psicologia clínica.

As drogas atuam sobre o organismo de diversas formas e em diferentes sistemas do funcionamento normal do nosso organismo. Estas têm impacto na função cardíaca, respiratória, digestiva ou imunitária, e também sobre a parte psíquica, ao nível do humor, da memória e do grau de ansiedade. Por isso, é também comum utilizar-se a designação de “psicotrópicos”, porque as drogas manifestam alterações mais severas ao nível do sistema psíquico (Richard, 1997; Macedo, 2000). Quando o sujeito se encontra dependente, a ressaca ou os sintomas de abstinência podem incluir vômitos e delírios bem como tremores (Borges & Filho, 2004). Assim, algumas substâncias podem afetar a pessoa interiormente, modificando os seus níveis de consciência, mas, também, em termos de comportamentos.

Desta forma, os diferentes tipos de drogas podem ser classificados de acordo com os seus efeitos no sistema nervoso central sendo que a tipologia usada habitualmente, classifica as drogas em três classes essenciais: as depressoras, estimulantes e perturbadoras ou despersonalizantes do sistema nervoso central (W.H.O, 1971; Morel, Hervé & Fontaine, 1998). As drogas depressoras da atividade mental incluem uma grande variedade de substâncias, que diferem muito quer em relação às suas características físicas quer químicas, mas que ostentam a característica comum de causar uma diminuição da atividade global do SNC ou de certos sistemas específicos. Como resultado dessa ação, existe uma tendência de advir uma diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, e é comum um efeito de aumento do bem-estar em geral. São exemplos destas drogas, álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, opióides, solventes e inalantes. A heroína é um depressor do sistema nervoso central apresentando-se com aspeto de pó branco ou castanho e a forma de consumo pode ser fumada, inalada ou injetada, sendo um opiáceo que após ser administrado atinge o sistema nervoso central transformando-se em morfina em cerca de vinte minutos. Após o consumo, os seus efeitos surgem rapidamente e tem a duração de três a quatro horas independentemente da sua forma de administração (Nunes & Jólluskin, 2010).

Drogas estimulantes da atividade mental, são drogas capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, o que traz como consequências um estado de alerta exagerado, insónia e aceleração dos processos psíquicos. São exemplos as anfetaminas e a cocaína. A cocaína consiste numa droga estimulante e apresenta-se sob a forma de um pó branco. Pode ser consumida por via nasal, fumada ou injetada. Os principais efeitos desta substância são euforia, labilidade emocional, delírio de grandiosidade, hiper-vigilância, agitação, insónias, anorexia, aumento da libido e tendência a demonstrar um comportamento violento (Nunes & Jólluskin, 2010).

Existem ainda as drogas perturbadoras da atividade mental nas quais se classificam diversas substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenómenos psíquicos anormais, entre os quais os delírios e as alucinações. Por esse motivo, essas drogas receberam a denominação de “alucinogénios”. Em linhas gerais, podemos definir alucinação como uma perceção sem objeto, ou seja, a pessoa vê, ouve ou sente algo que realmente não existe. Delírio, por sua vez, pode ser definido como um falso juízo da realidade, ou seja, o indivíduo passa a atribuir significados anormais aos eventos que ocorrem à sua volta. Há uma realidade, um fator qualquer, mas a pessoa delirante não é capaz de fazer

avaliações corretas a seu respeito. Por exemplo, no caso do delírio persecutório, nota em toda parte indícios claros – embora irreais – de uma perseguição contra a sua pessoa. Esse tipo de fenómeno ocorre de modo espontâneo em certas doenças mentais, denominadas psicoses, razão pela qual essas drogas também são chamadas de psicotrópicas (OMS, 2006).

1.4- Prevalência do consumo de drogas em Portugal e no Mundo

No panorama mundial, em 2010, segundo os dados do relatório de publicação anual *World Drug Report* das Nações Unidas – Drogas e Crime (U.N.O.D.C.) as estimativas de uso de substâncias psicoativas são de que em 2008, 3.5% a 5.7% da população mundial entre os 15-64 anos, consumiu substâncias psicoativas, como maconha, anfetaminas, cocaína, opiáceos, e medicamentos não prescritos psicoativos, pelo menos uma vez. Segundo estes dados, globalmente, a cannabis é a mais usada cerca de (129-190.000000 pessoas), estimulantes do tipo anfetamina foram as segundas mais utilizadas, seguidas da cocaína e opiáceos. A OMS estima ainda que em 2008 os consumidores problemáticos de drogas, ou seja, consumidores de drogas injetáveis ou que são considerados dependentes, eram entre 16 e 38 milhões em todo o mundo. Isto representa 10% a 15% de todas as pessoas que usaram drogas nesse período de tempo. Estima ainda que em 2008, globalmente, entre 12% e 30% dos consumidores dependentes de droga receberam tratamento no ano passado, o que significa que entre 11 e 33,5 milhões de consumidores dependentes de drogas não receberam tratamento naquele ano. Para além disto, o uso indevido de medicamentos, como os opióides sintéticos, benzodiazepínicos ou estimulantes sintéticos de prescrição, são um problema crescente de saúde em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento (UNODC, 2010).

Por sua vez em Portugal em 2010, os resultados demonstraram um aumento das prevalências dos consumos entre 2006 e 2010, contrariamente à diminuição ocorrida entre 2002-2006. Assim como em 2006, a cannabis, os estimulantes e o LSD surgiram com as maiores prevalências de consumo ao longo da vida (respetivamente 8.8%, 3.4% e 2%), em 2010. Entre os anos de 2006 e 2010 verificaram-se subidas das prevalências de consumo ao longo da vida a nível de várias substâncias, designadamente da cannabis (de 8.2% para 8.8%), assim como também da prevalência do consumo de drogas no

último mês (4.5% em 2006 e 6.1% em 2010). Tendo em conta que mesmo que algumas destas subidas de prevalências de consumo não sejam consideradas estatisticamente significativas, elas significam uma inversão da descida ocorrida entre 2002 e 2007, alertando assim para a necessidade do reforço das medidas preventivas (IDT, 2010).

Em suma, segundo os estudos das organizações oficiais como o Instituto da Droga e da Toxicod dependência e estruturas internacionais relacionadas com o controlo de drogas, em Portugal e na maioria dos países ocidentais, o álcool e o tabaco são as substâncias mais utilizadas, seguindo-se a cannabis. A um nível bem mais residual encontramos as anfetaminas e metanfetaminas, a cocaína e a heroína, sendo que os valores destes consumos tem vindo a aumentar neste último ano.

Capítulo 2- Morbilidade Psicológica na Toxicod dependência

2.1- Conceptualização e Evolução Histórica do constructo Morbilidade Psicológica

A sintomatologia psicológica é mais frequente em toxicod dependentes do que na população em geral. Existem associações entre o consumo de álcool, cannabis, cocaína e heroína e as perturbações psicopatológicas.

Diversos estudos revelam uma grande prevalência do abuso de substâncias entre os doentes com perturbações psiquiátricas, indicando a existência de uma maior incidência de consumo de substâncias entre os doentes com perturbações psiquiátricas do que na população em geral (Porto & Porto, 2005). Para além disso, é também consensual que o abuso de substâncias por pessoas com perturbações psiquiátricas graves tem um conjunto de efeitos negativos no curso dessas perturbações e no funcionamento psico-social, acabando por afetar a adesão ao tratamento, piorando o prognóstico e induzindo uma taxa maior de utilização de serviços de urgência, o que acaba também por se refletir nos custos do tratamento (Mueser, Bellack e Blanchard, 1992).

Frequentemente constata-se que o consumo pesado ou crónico de drogas se encontra associado à presença de outro quadro psicopatológico que pode ter fundamentalmente um valor etiológico e/ou de manutenção. Por outro lado, a toxicod dependência pode ser fator etiológico de outras patologias psiquiátricas. Assim, a expressão “duplo-diagnóstico” refere-se à coexistência de perturbações relacionadas

com substâncias e outras perturbações mentais (Ferros, Moura, Pinto, & Negreiro, 2008). No contexto das dependências, comorbilidade, ou diagnóstico duplo, é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995) como "a coocorrência, no mesmo indivíduo, de uma disfunção por consumo de substâncias psicoativas e uma outra perturbação psiquiátrica". Na Europa, o único estudo epidemiológico conhecido, que teve por objetivo avaliar a comorbilidade psiquiátrica na toxicod dependência, implementado na Inglaterra entre 1993/4 (Scott, 1993) mostrou que 12% da população geral apresentava uma perturbação psiquiátrica, enquanto 45% dos dependentes de substâncias (que não álcool e tabaco) tinham duplo diagnóstico (Molina, 2004).

Embora alguns investigadores sugeriram que existe um padrão de vulnerabilidade psiquiátrica específica nos consumidores de drogas, dando relevo às perturbações do humor (Flynn et al., 1995; cit in Ferros, Moura, Pinto, & Negreiro, 2008), outros defendem que o abuso de substâncias não está ligado a nenhuma forma particular de psicopatologia, mas sim, associada a um vasto leque de patologias psiquiátricas que incluem perturbações afetivas, perturbações ansiosas, perturbações de personalidade e psicoses (Spotts & Shontz, 1991; cit in Ferros et al., 2008). Outros dados pertinentes relacionados com a morbidade psicológica, encontram-se na literatura clínica relatando que cerca de 50% a 80% dos toxicod dependentes desenvolveram, ao longo da sua vida, um outro quadro de eixo I (Armstrog & Costello, 2002). Indivíduos com duplo diagnóstico têm maior probabilidade de exacerbação dos sintomas, hospitalização, instabilidade familiar, resistência à terapêutica, pior resposta ao tratamento, indigência, prática criminosa e exibição de comportamentos impulsivos, violentos e até suicidas (Minkoff, 2000). Os quatro modelos de comorbilidade que parecem relevantes são designadamente (Kosten & Ziedonis, 1997): O modelo de fatores comuns, em que as altas taxas de comorbilidade seriam resultado de fatores de risco partilhados, quer pelas perturbações relacionadas com substâncias, quer pelas perturbações mentais. Os modelos de perturbação do uso de substâncias secundárias que propõem a presença de perturbação mental aumentaria a probabilidade dos pacientes desenvolverem perturbações relacionadas com substâncias. Os modelos de perturbação psiquiátrica secundária, por sua vez, adiantam que o uso de substâncias precipitaria o aparecimento de perturbação mental em indivíduos, que de outra forma não a desenvolveriam. Finalmente, os modelos bidirecionais sugerem uma interação permanente entre a perturbação por uso de substâncias e a outra perturbação mental coexistente, surgindo dessa interação as taxas aumentadas de comorbilidade.

2.2- Perturbação Depressiva

Segundo Del Porto (2002), o termo depressão pode significar um sintoma que faz parte de infinitos distúrbios emocionais sem ser exclusivo de nenhum deles, pode também significar uma síndrome expressa por muitos e variáveis sintomas ou, ainda, pode significar uma doença. Neste sentido, a depressão enquanto sintoma, pode estar presente na perturbação de stress pós-traumático, demência, esquizofrenia, doenças clínicas, alcoolismo, bem como em circunstâncias económicas e sociais e situações adversas. Desta forma, para o autor, a depressão enquanto síndrome inclui não somente alterações de humor, mas compreende também alterações psicomotoras, cognitivas e vegetativas, como por exemplo alterações ao nível do sono e do apetite. A depressão pode ser classificada de variadas formas, como perturbação depressiva major, distímia, melancolia, depressão integrante da perturbação bipolar tipos I e II, entre outros (Del Porto, 2002).

Desta forma, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM-IV-TR], estabelece critérios para o episódio depressivo e para a perturbação depressiva major, entre os quais é necessária a identificação de cinco ou mais sintomas, tendo que incluir pelo menos humor depressivo e/ou perda de interesse ou prazer, e com duração mínima de duas semanas e exibindo uma alteração do funcionamento anterior. Para a classificação da perturbação depressiva major outros sintomas importantes são, (1) humor deprimido ou irritável; (2) interesse ou prazer diminuídos; (3) perda ou ganho significativo de peso; (4) insónia ou hipersónia; (5) agitação ou retardamento psicomotor; (6) fadiga; (7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva; (8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e (9) ideação suicida, tentativa ou plano suicida. Na adição de substâncias, indivíduos com episódio depressivo major apresentam com maior frequência, propensão ao choro, ansiedade, fobias, irritabilidade, comportamento obsessivo, preocupação com a saúde física e queixas de dores (APA, 2002).

A relação entre toxicod dependência e depressão tem sido alvo de atenção nas últimas décadas, sendo que a depressão major é uma das entidades nosológicas mais diagnosticadas ao longo da vida, presente em 25% a 60% daqueles que são dependentes. Os quadros depressivos são mais comuns no sexo feminino do que no masculino (Ferros, 2011). A comorbilidade entre depressão e toxicod dependência associa-se a um início mais precoce dos consumos problemáticos de álcool e drogas, episódios depressivos mais longos, exacerbação dos problemas do comportamento, prejuízo das

competências a nível interpessoal e académico e maior utilização dos serviços de saúde e risco acrescido de suicídio. O uso de opiáceos encontra-se muito ligado à sintomatologia depressiva e paradoxalmente ao seu tratamento. Também a síndrome de abstinência acarreta sintomatologia depressiva persistente, por vezes até extensiva a várias semanas após a desintoxicação. Certos estados depressivos podem estar relacionados com uma disfunção biológica que se segue à ação de drogas ou abstinência destas (Farges, 2002).

Desta forma, vários estudos sugerem que a depressão é um dos quadros mais presentes nos consumidores de heroína em tratamento com metadona. Encontra-se uma prevalência de 50% de depressão ao longo da vida nestes utentes. A abstinência do consumo de heroína parece contribuir para a remissão da sintomatologia depressiva, sugerindo que o quadro depressivo é secundário ao consumo. Por outro lado, a depressão também pode preceder o consumo de substâncias, funcionando como uma tentativa de auto-medicação (Ferros, 2011).

2.3- Perturbação de Ansiedade

A ansiedade é uma experiência humana universal, caracterizada por sensações de agitação, preocupação, nervosismo interior e angústia acerca do futuro. As características essenciais para descrever a ansiedade são a exagerada preocupação acerca de um conjunto de acontecimentos ou atividades, que ocorrem em mais de metade dos dias, dificuldade em controlar essa preocupação, além de agitação, fadiga, dificuldades de concentração, irritabilidade, tensão muscular e sono perturbado (DSM IV-TR; APA,2002).

Um estudo de realizado por Swift e Mueller (2002) aponta no sentido das perturbações da ansiedade precederem o abuso de substâncias. Assim, o indivíduo ao consumir numa primeira fase, estaria a abrandar a sintomatologia prévia (perturbação da ansiedade primária) e posteriormente estaria a combater a ansiedade associada ao “*craving*” e à síndrome de abstinência (perturbação da ansiedade induzida por substâncias). Contrariamente a este estudo, Molina (2004) aponta como provável que a relação entre consumos de substâncias e perturbações da ansiedade não seja uniforme, variando em função de cada perturbação específica. Assim, propõe as fobias como quadros que antecedem o abuso de substâncias e a perturbação da ansiedade generalizada, como secundária aos consumos.

A característica essencial para definir a perturbação da ansiedade induzida por substâncias é a presença de sintomas de ansiedade proeminentes que são considerados como sendo provocados pelos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (DSM IV-TR). Assim, as perturbações de ansiedade induzidas por substâncias desencadeiam-se somente em associação com estados de intoxicação ou abstinência, distinguindo-se de uma perturbação de ansiedade primária por se considerar que a substância está etiologicamente relacionada com os sintomas. As evidências de que os sintomas são melhor explicados por uma perturbação não induzida por substâncias podem incluir o seguinte: os sintomas precedem por um período de um mês, ou mais, após o período agudo de abstinência ou intoxicação intensa, ou são substancialmente excessivo (DSM IV-TR ; APA,2002).

De uma forma geral, a presença de comorbilidade entre toxicod dependência e perturbações da ansiedade prediz resultados clínicos mais desfavoráveis do que os observados quando o individuo padece apenas de um distúrbio (Molina, 2004).

2.4- Perturbação Esquizofrénica e Perturbações Psicóticas

A esquizofrenia é uma desordem psiquiátrica caracterizada por um quadro de psicose crônica ou recorrente, levando a deterioração progressiva das capacidades funcionais. A psicose é o termo usado para uma alteração do estado mental, caracterizado pela perda da realidade, com alucinações, delírios, pensamentos e discursos sem lógica bem como comportamentos caóticos. O doente psicótico costuma ser extremamente desconfiado, ouve vozes e vê coisas que não existem, imagina ter poderes especiais, acha que a televisão ou rádio mandam mensagens especialmente para eles, e podem imaginar que existe algum tipo de antena que consegue ler os seus pensamentos e monitorizar as suas atividades (Cicchetti & Cohen, 2006)

A esquizofrenia apresenta um pico de incidência entre 20 e 30 anos de idade. Até 10% dos utentes conseguem uma recuperação total, mas para 55% a doença tem um curso crónico, sendo que 35% deles apresentam episódios intermitentes. De igual forma, 80% dos utentes com esquizofrenia apresentam uma associação com abuso de substâncias (Ferros, 2011). Assim, a comorbilidade entre toxicod dependência e esquizofrenia tem vindo a assumir-se como uma preocupação entre os técnicos que trabalham nestas áreas, pois é sabido que estes são doentes de pior prognóstico, quando comparados com aqueles que manifestam apenas um dos distúrbios. Os esquizofrénicos

correm riscos seis vezes superiores à população geral de virem a abusar de substâncias psicoativas (Ferros, 2011).

Para uma melhor explicação de índices tão elevados de comorbilidade entre toxicodpendência e esquizofrenia, podem ser distinguidas três hipóteses, sendo que a primeira é da vulnerabilidade pessoal, baseada na ideia de que o abuso de substâncias é precipitador do surgimento de psicoses em indivíduos suscetíveis. A segunda hipótese seria a da auto-medicação em que o consumo, sobretudo de heroína, surgiria secundariamente à psicose servindo para reduzir a depressão, as alucinações e atenuar a angústia bem como os efeitos secundários da medicação neuroléptica. A terceira hipótese surge no sentido dos indivíduos consumirem sobretudo pelo efeito reforçador característico das substâncias que elegem e não para se livrarem de qualquer tipo de sintomatologia psicótica, ou seja os esquizofrénicos consumiriam drogas pela mesma razão que um toxicodpendente sem nenhum tipo de perturbação (Lee & Meltzer cit in Ferros, 2011).

Ao nível do diagnóstico as características essenciais da perturbação psicótica induzida por substâncias, são as alucinações ou ideias delirantes que se considera serem devidas aos efeitos fisiológicos diretos da substância, ou seja, a substância estaria etiologicamente relacionada com os sintomas (DSM IV-TR; APA,2002). Os investigadores parecem concordar que os doentes esquizofrénicos abusam sobretudo de psicostimulantes, alucinogénios, cocaína e canábis sendo a prevalência da esquizofrenia em dependentes de opiáceos moderada (Ferros, 2011). Molina (2004) acrescenta que é frequente o despoletar de sintomas psicóticos durante o período de desintoxicação e durante o período de redução da dose de metadona.

2.5- Perturbação Bipolar

A perturbação bipolar encontra-se no grupo das perturbações de humor assim como a depressão. A perturbação Bipolar I é caracterizada por um ou mais episódios maníacos ou episódios mistos, a Bipolar tipo II é caracterizada por um ou mais episódios depressivos major acompanhados por, pelo menos, um episódio hipomaníaco. A perturbação ciclotímica sendo crónica é caracterizado flutuações de humor (Porto & Porto, 2005). Durante a vida, a perturbação bipolar I atinge aproximadamente 0,8% da população adulta, sendo homens e mulheres igualmente afetados. A perturbação bipolar

II afeta cerca de 0,5% da população, sendo mais comum nas mulheres. A prevalência dos transtornos de humor não varia significativamente com a raça. Fatores ambientais, perturbações somáticas e de personalidade são fatores de risco para a perturbação bipolar. História positiva de perturbação bipolar na família, situação socioeconômica desestruturada e famílias com alta expressão emocional são fortes preditores para desenvolver perturbação bipolar (Porto & Porto, 2005).

A prevalência da utilização de substâncias psicoativas durante o ciclo de vida é mais elevada nas perturbações bipolares I (episódios maníacos e depressivos) do que nas perturbações de tipo II (episódios hipomaníacos e depressivos). Assim, os toxicod dependentes têm tendência a abusar de drogas essencialmente nos períodos hipomaníacos, com a possibilidade de favorecer, manter ou exagerar os estados eufóricos associados a esta fase. Assim, a cocaína é a droga mais usada sendo que o consumo de drogas está mais aumentado na perturbação bipolar mista e na perturbação bipolar com ciclos rápidos. A perturbação bipolar pode manifestar-se através de consumos de drogas havendo assim um risco de não ser percebida nesse contexto, por estar mascarada pelo quadro sintomático associado ao tóxico (Ferros, 2011).

Ao nível do diagnóstico uma perturbação de humor induzida por substâncias, esta distingue-se de uma perturbação de humor primária, pelo facto de uma substância ser considerada como estando etiologicamente relacionada com os sintomas, ou seja os sintomas serem consequência fisiológica direta de uma droga (DSM IV-TR; APA,2002). Assim, as perturbações de humor quando combinadas com o uso de substâncias psicoativas acontecem coisas distintas, por um lado menos assíduos à terapia por outro lado verifica-se a coocorrência de um pior prognóstico a todos os níveis (Ferros, 2011).

2.6- Perturbação do Estado limite da Personalidade (Bordeline)

A personalidade condiciona a forma como pensamos, como pensamos dos outros, nos relacionamos com o outro e interagimos com o meio envolvente, definindo padrões de comportamento, pensamento e gestão de emoções. Por isso mesmo a personalidade influencia cada aspeto da nossa vida e as perturbações da personalidade tornam-se especialmente incapacitantes (Ferros, 2011). Uma perturbação da personalidade é definida como “um padrão estável de experiência interna e comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura, é invasivo e inflexível,

tem início na adolescência ou no jovem adulto, é estável ao longo do tempo e origina sofrimento ou incapacidade” (DSM IV-TR; APA,2002).

De todas as perturbações da personalidade as mais diagnosticadas na população toxicodependente são a perturbação anti-social e estado limite da personalidade (boderline), já que os critérios de diagnóstico para estas perturbações podem ser diretamente relacionados com a toxicodependência (falsidade, manipulação, irresponsabilidade, desrespeito pela segurança dos outros). Sendo que, as pessoas com perturbação anti-social da personalidade são manipuladoras para obterem lucros, enquanto na perturbação borderline a manipulação visa sobretudo obter a preocupação dos cuidadores. A incidência da perturbação borderline é de 10% a 30% nos toxicodependentes (Ferros, 2011).

As investigações feitas têm tentado compreender a relação causal entre toxicodependência e perturbações da personalidade. Alguns estudos referem que independentemente de existir ou não o consumo de substâncias refuta a possibilidade de ser a adição a originar este quadro (Ferros, 2011). O pressuposto de que as perturbações da personalidade têm um impacto negativo na adição tem sido muito estudada. Ottomanelli e Adinoff (2001) demonstraram que consumidores de heroína com diagnóstico adicional de perturbação da personalidade têm probabilidades acrescidas de responder negativamente ao tratamento da toxicodependência. Existe uma relação, ainda que pequena, entre perturbação borderline e toxicodependência, evidenciando-se elevada taxa de comorbilidade entre estes diagnósticos tanto na população em geral como na população em tratamento da adição (Ottomanelli & Adinoff, 2001).

Capítulo 3- Comportamentos, Conhecimentos e Perceções de risco para o VIH na Toxicodependência

3.1- Caracterização clínica e Epidemiologia do VIH

A organização mundial de saúde revela que o número de incidência de infeção pelo VIH em Portugal está a diminuir sendo que no final de 2011 encontrava-se em 8,5% um número consideravelmente mais baixo que no ano anterior que tinha sido de 13.6% (OMS, 2011). Mesmo o número sendo mais baixo ainda é preocupante pois o advento da Sida e infeção pelo VIH representam um dos sérios problemas de saúde pública com que as sociedades se deparam. O vírus da imunodeficiência humana (VIH)

ataca todo o sistema imunológico responsável pela defesa do nosso organismo, provocando o síndrome de imunodeficiência adquirida (Sida) (Lourenço & Afonso, 2009). A inteligência deste vírus tem sido até ao momento um obstáculo para as organizações de saúde que procuram a sua cura pois este acaba sempre por vencer a tecnologia. Este vírus foi inicialmente detetado em homossexuais, toxicodependentes e marginais sendo que hoje em dia o vírus propaga-se por todas as classes etárias e até em adolescentes. Sabe-se que 50% dos infetados por VIH em Portugal são consumidores de drogas (Negreiros & Magalhães, 2005). A Organização Mundial de Saúde afirmou que em todo o mundo, já foram infetados cerca de 42 milhões de pessoas. Em Portugal existe uma tendência evolutiva decrescente no que concerne à transmissão do VIH associado a casos de toxicodependência, e uma tendência crescente de transmissão heterossexual (CVE-DT,2004).

O VIH é um retrovírus que enfraquece as defesas imunitárias do corpo destruindo os linfócitos CD4 (células-T), células estas que são responsáveis por defender o organismo contra ataques de bactérias, vírus e outros germes através da coordenação do sistema imunológico (Lourenço & Afonso, 2009). Segundo os mesmos autores, do ponto de vista médico, a infeção pelo VIH aumenta o risco de determinados cancros, de doenças neurológicas, debilitações do corpo e pode levar à morte. Fazem parte das características clinicas da doença o aumento dos gânglios linfáticos, febres periódicas, incluindo suores noturnos, perda de peso, fadiga constante, diarreia, redução do apetite e aftas na boca. O vírus pode também afetar o sistema nervoso central causando lesões cerebrais e medulares.

O vírus da imunodeficiência pode ser transmitido através de quatro tipos de vias de transmissão, as quais remetem para os principais comportamentos de risco. A primeira é através dos comportamentos sexuais, a segunda pela manipulação de sangue, a terceira via é através do consumo de drogas injetáveis e, por último, pela transmissão peri-natal da mãe para filho. Assim, o denominador comum destes comportamentos é o contacto e o intercâmbio direto de fluidos corporais, como o sémen, o sangue ou fluidos cervico-vaginais que, no caso de estarem infetados, transportam o VIH (Negreiros, 2006). Deste modo, o VIH propaga-se de determinadas formas com comportamentos específicos, sendo que na população toxicodependente, é inegável que esse risco aumenta exponencialmente a transmissão do VIH (Negreiros & Magalhães, 2005). Apesar de recentemente, o contacto heterossexual ter superado o consumo de drogas em relação ao VIH em alguns países, nomeadamente em Portugal, o uso de drogas

injetáveis continua a ser o principal fator de risco para o VIH. O consumo de drogas por via endovenosa, bem como a partilha de equipamento de consumo, são fatores de risco para a transmissão do vírus.

Assim, entre os consumidores de substâncias são fatores de risco os comportamentos para a transmissão do VIH tanto pela via sanguínea, como pela partilha de seringas e outros objetos para o uso de drogas endovenosas, bem como pela via sexual. Desta forma, os toxicodependentes estão expostos a várias vias de contaminação, constituindo um grupo de elevado risco para o VIH (Pechansky, Diemen, Inciardi, Surratt, & Boni, 2004).

3.2- Fatores de risco e Fatores protetores para o VIH

Os fatores de risco referem-se à probabilidade de um fator, elemento ou um acontecimento (indesejável) influenciar, ou comprometer, de forma negativa o desenvolvimento biológico, psicológico e social de um indivíduo (Abraão,1999). Os fatores de risco são específicos a cada sujeito, de acordo com as características individuais, variando ao longo da vida. A resposta que cada sujeito encontra para enfrentar o risco também difere consoante o estilo de adaptação face ao stress e a situações de risco. Existe ainda a possibilidade de um único fator de risco se multiplicar em inúmeros outros fatores, aumentando assim a complexidade de resposta do sujeito (Spence & Matos, 2000).

O conceito de fator de proteção poderá ser entendido como aquele que modifica a reação do sujeito face á situações que apresentam risco e ameaça, atenuando assim os efeitos de risco e as reações negativas em cadeia, no sentido de promover um resultado adaptativo a longo prazo (Rutter & O'Connor,1996). À partida, nenhuma variável é um fator de risco ou protetor, uma vez que qualquer fator pode ser de risco numa situação e protetor noutra. Pois, um fator pode ser considerado como de risco num contexto e situação específica enquanto em outro momento é considerado de proteção. As pessoas movem-se muitas vezes em situações de risco, criando assim diferentes estados de adaptação psicológica. Assim, os fatores de proteção exercem um papel fundamental, uma vez que são eles os responsáveis por diminuir a probabilidade de um resultado negativo, ou indesejável, acontecer diante da presença do risco (carvalho, Morais, Koller, & Piccinini, 2007).

Para Lozano e Gonzáles (1988), a ação modeladora dos fatores de proteção efetua-se de acordo com dois mecanismos de atuação: o mecanismo de risco-proteção (mediante o qual os fatores de risco estão modulados pelos de proteção) e o mecanismo de proteção-proteção (no qual um fator de proteção potencia um outro, fortalecendo o seu efeito). Os fatores de proteção que identificaram são os seguintes, na área pessoal identificaram a religiosidade, os valores de respeito corpo/vida, a auto-aceitação, o quociente de inteligência, o controle interno, os valores, o respeito pela legislação, as expectativas de futuro, e a capacidade para adquirir compromissos. Na área familiar, o apego afetivo, as normas, a estabilidade e a coesão, o núcleo familiar pequeno, a função diretiva, os rituais, e a família estruturada. A nível das relações sociais, identificaram como fatores protetores a participação nas atividades religiosas, o apoio social, os modelos não-consumistas, as atividades grupais positivas, e o escasso ou nulo consumo de drogas nos grupos de amigos. Na área da relação escolar, o apego à escola e aos professores, a comunicação pais-escola, e as normas claras.

Para a Fundação de Ajuda contra as Drogas (2002), os fatores de risco para o consumo de drogas podem dividir-se em três grandes áreas os fatores de risco relacionados com as substâncias, os relacionados com o indivíduo e os relacionados com o contexto. Os fatores de risco relacionados com o indivíduo têm a ver com a idade de início dos consumos, sendo que quanto mais novo, maior é a probabilidade de vir a sofrer mais consequências, como a escassa tolerância à frustração, a baixa auto-estima, a não-aceitação de normas, a assertividade pobre, a elevada necessidade de aprovação social e a falta de autonomia na ação, situações críticas vitais (e.g., ruturas familiares, perda de entes queridos) e sistema de valores pessoais. Todos estes fatores tanto individuais como de contexto e da própria substancia, podem ser, fatores de risco para se iniciarem os consumos.

Assim sendo, associados aos fatores de risco que os indivíduos toxicodependentes já têm por iniciar os consumos é de esperar que mais fatores de risco se relacionem com a transmissão do VIH. Alguns fatores de risco para a transmissão do VIH são a partilha de seringas entre consumidores, ou o roubo de seringas.(Negreiros & Magalhães, 2005). A síndrome de abstinência também é outro fator de risco pois quando estão neste estado, geralmente não têm qualquer tipo de preocupação com a sua saúde e ficam mais vulneráveis a contrair VIH. Outros fatores de risco para contrair VIH são também a partilha de caricas, filtros e algodão, bem como a não utilização de preservativo nas

relações sexuais, constituindo as vias mais frequentes da transmissão do VIH nesta população (Negreiros & Magalhães, 2005).

3.3- Modo de Transmissão e Comportamentos de risco para o VIH na Toxicodependência

A transmissão do vírus da imunodeficiência adquirida entre consumidores de drogas dá-se pela via sanguínea, por via de partilha de seringas e de outro equipamento de consumo, bem como por via sexual e transfusão sanguínea. Assim, os consumidores de drogas injetáveis estão expostos á dupla via de contaminação por isso, constituem uma importante via de transmissão do VIH (Pechansky, Diemen, Inciardi, Surratt, e Boni, 2004). A população toxicodependente adota frequentemente estilos de vida que os colocam numa posição de risco acrescido face ao VIH, mais particularmente nos consumidores por via injetável, em que o risco de contrair o VIH decorre da possibilidade de partilha de seringas ou de reutiliza-las de consumidores infetados. A partilha de materiais de consumo é frequentemente vista como uma demonstração de solidariedade entre os consumidores no seu círculo social mais próximo (Fuller, Vlahov, Latkin, Ompad, Celentano, e Strathdee, 2003). Mas além da solidariedade de partilha, outras razões comuns para a partilha de materiais de consumo é para prevenir o síndrome de abstinência injetando seringas que se encontram nas ruas.

Estudos demonstram que comportamentos de risco, como a partilha de seringas e de outro material de injeção ocorrem no âmbito de grupos pequenos e coesos. São estes mesmos grupos pequenos que potenciam a iniciação à prática de injetar drogas, sendo que a primeira vez que um individuo se injeta ocorre no seio de um grupo pequeno de injetores, que assumem um papel fundamental na tomada de decisão na iniciação aos consumos injetáveis. Assim, os grupos de consumo parecem potenciar a probabilidade de partilha de seringas, o que aumenta em muito a probabilidade de contrair VIH (Negreiros, 2006).

Comportamento de alto risco é o ambiente que se vive nos bairros, onde o roubo de seringas enquanto alguém está a injetar é bastante frequente, roubam a seringa para poder injetar em si o resto de produto e aproveitar a seringa. Em situações limite o desespero dos indivíduos é tao grande que acentuam um desleixo e ausência de preocupação com a saúde, como se fosse um processo de degradação tao grande que já

não há nada a perder, e nessas situações os indivíduos cometem mais comportamentos de risco (Fernandes e Carvalho, 2003).

Assim, uma vez infetados, estes podem transmitir o VIH aos seus parceiros heterossexuais ou homossexuais bem como aos seus parceiros de consumo. Igualmente, as mulheres que contraíam o vírus podem transmiti-lo ao feto, se não são tomadas as devidas precauções durante a gestação e parto (Negreiros, 2006). Os consumidores por via endovenosa, representam deste modo uma população altamente vulnerável à infeção do VIH não só pela partilha de seringas e de outro material de injeção, mas pela possibilidade de estabelecerem contactos sexuais como outros consumidores por via endovenosa (Negreiros, 2006), como em seguida se explica.

São vários os comportamentos sexuais de risco na comunidade toxicod dependente. Sendo que vários estudos apontam para a associação entre consumo de substâncias e comportamentos sexuais de risco. Como já foi referido, o vírus pode ser transmitido por contacto sexual, bidireccionalmente em relações vaginais e anais, encontrando-se o VIH no esperma e nas secreções vaginais (Manita & Oliveira, 2002). O risco de transmissão sexual relaciona-se com a eventualidade do parceiro poder estar infetado, com o tipo de contacto sexual (maior risco para as relações anais recetivas que são especialmente arriscadas devido as lacerações traumáticas proporcionando acesso direto do VIH por via sanguínea), à quantidade de vírus presente nas secreções e à existência de outras doenças sexualmente transmissíveis.

Assim, um individuo sob a influência de substâncias pode, ter um julgamento errado para a prática de sexo seguro. É percebido que o consumo de substâncias psicoativas pode ocasionar o aumento, ou a diminuição, do desejo e da atividade sexual (WHO,2003). Muitas vezes trabalhadores(as) sexuais apresentam um maior envolvimento no consumo de drogas. Este envolvimento pode estar associado a dois tipos de situações, por um lado um consumidor de drogas pode iniciar a atividade como recurso necessário à obtenção de produtos para os consumo, e por outro lado apenas por razões económicas. Como Williamson e Folaron (2003) referem, uma pessoa dedicada à prostituição também pode começar a recorrer ao uso de drogas para conseguir suportar problemas emocionais por vezes associados ao estilo de vida que mantêm, acabando por desenvolver uma dependência de substâncias após ter iniciado a prostituição. Contudo a combinação de consumir drogas e praticar prostituição coloca os indivíduos em risco acrescido de contrair VIH (Manita & Oliveira, 2002). Acresce ainda ao risco de transmissão sexual, o risco associado ao consumo de drogas injetáveis quando a pessoa

é toxicodependente e paralelamente se dedica à prostituição. Manita e Oliveira (2002) concluíram, que as mulheres prostitutas e toxicodependentes constituem um grupo com características próprias que se distinguem a vários níveis das mulheres consumidoras de drogas, mas que não são trabalhadoras sexuais, sendo que as mulheres mais novas apresentam taxas mais elevadas de seropositividade.

Nas relações amorosas o ato de injetar drogas tem claras conotações sexuais. A recusa em partilhar seringas ou outro material de injeção, levanta muitas vezes a questão da confiança na relação, comprometendo a manutenção de uma relação de cooperação indispensável para a obtenção da droga (Negreiros, 2006).

Um outro comportamento sexual de risco é a utilização ou não do preservativo. Assim, os trabalhadores(as) sexuais têm mais tendência a perceberem níveis elevados de risco de contrair VIH dos seus clientes do que dos seus companheiros ou parceiros sexuais. A existência de uma relação estável baseada na confiança parece ter afastado para segundo plano os receios de contágio do VIH. Para as mulheres que se dedicam à prostituição a diferença entre usar preservativo com clientes e não usar com o companheiro permite-lhes fazer uma distinção entre a relação de trabalho e amorosa, sentindo o preservativo como uma barreira à intimidade e união. Assim, esta dinâmica influencia em muito os comportamentos sexuais de risco para a transmissão do VIH.

Em suma, a transmissão sexual do VIH em consumidores de drogas injetáveis para os seus parceiros sexuais é uma importante via de transmissão do vírus. O consumo de drogas é altamente correlacionado com práticas sexuais inseguras como o sexo desprotegido, múltiplos parceiros ou troca de sexo por dinheiro ou drogas (UNODC,2005). Diversos estudos encontram ligações entre o consumo endovenoso, sexo comercial, e comportamentos sexuais de risco, resultando em altas taxas de prevalência do VIH entre trabalhadores do sexo, que também são consumidores endovenosos (UNODC, 2007).

3.4- Conhecimentos e Perceções de risco para o VIH em indivíduos Toxicodependentes

Os responsáveis pelas políticas de saúde e os investigadores de várias áreas do conhecimento científico têm pesquisado bastante sobre os conhecimentos e as perceções que a população manifesta a respeito do VIH/SIDA, ao longo dos tempos. Uma das formas de avaliar a informação e os conhecimentos da população é a realização de

inquéritos sobre conhecimentos, atitudes e preconceitos sobre o vírus e a doença. O conhecimento sobre o VIH é um fator importante para a prevenção deste vírus. Num estudo de Camargo e Botelho (2007) a maioria dos participantes mostrou conhecimentos acerca dos principais modos de transmissão do VIH, tanto pela via injetável, como sexual e por transfusão de sangue. Porém 30% dos participantes apresenta desconhecimento sobre a transmissão da doença nas transfusões de sangue.

O constructo de percepção do risco remete-nos para a ideia de perigo e de perda, sendo que em termos matemáticos pode ser definido como probabilidade estatística de ocorrência de um determinado resultado negativo (Bennett, 1996). A questão da percepção de risco no processo de tomada de decisão tem sido abordada a partir de um determinado perigo nomeadamente nas diferentes interpretações que o risco assume para a pessoa que decide. Como exemplo, uma pessoa que face à decisão de revelar a sua seropositividade prefere omitir que tem a doença do que correr o risco de perder amigos, família e o emprego. A percepção destes riscos, decorrentes da situação do risco original de doença e morte no futuro devido ao VIH/SIDA, pode determinar o posicionamento da pessoa face à doença (Negreiros, 2006). Assim, e de acordo com Bennett (1996) a consideração da natureza das mudanças no ambiente como consequências de um determinado perigo, e as percepções do indivíduo que toma a decisão aos riscos, é uma importante compreensão do processo de tomada de decisão sob condições de risco.

Ao longo dos anos muitos investigadores têm-se baseado no consumo de drogas e VIH para procurar identificar os fatores de risco de infeção nessa população. Os estudos conduziram à identificação de um conjunto de comportamentos que parecem estar relacionados com a infeção pelo VIH, como por exemplo, a partilha de seringas e outro material de injeção e a prática de sexo desprotegido (Bennett, 1996). Assim, a percepção de risco representa uma das características individuais que favorece a compreensão dos fatores associados aos comportamentos de risco. Pois se uma pessoa partilha material de injeção, este comportamento é explicado pelas características da pessoa, bem como do tipo e natureza das interações que se estabelecem entre essa pessoa e o meio. Assim, a mesma pessoa, mediante as relações em que se envolve as circunstâncias pode adotar reações diferentes face ao risco, o mesmo indivíduo pode adotar comportamentos consideravelmente distintos face aos riscos consoante o tipo de relação em que se envolveu (Peto et al, 1992 cit in Negreiros, 2006).

Nos modelos centrados no comportamento de saúde, a percepção de risco é um pré-requisito para a mudança de comportamentos. Porém, os modelos mais influentes sobre a percepção de risco na área do VIH situam-se nos chamados modelos “relacionados com a doença”. Estes modelos defendem que os indivíduos estão motivados para evitar doenças graves e que os principais determinantes factores de protecção são as probabilidades e consequências percebidas de contrair uma doença (Negreiros, 2006).

Existe um paradoxo entre o nível de conhecimento adequado, na forma de transmissão e prevenção do VIH/SIDA e a baixa percepção de risco. A relação entre a vulnerabilidade ou o risco de contágio e o nível de condutas preventivas, não tem sido significativamente positiva pois não existe relação consistente entre o grau de informação e o nível de condutas preventivas. A reforçar esta ideia da invulnerabilidade percebida, associada ao VIH/SIDA, surgem vários estudos sociológicos que mostram que a informação não é, só por si, suficiente para a mudança dos comportamentos salientando que existe uma multiplicidade de factores que influenciam o comportamento humano, sendo a percepção do risco um elemento fundamental na atitude comportamental (Negreiros, 2006).

Capitulo 4- Morbilidade psicológica, Comportamentos, Conhecimentos e Percepções de risco para o VIH na Toxicoddependência

Frequentemente constata-se que o consumo drogas se encontra associado à presença de outro quadro psicopatológico, que pode ter fundamentalmente um valor etiológico e/ou de manutenção. Por outro lado, a toxicoddependência pode ser fator etiológico de outras patologias psiquiátricas. Assim, a expressão “duplo-diagnóstico” refere-se à coexistência de perturbações relacionadas com substâncias com outra perturbação mental (Ferros, Moura, Pinto, & Negreiro, 2008).

Não devemos interpretar que as perturbações psicopatológicas do toxicoddependente como as causas da sua toxicoddependência. Aliás, elas podem ser a sua consequência, já que o abuso de substâncias tóxicas pode alterar o comportamento psíquico e originar perturbações graves. Assim, “perante um intoxicado que apresenta perturbações psiquiátricas ou do comportamento, é difícil identificar o sentido da

relação que une perturbação mental e conduta toxicodependente” (Ferros, Moura, Pinto, & Negreiros, 2008). Indivíduos com perturbações mentais têm, comparativamente à população geral, probabilidades acrescidas de abusar de drogas. Isto é preocupante pois tais consumos, mesmo que em doses reduzidas, têm um impacto particularmente negativo na vida do indivíduo, nomeadamente na menor adesão à terapêutica, maior descompensação e piores resultados clínicos (Ferros et al, 2008).

Por outro lado, o uso de substâncias psicoativas pode mascarar sintomas e síndromes psiquiátricos, e assim dificultar a avaliação, se determinado quadro é resultado de estados de intoxicação/abstinência do consumo de drogas ou se, pelo contrário, corresponde à manifestação de uma perturbação psiquiátrica subjacente. Além disso, existem imensas formas através das quais o consumo de substâncias e os quadros psiquiátricos podem interagir, alterando dessa forma o curso, a terapêutica, e o prognóstico de cada situação. Indivíduos com duplo diagnóstico têm maior probabilidade de exacerbação dos sintomas, hospitalização, instabilidade familiar, resistência à terapêutica, pior resposta ao tratamento, indigência, prática criminosa e exibição de comportamentos impulsivos, violentos e até suicidas (Minkoff, 2000). Assim, o tratamento destes doentes torna-se complexo e desafiante, dado que ambas as patologias são crónicas, estigmatizantes, incapacitantes a vários níveis (físico, cognitivo, social) e suscetíveis de recaída frequente (Minkoff, 2000).

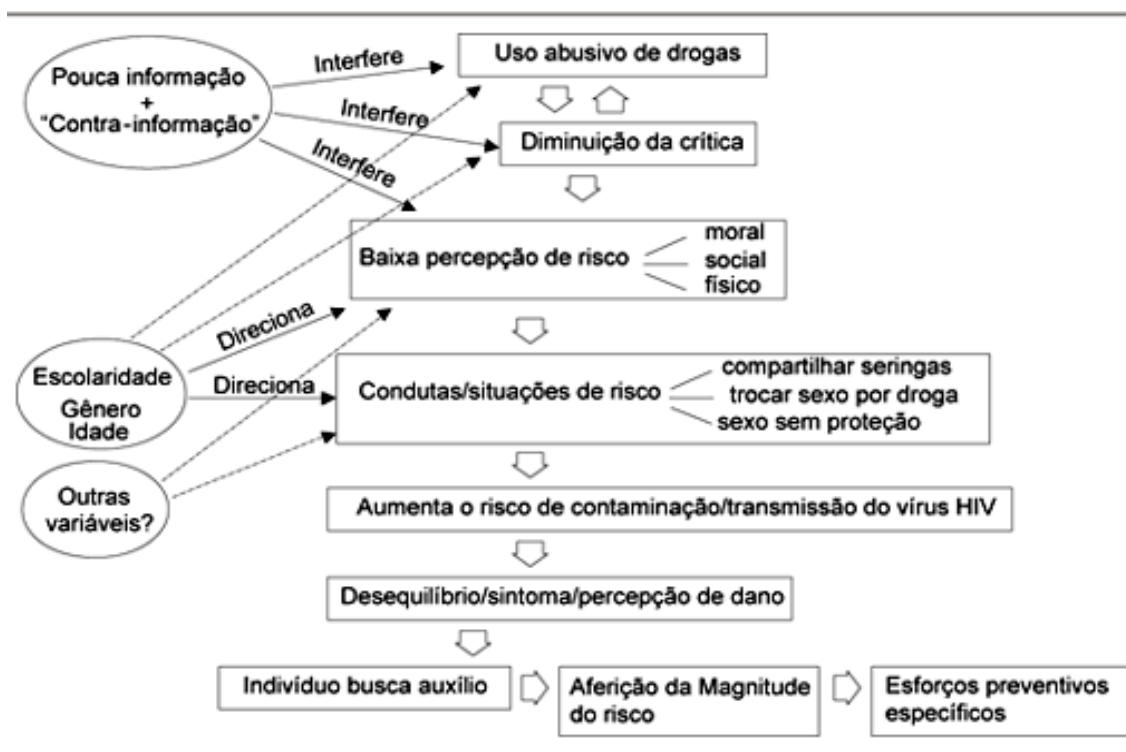
Como é sabido pessoas que apresentem perturbações psicológicas estão mais predispostas a praticar comportamentos de risco, seja de consumo ou sexuais. Alguns estudos mostraram a existência de uma relação estatisticamente significativa entre os conhecimentos acerca dos modos de transmissão do VIH e as atitudes em relação aos portadores de VIH. Por exemplo possuir níveis de informação elevados acerca do modo de transmissão do VIH aumentava a tolerância das pessoas em relação a indivíduos infetados. Sendo que pessoas com baixo nível de informação têm atitudes mais negativas em relação aos portadores de VIH (Negreiros, 2006).

A perceção de risco está associada à capacidade do sujeito avaliar a relação entre o comportamento e os modos de transmissão do VIH. O conhecimento sobre o VIH é correto quando o indivíduo está consciente de um ou mais meios de transmissão do VIH, através da relação sexual, ou injeção de sangue infetado. Quando os conhecimentos são incorretos existem crenças erradas acerca dos meios de transmissão. Assim, a aquisição de um certo nível de informação correta não elimina necessariamente a possibilidade de o indivíduo ter outras crenças falsas. Existe uma

relação entre o conhecimento dos mecanismos de transmissão do VIH e a percepção de risco. A percepção do risco nas ligações que se podem estabelecer com o nível de conhecimentos constitui assim uma questão muito complexa. É de extrema importância possuir um conhecimento correto sobre os modos de transmissão do VIH, mas mesmo assim as pessoas continuarão a expor-se aos riscos do VIH mesmo estando perfeitamente conscientes da existência desses riscos. Assim, mesmo que os indivíduos possuam conhecimentos elevados acerca da transmissão do VIH pouco usam esses conhecimentos na prática (Negreiros, 2006). Concluindo um nível de informação adequado não elimina a possibilidade de o indivíduo possuir falsas crenças ou ideias não validadas sobre os modos de transmissão esta doença.

Um modelo que explica o fenómeno da exposição ao risco de infeção por VIH em toxicodependentes é um modelo elaborado por Flávio Pechansky. O modelo foi desenvolvido especificamente para consumidores de substâncias e parte do princípio que o uso frequente e abusivo de substâncias leva o indivíduo a diminuir a sua visão crítica referente aos riscos específicos associados ao consumo sistemático de substâncias e aos riscos de saúde em geral (Fernandes & Teixeira, 2010). Segundo Pechansky as variáveis sociodemográficas podem potenciar a quantidade de situações de risco. Este cenário pode levar o indivíduo a perceber o potencial dano a que está sujeito ou a que poderá sujeitar-se no futuro. Esta percepção tanto pode ser desencadeada por um momento específico, como por exemplo um acidente por estar sob o efeito de drogas, ou por um conjunto de eventos que vão modificar a atitude do indivíduo. A partir do momento em que o indivíduo percebe um dano potencial, está pronto para pedir ajuda. Outro aspeto proposto pelo autor é o da interferência da informação quando se está sob o efeito de drogas, que diminui ou aumenta a crítica e a percepção de risco. Este aspeto reforça a ideia de que ter muita informação acerca da transmissão do VIH, por si só, não é suficiente para modificar os comportamentos. Assim, os efeitos positivos e prazerosos do uso de substâncias e de determinadas condutas de risco, exercem uma enorme influência na manutenção dos comportamentos de risco (Campos, et al., 2008). A figura 1 apresenta a concetualização do modelo.

Figura 1- Modelo de exposição a situações de risco (Pechasnsky, 2001 cit in Campos, et al., 2008)



Poucos estudos têm investigado a prevalência da infecção pelo VIH entre utentes com perturbações psiquiátricas. Além disso, estes estudos não tem sido suficientemente claros para se estimar a real prevalência de tais infeções na população toxicod dependente. A maioria dos estudos tem a sua origem em países desenvolvidos, tendo sido baseados em amostras pequenas e, em geral, não representativas. De modo geral, indivíduos adultos e sexualmente ativos com doenças mentais crónicas raramente usam preservativo (Negreiros, 2006).

O uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool e outras drogas, é especialmente prevalente em pessoas com perturbações mentais crónicas. Além disso, pacientes com esquizofrenia, perturbações bipolares, depressão, ansiedade, perturbação da personalidade borderline apresentam altas proporções de outras comorbilidades psiquiátricas relacionadas ao abuso ou dependência de substâncias psicoativas, e essa ocorrência pode variar de 25% a 65%. Alguns estudos indicam que, entre pacientes com doença mental, as mulheres, os jovens, aqueles que nunca foram casados, ou são divorciados ou viúvos apresentam, maior risco para o VIH (Campos, et al., 2008). Poucos estudos investigaram especificamente a associação entre o abuso de substâncias e o comportamento risco e infecção por VIH, entre indivíduos com perturbações mentais.

O uso de drogas injetáveis tem-se mostrado um fator de risco mais comum para a infecção pelo VIH nesta população quando comparada à população geral. Estudos que avaliem o efeito de doenças psiquiátricas sobre o comportamento sexual de risco ainda não foram conduzidos em países em desenvolvimento. A presença de sintomas psiquiátricos parece ser preditora de taxas mais altas de comportamento sexual de risco quando comparada aos diagnósticos psiquiátricos em vários estudos (Campos, et al., 2008).

Parte II –Metodologia

Capítulo 5- Concetualização da Investigação

Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia adotada para a realização da investigação, apresentando as hipóteses a testar tendo por base a síntese bibliográfica apresentada que nos conduziu à formulação do tema de investigação. Pretende-se também identificar a amostra, os seus critérios de seleção e procedimento de recolha dos dados. Por fim, apresentam-se também as variáveis estudadas, os instrumentos utilizados com as suas características psicométricas e as análises estatísticas que se pretende realizar.

5.1 Objetivos do estudo

Neste estudo, o principal objetivo é a obtenção de uma melhor compreensão da dependência de substâncias e sua relação com certas variáveis psicossociais que podem desempenhar um papel importante na manutenção da dependência. Assim, tem como objetivo estudar a população toxicodependente face aos conhecimentos e perceções de risco sobre o VIH e analisar de que forma a morbilidade psicológica influencia nos comportamentos de risco, tendo como finalidade contribuir para futuros estudos acerca da temática e formas de tratamento e prevenção da toxicodependência.

5.2 Hipóteses de Investigação

Hipótese 1- Prevê-se que os indivíduos que tenham comportamentos de partilha, tenham menores níveis de conhecimentos e perceções de risco face ao VIH do que os que não têm comportamentos de partilha.

Hipótese 2- Prevê-se que quanto maior for o envolvimento com drogas, maior serão os sintomas psicopatológicos e maiores serão os comportamentos de partilha.

Hipótese 3- Espera-se que diferentes sintomas psicopatológicos contribuam de forma diferente para o grau de envolvimento com drogas.

Hipótese 4- Espera-se que existam diferenças significativas no grau de dependência de substâncias, nos comportamentos de partilha, conhecimentos e perceções de risco face ao VIH em função da idade.

Hipótese 5- Espera-se que existam diferenças significativas no grau de dependência de substâncias, nos comportamentos de partilha, conhecimentos e perceções de risco face ao VIH em função do sexo.

5.3 Design de estudo

O presente estudo é essencialmente quantitativo. Tendo em vista os objetivos traçados, a investigação corresponde a uma estatística descritiva, inferencial e correlacional pois pretende-se avaliar a relação entre as variáveis sem qualquer manipulação da variável independente e descrever as variações inerentes da relação entre essas mesmas variáveis. Quanto ao *design* do estudo, será entre sujeitos (between subjects) pois todos os elementos da amostra passarão pela mesma avaliação.

5.4 Amostra

Para a testar as hipóteses formuladas e tendo em consideração os objetivos do presente estudo, foi recolhida uma amostra de 120 consumidores constituída por sujeitos de ambos os sexos. Os dados foram recolhidos no CRI de Braga e nos vários serviços de apoio prestados pelo projeto “*Aproximar*” da cruz vermelha em parceria com o I.D.T de Braga.

Recolheu-se uma amostra aleatória, não probabilística de conveniência, de forma a garantir a representatividade da amostra relativamente a diferentes sujeitos em

contextos semelhantes. Inicialmente o processo de investigação foi submetido à apreciação da instituição e somente após aprovação da mesma se procedeu à investigação empírica. Os critérios de inclusão dos sujeitos participantes no estudo foram: ser consumidores de drogas, que frequentem o projeto “*Aproximar*” e o CRI de Braga e ter idade igual ou superior a 18 anos. Estes critérios de inclusão e exclusão fundamentam-se no princípio de maximizar o controlo dos aspetos que podem influenciar as variáveis em estudo.

Em termos éticos, a participação dos sujeitos foi voluntária, sendo o consentimento precedido de informação sobre o âmbito e a finalidade da investigação, garantindo a confidencialidade, e a possibilidade de desistência em qualquer fase se o participante assim o desejar. Neste âmbito, foram requeridas duas assinaturas do consentimento informado. Relativamente aos instrumentos utilizados na investigação empírica, todos os participantes completaram um questionário sociodemográfico, e foram avaliados quanto a morbilidade psicológica, comportamentos de risco e a nível de gravidade da dependência.

5.5. Variáveis

Para a realização do estudo foram consideradas variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e situação profissional) e variáveis clínicas (substâncias consumidas, tratamentos anteriores (sim/não), padrões de consumo, e o *Drug Abuse Test- DAST* (valor total), e por fim variáveis psicológicas (todas as dimensões do BSI (Brief Symptom Inventory), comportamentos de risco, conhecimentos e perceções de risco face ao VIH).

5.6 Procedimento

Este trabalho reporta-se ao estudo de um grupo de toxicodependentes, com uma amostra de dependentes de drogas recolhidos no projeto “*Aproximar*” e no CRI de Braga.

O estudo foi realizado numa perspetiva quantitativa, apesar de ser complementado com alguns indicadores qualitativos. Os sujeitos convidados foram esclarecidos quanto aos objetivos e aos procedimentos da pesquisa e, quando concordaram em participar,

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo a utilização de seus dados para fins de pesquisa. A amostra foi da conveniência sendo apenas controlada quanto á idade.

Com o objetivo de testar as variáveis em estudo foram aplicados três questionários distintos aos indivíduos participantes no estudo bem como um breve inquérito de carácter sociodemográfico. Os questionários foram de carácter voluntário e anónimo, preenchidos pelos inquiridos. A amostra estudada foi recolhida no período de Janeiro, Fevereiro e Março de 2013. O método de amostragem foi consecutivo, sendo excluídos unicamente indivíduos só consumidores de álcool. Aos inquiridos foi explicada a finalidade do estudo e garantida a confidencialidade. Para a aplicação dos questionários, foi solicitada autorização à direção do Instituto da Droga e Da Toxicodependência, Delegação Geral do Norte e à equipa da cruz vermelha do projeto “*Aproximar*”, pedido este formalizado através de documento, constante dos anexos deste trabalho assim como todos os questionários utilizados na recolha de dados e o respetivo consentimento informado.

5.7 Instrumentos

De forma a obter informações sobre as variáveis a estudar foram utilizados numa só aplicação os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e questionário clinico e de comportamentos de risco para o VIH, bem como a Escala de Conhecimento sobre a Transmissão e Prevenção do VIH (ECTP/VIH) de (Hobfool,2002; adaptado por Eleonora Costa e Teresa McIntyre,2002). Outro dos testes utilizado foi o questionário de Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA (ACS) de (Hobfool,2002;adaptado por Eleonora Costa e Teresa McIntyre,2002). Foi também utilizada a Dast (*Drug Abuse screening Test*), na sua versão portuguesa teste de triagem de abuso de drogas (Machado & Klein, 2002). E, por fim, a BSI- Brief Sympton Inventory (inventário breve de sintomas) (Canavarro,1995).

5.7.1. Questionário sociodemográfico

Esta ficha, construída especificamente para esta investigação com o propósito de caracterizar a amostra, tem como objetivo recolher um conjunto de informações que

possibilitem a caracterização do participante como a indicação de idade e género, do nível de escolaridade, situação conjugal, bem como a história dos seus comportamentos aditivos.

5.7.2. Questionário clínico e comportamentos de risco para o VIH

Construído especificamente para esta investigação com o propósito de recolher mais informações acerca das doenças de cada participante e história de doenças na família e os comportamentos de risco que praticam no seu dia-a-dia, bem como o que já consumiram e consomem.

5.7.3. Escala de Conhecimento sobre a Transmissão e Prevenção do VIH (ECTP/VIH)

Versão original do instrumento

Os oito itens que avaliam os conhecimentos face ao risco (transmissão) focam-se na consciência de que a infeção pelo VIH é possível através das relações sexuais desprotegidas (troca de fluidos corporais) e partilha de seringas, e não por contactos físicos que não suportam o risco da intrusão do vírus no sistema sanguíneo (e.g., apertar as mãos, utilização de casas de banho públicas), ou seja, o vírus pode ser transmitido através da partilha de seringas e não pela partilha de pratos, nem por picadas de mosquitos. As respostas foram codificadas numa escala de três pontos (1 = resposta errada; 2 = resposta correta e 3 = não sei) e a percentagem de respostas corretas foi calculada como um indicador geral do conhecimento do risco. Os restantes seis itens avaliam o conhecimento de métodos de prevenção face ao VIH durante o contacto sexual (isto é, a eficácia de diferentes comportamentos de auto-proteção como os preservativos, espermicida, abstinência, diafragma, ter relações com apenas um parceiro que não está infetado com o VIH), numa escala de três pontos semelhante à anterior (verdadeiro, falso, não sei) e com a percentagem de respostas corretas calculada como um indicador geral do conhecimento de prevenção.

A versão de 14 itens permanece considerando a dicotomização da medida para as sub-escalas, ou seja, verdadeiro vs falso/não sei com a percentagem de respostas corretas calculada como um indicador geral do conhecimento de transmissão e de prevenção do VIH/SIDA.

Neste estudo foi adoptada a versão de Schroder, Hobfoll, Jackson e Lavin (2001) com o mesmo formato de resposta utilizado pelos autores e acima descrita.

Os dados de fidelidade da escala são difíceis de identificar uma vez que os autores utilizam diferentes versões desta e não analisam de forma sistemática as propriedades psicométricas da escala.

Os autores consideraram duas sub-escalas (conhecimento de transmissão e conhecimento de prevenção face ao VIH). A fidelidade para a escala de conhecimento de transmissão foi de .76, enquanto a fidelidade teste-reteste foi de .49. Na escala de conhecimento de prevenção, a fidelidade foi de .64 e a fidelidade teste-reteste foi de .57.

Versão Portuguesa

A adaptação deste instrumento foi assegurada por uma versão experimental portuguesa de Veiga-Costa e McIntyre (2002). Esta versão é constituída pelos 14 itens da escala original de Hobfoll e col. (1993, 2002) (8 para a escala de conhecimento face ao risco/transmissão do VIH e 6 para a escala de conhecimento de prevenção face ao VIH). As características psicométricas do ECTP/VIH, na versão portuguesa utilizada, foram determinadas por uma avaliação da fidelidade e validade. A análise da consistência interna para o ECTP/VIH – Total revela que todos os itens apresentam correlações acima de .38 com o total da escala, variando dos .38 aos .89. O coeficiente alfa neste estudo é elevado (.89).

Características Psicométricas no presente estudo

A escala total apresenta uma consistência interna de .77 apresentando um alfa de Cronbach inferior ao apresentado pela escala validada para a população portuguesa. Uma vez que este instrumento se encontra validado para esta população, apenas se avaliou a fidelidade no presente estudo (anexo V).

5.7.4. Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA (ACS)

Versão original do instrumento

O questionário de Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA contém três itens isolados: o primeiro permite avaliar a percepção de risco comunitário face ao VIH e o segundo avalia a percepção de risco pessoal face ao VIH; o terceiro

avalia a discussão da SIDA e sua prevenção com os parceiros sexuais. No presente estudo apenas foi utilizado o primeiro que permite avaliar a percepção de risco comunitário face ao VIH. Assim, Os dois primeiros itens são indicadores de um viés otimista (em que o sujeito compara o seu próprio risco com o risco das outras pessoas. Os dois itens são medidos numa escala de resposta de 4 pontos (1 = sem risco, 2 = baixo risco, 3 = risco moderado, 4 = risco elevado). São cotadas isoladamente as respostas para o risco percebido na comunidade e para a percepção de risco pessoal de infeção pelo VIH. Valores positivos elevados na percepção de risco comunitário indicam um forte viés otimista, ou seja, ao considerar elevado risco na comunidade e não pessoal (Schroder, Hobfoll, Jackson & Lavin, 2001).

Hobfoll e col. (2002) adicionam um item relativo à discussão com os parceiros. Para avaliar se as mulheres discutiam o comportamento relacionado com a SIDA com os seus parceiros. O item é parafraseado do seguinte modo: “Converso sobre a SIDA e sobre a prevenção da SIDA”, com três opções de resposta: 2 = com todos os parceiros, 1 = com alguns mas não com outros, 0 = raramente ou nunca. Este item foi também usado no nosso estudo.

Uma vez que se trata de itens isolados, não aparece na literatura uma análise das suas características psicométricas.

Versão Portuguesa

Este instrumento foi adaptado para a população Portuguesa por Veiga-Costa & McIntyre (2002). Esta versão é constituída pelos dois itens relativos à percepção de risco na comunidade (avaliando o grau em que as mulheres sentem que o contacto sexual entre uma mulher e um homem implica uma exposição de elevado risco na sua comunidade) e percepção de risco pessoal (se o seu comportamento sexual actual as coloca em risco) para aquisição do VIH adaptada por Hobfoll no *Women's Health Study Questionnaire*. As questões são respondidas numa escala de 4 pontos (“sem risco, baixo risco, risco moderado e risco elevado”). Utilizou-se também o item que avalia se as mulheres “conversam sobre a SIDA e sobre a Prevenção da SIDA com os seu(s) parceiro(s)”, considerando as seguintes possibilidades de resposta: 2 = *com todos os parceiros*, 1 = *com alguns mas não com outros*, 0 = *raramente ou nunca*.

5.7.5. DAST _ Drug abuse Screeninh Test

O DAST, *Drug Abuse Screening Test* consiste numa escala dicotómica (sim ou não) de 20 itens que procura contextualizar os principais aspetos em torno do consumo de drogas. Nomeadamente, aborda as várias consequências relacionadas com o consumo — sintomas físicos e psicológicos, aspetos sócio-relacionais, entre outros. Os sujeitos são inquiridos a respeito de experiências de consumo de drogas e problemas que daí advêm, nos últimos 12 meses. O DAST é normalmente auto-administrada, mas também pode ser realizada em formato de entrevista. Demora cerca de 5 minutos a ser preenchido. Esta escala providencia um resultado que pode variar entre 0 e 20, refletindo as alterações no consumo de drogas ao longo dos 12 meses.

Esta escala para uma amostra de 256 consumidores de droga revelou um coeficiente de consistência interna de .92. Grande parte da evidência da confiabilidade e validade do DAST foi baseada numa versão anterior de 28 item, sendo que estas duas escalas revelam uma correlação quase perfeita ($r = 0.99$), é provável que os resultados que foram baseados na escala de 28 itens, também se apliquem à versão de 20 itens do DAST. Foi encontrada uma boa consistência interna para a escala de 28 itens, bem como para a escala de 20, sendo que esta revela uma estimativa um pouco menor de consistência interna ($\alpha = 0.74$) encontrada para uma amostra de 105 usuários de drogas (Yudko, Lozhkina, & Fouts, 2007). Esta escala foi selecionada por fornecer uma avaliação simples e rápida do nível de gravidade dos consumos. A versão portuguesa deste questionário (Teste de Triagem do Abuso de Drogas) foi elaborada por Machado e Klein (2002), estando, neste momento, os dados psicométricos a serem analisados.

Caraterísticas psicométricas para o presente estudo

Na avaliação da consistência interna da escala, tal como foi efetuado pelos autores da escala original, foi calculado o alfa de Cronbach (Anexo II). A escala na sua versão original (Yudko, Lozhkina, & Fouts, 2007), apresenta uma boa consistência interna de .74, não existindo ainda dados para a população portuguesa. Utilizou-se como meio de comparação o alfa da escala original, sendo idêntico no presente estudo (.70), evidenciado uma adequada consistência interna para este estudo.

5.7.6. BSI- Brief Sympton Inventory (inventário breve de sintomas)

O inventário de sintomas psicopatológicos, versão portuguesa do Brief Symptom Inventory, traduzida e adaptada por Canavarro (1995), avalia nove dimensões de psicopatologia e três índices globais (avaliação sumárias de perturbação emocional). O Índice de Sintomas Positivos (ISP) oferece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados. O Total de Sintomas Positivos (TSP) é o resultado da soma de todos os itens assinalados com resposta positiva, ou seja, maior que zero. O Índice Geral de Sintoma (IGS), representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados. O BSI é constituído por 53 itens, com uma escala que varia de “nunca” a “muitíssimas vezes”, onde o indivíduo descreve o grau em que cada problema o afetou durante a última semana (Canavarro, 2007).

As dimensões que são avaliadas referem-se à somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo.

A sub-escala da Somatização é constituída por sete itens (2, 7, 23, 30, 33 e 37), obsessões-compulsões é constituída por 6 itens (5, 15, 26, 27, 32 e 36), sensibilidade interpessoal é constituída por 4 itens (20, 21, 22 e 42), depressão é constituída por 6 itens (9, 16, 17, 18, 35 e 50), ansiedade é constituída por 6 itens (1, 12, 19, 38, 45 e 49), hostilidade é constituída por 5 itens (6, 13, 40, 41 e 46), ansiedade fóbica é constituída por cinco itens (8, 28, 31, 43 e 47), ideação paranóide é constituída por 5 itens (4, 10, 24, 48 e 51), por último a sub-escala do psicoticismo é constituída por 5 itens (3, 14, 34, 44 e 53).

Os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem a nenhuma sub-escala, mas são considerados nos três índices. As características psicométricas da BSI revelam valores de alfa de Cronbach aceites, situando-se no intervalo .70 e .80, exceto as escalas de ansiedade fóbica e psicoticismo, que apresentam valores ligeiramente inferiores (Canavarro, 2007).

Características psicométricas no presente estudo

Uma vez que este instrumento se encontra validado para a população portuguesa, apenas se avaliou a fidelidade no presente estudo (Anexo III), sendo que a escala total neste estudo apresentou um alfa de .96, apresentando assim uma boa consistência interna com um valor de alfa muito superior à escala original.

5.8 Análise de dados

Após a colheita dos dados estes foram introduzidos numa base de dados informatizada e processados através do programa estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Sciences – versão 20.0*).

Tendo em vista a caracterização da amostra ao nível das variáveis sociodemográficas utilizaram-se medidas da estatística descritiva (frequência, média, desvio padrão). Posteriormente, elaboraram-se também estatísticas descritivas para os valores totais das sub-escalas dos questionários DAST e BSI. Após esse processo, procedeu-se a análise dos alfas de Cronbach dos instrumentos para verificar a consistência interna dos mesmos. Antes de aplicação dos testes de hipóteses adequados ao estudo das hipóteses formuladas, foi efetuado o teste de normalidade Kolmogorov-Sminorv no sentido de aferir o ajustamento à distribuição normal. Uma vez que não foram verificados os pressupostos da normalidade foram aplicados os testes não paramétricos *Mann-Whitney* (para 2 amostras independentes) e *Kruskal Wallis* (para mais do que 2 amostras independentes) e em termos correlacionais foi calculado o *coeficiente de Spearman*.

Nos resultados dos testes de hipóteses, o limite inferior de significância assumido foi de $p < 0.05$ (grau de confiança de 95%) rejeitando-se a hipótese nula sempre que a probabilidade do erro tipo I fosse inferior a este valor.

6 – Apresentação de resultados

Caracterização sociodemográfica da amostra

Para a testagem das hipóteses propostas e tendo em consideração os objetivos do presente estudo, a amostra foi constituída por 120 sujeitos dos quais 92 são do sexo masculino e 28 participantes do sexo feminino. As idades dos participantes variam entre 18 e 56, com um média de 34 anos e um desvio de padrão de 7.56. Quanto à nacionalidade, 118 deles são de nacionalidade Portuguesa e apenas 2 de outra nacionalidade. Nesta amostra total, 71.7% dos participantes são solteiros, 15.8% são divorciados, 2.5% são casados e 6.7% vivem em união de facto.

Relativamente à situação profissional, 75.8% encontram-se desempregados, 16.7% encontra-se no ativo, 5% encontram-se a estudar e 2.5% são reformados. Quando

questionados com quem vivem, 67.5% vive com os pais ou familiares, 11.7% vive com o marido ou namorado, 5.8% vive com amigos, 9.2% vive sozinho e 5.8% vive noutra sítio (rua e cruz vermelha). Quanto ao nível da escolaridade, 3.3% dos participantes não tem habilitações, 5% tem o 1º ciclo, 32.5% tem o 2º ciclo, 35.8% tem o 3º ciclo concluído, 20.8% tem o ensino secundário e 2.5% o ensino superior. Ao nível dos consumos 100% dos participantes consome ou consumiu tabaco, 85% bebidas alcoólicas, 92.5% consome ou consumiu cocaína, 87.5% consome ou consumiu heroína, 88.3% haxixe, 52.5% já consumiram LSD, 54.2% já consumiram anfetaminas, 55% já consumiram tranquilizantes e 54.2% já consumiu ou consome ecstasy. Quanto ao início dos consumos a média é de 15 anos com desvio padrão de 3.16 sendo o mínimo de idade 9 anos e 27 o máximo de idade para iniciar os consumos. Relativamente aos anos de consumos a média é de 19 anos com desvio padrão de 6.86 sendo o mínimo de 3 anos e 44 o máximo de anos de consumo. (quadro de caracterização sociodemográfica anexo VI).

Caracterização clínica e de comportamentos de risco para o VIH

Relativamente ao vírus da sida 95.8% dos participantes já fizeram o teste para o VIH, sendo que 31.7% deu positivo ao vírus do VIH. Quanto ao modo como pensam ter contraído o vírus da sida 19.2% foi por partilha de material e 11.7% por ato sexual. 50.8% dos participantes tem uma doença crónica, 35.8% tem hepatite C e 11.7% dos participantes tem hepatite B. No total da amostra 90% consomem atualmente e apenas 10% não consome atualmente. 33.3% deles revela que nunca injetou e 20.8% atualmente injeta. Relativamente à utilização de preservativo nas relações sexuais 22.5% utiliza sempre preservativo, 62.5% utiliza às vezes e 15% nunca utiliza preservativo. Dos participantes 50% já tiveram uma overdose, 32.5 já estiveram presos e 8.3% partilharam matérias para consumo enquanto estiveram presos. Relativamente á partilha de material 51.7% já partilharam materiais para consumo de drogas, 37.7% partilharam seringas e 37.5% já partilharam outros materiais (caricas, algodão, colher, carica) (quadro da caracterização clínica e comportamentos de risco ver anexo VII).

6.1 Análise das Hipóteses

Hipótese 1 - Prevê-se que os indivíduos que tenham comportamentos de partilha, tenham menores níveis de conhecimentos e percepções de risco face ao VIH do que os que não têm comportamentos de partilha.

Para analisar a hipótese formulada, uma vez que os pressupostos de normalidade não foram verificados, foi aplicado o teste Mann-Whitney para comparação do nível dos diferentes tipos de conhecimentos e percepções em dois grupos independentes, os indivíduos que têm comportamentos de partilha e os indivíduos que não têm comportamentos de partilha.

Tabela 1-Teste Mann-Whitney-U para comparação do nível de conhecimentos e percepções em dois grupos (com ou sem comportamentos de partilha) (n=120)

		Comportamentos de Partilha					
		Partilha materiais?		Partilha Seringas?		Partilha outros materiais?	
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Conhecimentos e Percepções	Conhecimentos	68.14*	52.34*	73.29*	54.57*	66.36*	56.99*
	Sobre	U=1324.5		U=1072		U=1424	
	Transmissão	p=0.004		p=0.002		p=0.103	
	Conhecimentos	61.78*	59.13*	69.74*	56.22*	65.13*	57.72*
	Sobre Prevenção	U=1718.5		U=1207		U=1479	
		p=0.652		p=0.033		p=0.222	
	Percepções	63.06*	57.77*	72.55*	54.91*	67.10*	56.54*
		U=1639.5		U=1100		U=1390.5	
		p=0.371		p=0.005		p=0.084	
	Conhecimentos e	65.47*	55.19*	75.53*	53.54*	67.51*	56.29*
	Percepção	U=1490		U=987		U=1372	
		p=0.102		p=0.001		p=0.084	

*Média das Ordens

Pela observação do quadro 1 pode verificar-se que existe uma diferença estatisticamente significativa em termos de conhecimentos sobre transmissão entre os dois grupos no que concerne á partilha generalizada de materiais ($p=0.004$) e á partilha de seringas ($p=0.002$) e que os indivíduos que têm comportamentos de partilha são os que têm mais conhecimentos de transmissão. Ao nível dos conhecimentos de prevenção não são evidenciadas diferenças estatisticamente significativas e em relação às perceções existem diferenças entre o grupo que partilhou seringas e o que não o fez ($p=0.005$), tendo maior perceção os indivíduos com comportamento de partilha.

Analisando conjuntamente conhecimentos e perceções, verifica-se que o nível é maior nos indivíduos que partilham seringas ($p=0.001$).

Hipótese 2 – Prevê-se que quanto maior for o envolvimento com drogas, maior serão os sintomas psicopatológicos e mais frequentes serão os comportamentos de partilha.

Para verificar a existência de uma relação entre o nível de envolvimento com drogas e a manifestação de sintomas psicopatológicos determinou-se o coeficiente de correlação ($r=0.341$). Sendo esse valor estatisticamente significativo ($p=0.000$) constata-se que existe uma relação positiva entre as duas variáveis e que um maior envolvimento com drogas está associado a uma maior manifestação de sintomas psicopatológicos.

Tabela 2- Teste Mann-Whitney-U para comparação do nível de envolvimento com drogas, sintomas psicopatológicos e comportamentos de partilha (n=120)

	Comportamentos de Partilha					
	Partilha materiais?		Partilha Seringas?		Partilha outros materiais?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
DAST	70.65*	48.80*	73.12*	53.85*	76.44*	50.35*
	U=1119.5		U=1040.5		U=926.5	
	p=0.000		p=0.004		p=0.000	

*Média das ordens

Por observação do quadro 2 e através dos resultados obtidos pode concluir-se que existem diferenças estatisticamente significativas em termos do nível de envolvimento com drogas entre os indivíduos que partilham e os que não partilham materiais

generalizados ($p=0.000$), os que partilham e os que não partilham seringas ($p=0.004$), e os que partilham e não partilham outros materiais ($p=0.000$). Pela análise da média das ordens, verifica-se que os indivíduos que têm comportamentos de partilha são aqueles que têm um maior envolvimento com drogas.

Hipótese 3 - Espera-se que diferentes sintomas psicopatológicos contribuam de forma diferente para o grau de envolvimento com drogas.

Tendo em vista a analisar a relação entre o grau de envolvimento com drogas e os diferentes sintomas psicopatológicos utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*. No quadro 3 encontram-se registados os resultados das correlações obtidas entre os diferentes sintomas psicopatológicos e o grau de envolvimento com drogas

Tabela 3- Correlação entre os diferentes sintomas psicopatológicos e o grau de envolvimento com drogas (Coeficiente de correlação de Spearman) (n=120).

	Dast	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Somatização	.372	.000
Obsessão compulsão	.267	.003
Sensibilidade interpessoal	.272	.003
Depressão	.332	.000
Hostilidade	.101	.273
Ideação paranoide	.213	.020
Psicoticismo	.336	.000

Pela análise do quadro 3 verifica-se que todos os diferentes sintomas psicopatológicos, exceto a hostilidade, estão relacionados positivamente e de forma significativa ($p<0.05$) com o nível de envolvimento com drogas. Ou seja, quem está mais envolvido com drogas apresenta mais sintomas de somatização ($r=0.372$), mais obsessões e compulsões ($r=0.267$), maior sensibilidade interpessoal ($r=0.272$), mais sintomas depressivos ($r=0.332$), mais ideação paranoide ($r=0.213$) e mais psicoticismo ($r=0.336$). Assim, podemos constatar que indivíduos com um maior grau de envolvimento com drogas apresentam mais sintomas psicopatológicos.

Hipótese 4 – Espera-se que existam diferenças significativas no grau de dependência de substâncias, nos comportamentos de partilha, conhecimentos e percepções de risco face ao VIH, nos sintomas psicopatológicos, em função da idade.

Em termos correlacionais, através da determinação do cálculo do coeficiente de correlação entre as variáveis idade, envolvimento com drogas (DAST) e sintomas psicopatológicos (BSI), verifica-se que não existem relações significativas ($p > 0.05$).

Tabela 4- Correlação entre as variáveis envolvimento com drogas e sintomas psicopatológicos e a idade (n=120).

	Idade
DAST	$r = .023$ $p = .805$
BSI	$r = -.008$ $p = .932$

Para testar se existem diferenças significativas de idade ao nível dos comportamentos de partilha, aplicou-se o teste Mann-Whitney, e de acordo com os resultados ($p > 0.05$) pode inferir-se que não existem diferenças assinaláveis.

Tabela 5- Teste Mann-Whitney-U para comparação da idade em dois grupos (com ou sem comportamentos de partilha) (n=120).

	Comportamentos de Partilha					
	Partilha materiais?		Partilha Seringas?		Partilha outros materiais?	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Idade	58.83*	62.28*	63.83*	58.96*	61.31*	60.01*
	U=1694.5		U=1431.5		U=1651	
	p=0.586		p=0.475		p=0.843	

*Média das ordens

Em termos de conhecimentos e a nível correlacional, através da determinação do coeficiente de correlação de Spearman a única relação estatisticamente significativa obtida foi entre a idade e os conhecimentos de transmissão ($r = -.190$, $p = 0.038$). Esta

relação negativa indicia que indivíduos mais jovens são os que têm mais conhecimentos sobre a transmissão.

Tabela 6- Correlação entre o nível de conhecimento e percepção e a idade (Coeficiente de correlação de Spearman) (n=120).

		Conhecimentos e Percepção	Conhecimentos de Transmissão	Conhecimentos de Prevenção	Percepções
Idade	<i>r</i>	-.099	-.190	.085	-.045
	<i>p</i>	.281	.038	.354	.622

Dividindo os indivíduos em dois grupos etários, idade até aos 25 anos e idade superior a 25 anos, ao aplicar o teste Mann-Whitney para comparação nos dois grupos, obteve-se uma diferença estatisticamente significativa do nível de conhecimentos de transmissão nos dois grupos ($p=0.041$), sendo maior o nível de conhecimentos no grupo com idade até aos 25 anos e também uma diferença estatisticamente significativa no nível de envolvimento com droga nos dois grupos etários ($p=0.045$) sendo maior o envolvimento nos indivíduos com idade superior a 25 anos.

Tabela 7- Teste Mann-Whitney-U para comparação da idade com o envolvimento com drogas e o nível de conhecimentos de transmissão (n=120).

	Até 25 anos	Mais de 25 anos	U	<i>p</i>
DAST	44.59	62.57	605.00	0.045
Conhecimentos de Transmissão	74.47	58.19	638	0.041

Hipótese 5- Espera-se que existam diferenças significativas no grau de dependência de substâncias, nos comportamentos de partilha, conhecimentos e percepções de risco face ao VIH, sintomas psicopatológicos em função do sexo.

Tabela 8- Resultados significativos da aplicação do Teste Mann Whitney-U para comparação de diferentes variáveis com o sexo (n=120).

	Masculino	Feminino	U	<i>p</i>
Conhecimentos Prevenção	58.05	75.13	878.5	0.006
Conhecimentos e Percepções	59.43	64.00	1.190.00	0.002
BSI	54.61	79.84	746.50	0.001

Após a realização do teste de Mann-Whitney os resultados estatisticamente significativos são os que constam no quadro 8. Verifica-se que os indivíduos do sexo feminino são os que têm mais conhecimentos em termos de prevenção e ao nível geral de conhecimentos e perceções. São também os indivíduos do sexo feminino quem apresenta mais sintomas psicopatológicos. Não se verificaram diferenças significativas ao nível do envolvimento com drogas ($p=0.771$).

6.2 Análises Exploratórias

Para além das hipóteses formuladas foram também estudadas outras possíveis associações entre as diferentes variáveis sociodemográficas e o nível de sintomas (BSI) e envolvimento com drogas (DAST).

Em relação á nacionalidade (portuguesa ou outra) para comparação nos dois grupos aplicou-se o teste Mann-Whitney e como todos os valores de p foram superiores a 0.05 conclui-se que não existem diferenças significativas em termos de sintomatologia, e envolvimento com drogas em função da nacionalidade.

Relativamente ao estado civil, variável composta por quatro grupos (solteiro, casado, divorciado e união de facto) aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis, obtendo-se um resultado estatisticamente significativo ($p=0.021$) para o envolvimento com drogas. Existem diferenças em termos de envolvimento com drogas nos indivíduos com estado civil diferente, destacando-se os casados como os menos envolvidos.

Tabela 9- Resultados significativos da aplicação do Teste Kruskal Wallis para comparação do envolvimento com drogas com o estado civil (n=120).

	DAST	Teste	p
Solteiro	54.85*		
Casado	26.17*	9.703	0.021
Divorciado	76.79*		
União de Facto	58.81*		

*Média das ordens

Ao nível das habilitações literárias, após a aplicação do teste Kruskal Wallis, como todos os valores de p foram superiores a 0.05 conclui-se que não existem

diferenças significativas em termos de sintomatologia e envolvimento com drogas e em função da do nível de habilitações literárias.

Relativamente à situação laboral, variável composta por quatro grupos (desempregado, no ativo, estudante e reformado) aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis, obtendo-se um resultado estatisticamente significativo ($p=0.014$) para o envolvimento com drogas. Os indivíduos desempregados e reformados são os que apresentam um maior envolvimento com drogas.

Tabela 10- Resultados significativos da aplicação do Teste Kruskal Wallis para comparação do envolvimento com drogas com o estado civil (n=120).

	DAST	Teste	<i>p</i>
Desempregado	63.94*		
No ativo	40.92*	10.553	0.014
Estudante	45.50*		
Reformado	90.33*		

*Média das ordens

7. Discussão de resultados

Após a apresentação de resultados, passaremos à sua discussão e apreciação crítica, tendo em como referencia a análise teórica do tema desenvolvido no início deste trabalho. Por questões de organização, passaremos a discutir os resultados de acordo com a estrutura usada no capítulo anterior começando pela discussão das hipóteses, seguida das análises exploratórias e por fim as conclusões e limitações do estudo.

Hipótese 1- Prevê-se que os indivíduos que tenham comportamentos de partilha, tenham menores níveis de conhecimentos e perceções de risco face ao VIH do que os que não têm comportamentos de partilha.

Na primeira hipótese previa-se que indivíduos que tenham mais comportamentos de partilha são os que têm menores níveis de conhecimentos e perceções de risco face ao VIH. Esta hipótese não foi confirmada, sendo que os dados do presente estudo indicam uma relação estatisticamente significativa em termos de conhecimentos e comportamentos de partilha. Os resultados da hipótese concluem que os indivíduos que

têm comportamentos de partilhas são os que tem mais conhecimentos e percepções face ao VIH. Estes resultados devem ter em conta as variáveis que possam ter influenciado os resultados que se encontram descritas nas limitações do estudo no final deste trabalho. Assim, os resultados obtidos podem não ser significativos, apesar de os resultados indicarem níveis superiores de conhecimentos e percepções em indivíduos que tem comportamentos de partilha, por diversos fatores como a desabilidade social, a vontade de eliminar preconceitos e ideias pré concebidas sobre as toxicodependências, bem como também deve ser tido em conta o reduzido número da amostra. Assim, num número superior de sujeitos, estes fatores talvez não tivessem tanto impacto nos resultados finais.

A literatura parece ser consensual referindo que ter conhecimentos sobre a transmissão e infeção pelo VIH é uma boa estratégia para reduzir comportamentos de risco (Lawrence, Wilson, Eldridge, Brasfield & O'Bannon 2001). Deste modo, ter conhecimentos limitados sobre o VIH, constitui um fator de risco pessoal para a aquisição do VIH e comportamentos de risco (Wingood & DiClemente, 2002). Os modelos centrados no comportamento de saúde, a percepção de risco é um pré-requisito para a mudança de comportamentos, ou seja se individuo não tem percepção do riscotem mais comportamentos de risco. Existe uma relação entre os conhecimentos e a percepção de risco face aos comportamentos praticados (Negreiros, 2006). Ou seja, quanto mais conhecimento uma pessoa tiver, terá mais percepção do risco e por isso mesmo menores serão os comportamentos de partilha.

Assim, a hipótese não foi confirmada, mas na literatura indivíduos que tenham menos conhecimentos e percepções face ao VIH tem mais comportamentos de risco, logo o risco de contágio por pessoas que tenham menos conhecimentos acerca do VIH é superior.

Hipótese 2 – Prevê-se que quanto maior for o envolvimento com drogas, maior serão os sintomas psicopatológicos e mais frequentes serão os comportamentos de partilha.

Nesta segunda hipótese, era esperado que indivíduos com sintomas psicopatológicos tivessem um maior envolvimento com drogas e mais comportamentos de partilha. Esta hipótese foi confirmada sendo que indivíduos que têm maior

envolvimento com drogas, têm mais sintomas psicopatológicos e mais comportamentos de partilha.

As perturbações psicológicas influenciam o uso/ abuso de substâncias ao longo da vida, existindo considerável literatura sobre a morbilidade psiquiátrica associada. Um estudo epidemiológico sobre problemas de saúde mental revelou que 37% dos adultos que possuíam perturbação relacionada com droga tinha outro distúrbio psiquiátrico coexistente (Regier, 1990 cit in Bukstein, 1995). Assim, indivíduos com risco de desenvolver uma perturbação ou com perturbação estão mais predispostos a abusar de substâncias. Desta forma, a direção da influência entre perturbação psicológica e o abuso de substâncias é normalmente bidireccional (Bukstein, 2005). Logo, indivíduos que tenham perturbação psicológica abusam mais de substâncias e a associação entre consumo de substâncias e comportamentos de risco é clara (Manita e Oliveira, 2002). O consumo de drogas é altamente correlacionado com vários comportamentos de risco (UNODC,2005).

A literatura parece ser consensual (Treisman & Angelino,2004), referindo que a população portadora de perturbação psicológica é mais vulnerável á infeção por VIH, pois a desorganização comportamental e a diminuição da capacidade de autocontrolo implícitas a essas perturbações, são fatores suficientes para promover um aumento dos risco de morbilidade e comportamentos de risco para a infeção do VIH (Stoff, 2004; Louro, 1997; Rabkin, McElhiney & Ferrando, 2004). Indivíduos com perturbação psicológica estão mais predispostos à prática de comportamentos de partilha. Indivíduos com perturbações mentais têm, comparativamente à população geral, probabilidades acrescidas de ter comportamentos de risco (Ferros et al, 2008). Isto porque determinadas perturbações psicológicas diminuem a capacidade de raciocínio de autocontrolo, frustração, assertividade e a resolução de problemas de forma adaptativa.

Desta forma e embora não seja possível generalizar devido ao número reduzido da amostra pessoas com perturbação psicológica tem um maior envolvimento com drogas e mais comportamentos de partilha próprios do consumo e abuso de substâncias.

Hipótese 3- Espera-se que diferentes sintomas psicopatológicos contribuam de forma diferente para o grau de envolvimento com drogas.

Na terceira hipótese previa-se que diferentes sintomas psicopatológicos contribuíssem de forma diferente para o grau de envolvimento com drogas Assim,

através dos resultados obtidos verificou-se que os sintomas psicopatológicos estão relacionados positivamente e de forma significativa com o grau de envolvimento com drogas. Sendo que quem está mais envolvido com drogas tem mais sintomas psicopatológicos.

A literatura diz-nos que, existe um conjunto de problemas psiquiátricos que ocorrem mais comumente em quem abusa de substâncias, nomeadamente o comportamento desviante, perturbações de comportamento, perturbações de Personalidade Anti-Social, perturbações de humor e de ansiedade (Bukstein, 1995). Um exemplo que prova isso mesmo é a perturbação depressiva ocorre em aproximadamente 20% dos adultos e 25% de abuso de substâncias em pessoas deprimidas (Bukstein, 1995). De acordo com os estudos revistos, a depressão é um dos quadros mais presentes nos indivíduos com um elevado grau de envolvimento com drogas. Como esperado, constata-se que o consumo de drogas está aumentado na perturbação bipolar mista e na perturbação bipolar (Farges,2002). Alguns estudos têm sugerido que utentes com um elevado grau de envolvimento com, quando comparados com doentes esquizofrénicos (diagnóstico único), apresentariam o mesmo tipo de sintomas positivos, mas relatariam menor severidade dos sintomas negativos (Farges, 2002).

De entre todas as perturbações de personalidade, as mais diagnosticadas na população adicta, são a perturbação anti- -social e a perturbação estado-limite (borderline) (Ottomanelli e Adinoff, 2002). Isto não surpreende, já que o abuso de substâncias está listado como um dos critérios diagnósticos da perturbação borderline e muitos dos critérios usados para a perturbação anti-social podem ser diretamente relacionados com as consequências da toxicodependência (falsidade, irresponsabilidade, desrespeito pela segurança dos outros).

Assim, esta hipótese foi confirmada, indivíduos com mais envolvimento com drogas têm mais sintomas psicopatológicos.

Hipótese 4 – Espera-se que existam diferenças significativas no grau de dependência de substâncias, nos comportamentos de partilha, conhecimentos e perceções de risco face ao VIH, nos sintomas psicopatológicos, em função da idade.

Relativamente á hipóteses quatro, ao contrário do que era esperado não se verificaram diferenças entre o grau de dependência de substâncias e sintomas psicopatológicos em função da idade. Em termos de conhecimentos a única relação

estatisticamente significativa obtida foi entre a idade e os conhecimentos de transmissão. Esta relação negativa indicia que indivíduos mais jovens são os que têm mais conhecimentos sobre a transmissão. A fim de encontramos alguma relação significativa entre idade e as diferentes variáveis, dividiu-se os indivíduos em dois grupos etários, idade até aos 25 anos e idade superior a 25 anos, sendo que indivíduos mais jovens são os que tem mais conhecimentos sobre a transmissão do VIH e também os que têm um maior envolvimento com drogas são os indivíduos com idade superior a 25 anos.

Na revisão da literatura é sabido que os consumidores estão a envelhecer, que indivíduos mais velhos, têm um maior grau de envolvimento com drogas. Sendo que, indivíduos mais novos têm mais perceções de risco, o que indica um maior conhecimento face ao VIH por parte da população mais jovem (IDT, 2010). Relativamente aos sintomas psicopatológicos não são mencionados estudos nesse domínio sendo que a hipótese também não revelou qualquer relação entre a idade e os sintomas psicopatológicos.

Hipótese 5 – Espera-se que existam diferenças significativas no grau de dependência de substâncias, nos comportamentos de partilha, conhecimentos e perceções de risco face ao VIH , sintomas psicopatológicos em função do sexo.

Na quinta hipótese o que esperado era que existissem diferenças entre as várias variáveis em função do sexo, esta hipótese foi comprovada pois existem diferenças. O sexo feminino apresenta mais conhecimentos e perceções de risco do que o sexo masculino, por sua vez também as mulheres apresentam mais sintomas psicopatológicos. A nível do envolvimento com drogas não existem diferenças entre os dois sexos.

Na análise da literatura é sabido que a população do sexo masculino consome mais substancias e com maior gravidade que a população feminina (IDT,2010). Na revisão da literatura não são mencionados mais estudos neste domínio.

Análises exploratórias

Pretendíamos investigar outras possíveis associações entre as diferentes variáveis sociodemográficas e o nível de sintomas psicopatológicos (BSI) e envolvimento com drogas (DAST).

Em relação á nacionalidade, não existem diferenças significativas em termos de sintomatologia, e envolvimento com drogas em função da nacionalidade. Relativamente ao estado civil, existem diferenças em termos de envolvimento com drogas nos indivíduos com estado civil diferente, destacando-se os casados como os menos envolvidos com drogas. Conclui-se que não existem diferenças significativas em termos de sintomatologia e envolvimento com drogas e em função do nível de habilitações literárias. Os indivíduos desempregados e reformados são os que apresentam um maior envolvimento com drogas. Assim, através dos resultados obtidos apenas foram encontradas correlações significativas entre o envolvimento com drogas o estado civil e a ocupação atual. Desta forma, podemos constatar que indivíduos casados, desempregados e reformados têm um menor grau de envolvimento com drogas.

Conclusões e implicações para o futuro

Uma conclusão implica sempre um momento de reflexão. Desta forma, este trabalho tinha como finalidade investigar a relação entre alguns fatores psicológicos relativamente aos conhecimentos, comportamentos e perceções de risco face ao VIH. O presente estudo confirmou algumas das hipóteses levantadas inicialmente. Para tal contribuíram tanto os fundamentos teóricos recolhidos como os dados empíricos confirmativos decorrentes da recolha.

Os resultados obtidos relativamente aos comportamentos de partilha associados aos conhecimentos e perceções face ao VIH, verificou-se que os indivíduos que têm mais comportamentos de partilha são os que têm mais conhecimentos e perceções acerca do VIH, ao contrário do que era esperado inicialmente.

Por sua vez, os resultados obtidos relativamente a quem tem sintomas psicopatológicos tivessem um maior envolvimento com drogas e mais comportamentos de risco indica a existência de uma relação significativa ($p < 0.005$). Constatou-se que indivíduos com perturbação psicológica têm um maior envolvimento com drogas e mais comportamentos de partilha. Em conclusão, maior envolvimento com drogas maior

manifestação de sintomas psicopatológico e quem tem mais comportamentos de partilha são os que tem um maior envolvimento com drogas. Outra das grandes conclusões é indivíduos que têm mais conhecimentos e perceções de risco face ao VIH têm mais comportamentos de partilha sendo esta conclusão diferente do esperado inicialmente. pois o esperado seria que indivíduos com menos conhecimentos e perceções é que tivessem mais comportamentos de partilha. Como já foi referido esta conclusão, pode dever-se ao facto da amostra ser reduzida, de indivíduos com perturbação não estarem tao conscientes e já estarem muito envolvidos com drogas.

Os resultados do presente estudo deveriam reforçar a perspectiva de que pessoas com menos conhecimentos e perceções relativas ao VIH têm mais comportamentos de risco de transmissão e infeção pelo vírus da sida. Neste sentido, e, termos de intervenção psicológica, salienta-se a necessidade de continuar as campanhas de prevenção sobre o vírus da sida a ponto de reduzir cada vez mais os comportamentos de risco.

Relativamente a trabalhos futuros, sublinha-se a importância de se prosseguirem os estudos que relacionem a morbilidade psicológica ao conhecimentos sobre o VIH e comportamentos de risco, mas também que possam desenvolver-se estudos que apontem para novas formas de intervenção e prevenção relativamente ao VIH e aos consumos de substâncias. Estes aspetos têm implicações práticas e clinicas, sugerindo-se que as linhas de trabalho a se desenvolver em sujeitos com problemáticas toxicodependências, deverão ser linhas de promoção de conhecimentos acerca da problemática VIH.

Tendo em conta as limitações do estudo, consideramos que investigações futuras deveriam dar continuidade ao estudo destas dimensões, através de estudos longitudinais e com amostras mais alargadas tanto em número como em área da recolha. Os estudos longitudinais poderiam contribuir para uma maior compreensão sobre a prevenção do VIH se depois da prevenção de facto os indivíduos adquiriam mais conhecimentos e se reduziam os comportamentos de risco.

Esperamos com este trabalho, contribuir para o conhecimento das variáveis intervenientes no decurso do estudo e na dependência de substâncias, e sensibilizando os profissionais envolvidos nesta área para uma abordagem mais focalizada a este nível, quer ao nível da prevenção quer do tratamento. A perturbação quer de uso quer de dependência de substâncias pode causar problemas quer para o individuo quer para as pessoas que o rodeiam, e embora saibamos que esta perturbação é resultado de

interações de vários fatores, é necessário aprofundar quais os fatores envolvidos para que os sujeitos possam desenvolver personalidades equilibradas e dinâmicas.

Limitações

A leitura do trabalho deve ter em conta as suas limitações. Neste sentido destacam-se, em primeiro lugar o número reduzido da amostra, devido à dificuldade de participação dos consumidores, bem como o facto da amostra ter sido apenas recolhida numa área circunscrita, zona de Braga, obriga a uma leitura cuidadosa dos resultados. Outra das limitações que pode ser ressalvada está relacionada com o local de recolha de dados, visto ser uma equipa de rua e o IDT, e apesar de os sujeitos estarem inscritos no programa de metadona, não é possível ter controlo sobre os consumos, assim é necessário ter em conta que os sujeitos poderiam estar sob o efeito de substâncias alteradora, o que de certa forma influencia nas respostas. Outra das limitações pode estar relacionada com o facto de os resultados serem baseados exclusivamente em questionários de auto resposta ou autoadministrados, nos quais determinados fatores, como por exemplo a desejabilidade social, poderão enviesar estes resultados, bem como o facto de se tratar de um estudo transversal, o que leva a que não seja possível retirar conclusões sobre possíveis relações causa-efeito entre as variáveis.

Outra das limitações prende-se com o facto de a amostra total ter mais homens do que mulheres, no futuro seria interessante realizar um estudo onde houvesse equidade da amostra a nível do género. Uma outra limitação prende-se com o facto de a sida ainda ser um assunto delicado para muitos indivíduos dificulta na veracidade das respostas.

Referências Bibliográficas

- Abraão, I. (1999). Factores de risco e factores protectores para as toxicodependências. Uma breve revisão. *Revista toxicodependências*, 5 (2),3-11.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ª edição, texto Revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Armstrong, T. e Costello, J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse or dependence; *Psychiatric Comorbidity*, vol.70, (6), 1224-1239.
- Bennett, C. (1996). Decision making in conditions of risk and uncertainty:the response to HIV/AIDS. *Safety Science*, 22, 147-162.
- Beck, A., Whight, F., Newman, C., & Liese, B. (2000). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Bukstein, O. (1995). *Adolescent Substance Abuse: assessment, prevention and treatment*. Canada: John Wiley & Sons.
- Campos, L. , Guimaraes, M. , Carmo, R. , Melo, A. , Oliveira, H., Elkington, K., et al. (2008). Síntese de Revisão da Literatura: Prevalência de IST e comportamentos de risco em psidentes psiquiatricos. *Ministerio da saúde*. 31-32.
- Carvalho, F., Morais, N., Koller, S., & Piccinini, C. (2007). Factores de proteção relacionados á promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Caderno de saúde Pública* , 2023-2033.
- Cicchetti, D.;Cohen, F. J. (2006). *Developmental psychopathology*. New York: John Wiley & Sons.
- Cervila, G. R. C (1999) - *Fundamentos biológicos em psiquiatria*. Barcelona: Masson.
- Costa, E. C. (2007). Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção da SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para o VIH. Tese de doutoramento. Universidade do Minho.
- C.M.Fuller, D.Vlahov, C.A.Latkin, D.C.Ompad, D.D.Celentano, & S.A.Strathdee. (2003). Social Circunstances of initiation of injection drug use and early shooting gallery attendance:Implications for HIV intervention among adolescent and

- young adult injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* , 86-93.
- CVE-DT (2004). *Infecção VIH/SIDA – A situação em Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge.
- Del Porto (2002). Depressão: conceito e diagnóstico. Em J. J. Mari e cols. (2002). *Atualização em Psiquiatria 1*. (21-29). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Farges, F. (2002). “Toxicomania e perturbações mentais: a questão da comorbilidade”, in Angel, P., Richard, D., e Valeur, M. (Eds.). *Toxicomanias*. Eds. Climepsi.
- Ferros, L. C. (2011). *Toxicoddependência: Afectos e Psicopatologia*. Lisboa: Livpsic.
- Fernandez, V. , (1999). Alexitimia. *Revista Elementos*, (35), 25-27.: 97-115.
- Fernandes, L. e Carvalho, M. (2003). Consumos problemáticos de drogas em populações ocultas. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicoddependência.
- Fernandes, M., & Teixeira, Z. (2010). Percepção do risco de contaminação pelo VIH/SIDA em dependentes de substâncias . *Revista de Faculdade de Ciências Humanas e Sociais* , 354-364.
- Ferreira- Borges, C. e Filho, H. *Usos, Abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicoddependências*. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 2004.
- Ferros, L., Moura, A., Pinto, R., & Negreiros, J. (2008). Comorbilidades na Toxicoddependência. *Revista Faculdade de Medicina de Lisboa* , 69-82.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002). Informação geral para a prevenção das toxicoddependências. (3ª. ed.). Madrid: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicoddependência/Direcção Regional do Algarve.
- IDT, I. (2010). Relatório Anual 2010 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicoddependências. *Instituto da Droga e da Toxicoddependência*, I. P.: Lisboa.
- Koob, G.; Le Moal, M. (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annual review of psychology*, v.59, 29-53.
- Kosten, T. e Ziedonis, D. (1997). Substance abuse and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23,181-186.
- Lourenço, S., & Afonso, H. (2009). VIH no feminino: Vivência psicológica . *Revista Brasileira de Enfermagem* , 119-124.

- Louro, C., Z. (1997). Disfunções neuropsiquiátricas e psicológicas na infecção pelo HIV. *Revista de epidemiologia*, 11, 16-19.
- Lozano, L., & Gonzalez, J. (1998). Factores de protección en la prevención de las drogodependencias. *IDEA – Prevención*, 58-70.
- Macrae, E. (2001). *Antropologia: Aspetos Sociais, Culturais e Ritualísticos*. In S. D.Seibel & A. Toscano (Orgs.), *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu.
- Manita, C.&Oliveira, A. (2002).Estudos de caracterização da prostituição de rua no Porto e Matosinhos: Investigação integrada no projecto “De rua em rua”.*Cadernos Condições Feminina*.Porto:Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Marsden, V. (2009). Comportamentos de risco ao HIV em utilizadores de heroína em um distrito português:estudo qualitativo. *Revista de Psiquiatria* , 138-144.
- Menezes, P. Johnson, S, Thornicraft, G, *et al* (1996). Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London. *British Journal of Psychiatry*.168: 612–619.
- Minkoff, K. (2000). An integrated model of the management of co-occurring psychiatric and substance disorders in managedcare systems. *Disorders Manage Health Outcomes*, Nov., 8 (5), 252-255.
- Molina, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patologia dual*. Eds. Ars Medica.
- Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente. (“Alcoolismo e Toxicomanias Modernas”)*. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores.
- Mueser, K. Bellack, A. Blanchard, J. (1992). Co-morbidity of schizophrenia and substance abuse: implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60:845–856.
- Murad, José Elias (1998). *Drogas: o que é preciso saber*. Belo Horizonte. Editora LÊ.
- Negreiros, J., & Magalhães, A. (2005). Contributos para a compreensão dos comportamentos de risco e transmissão do VIH em consumidores problemáticos de drogas . *Toxicodependências* , 3-22.
- Negreiros, J. (2006). *Injecção de Drogas, comportamento sexual e risco de VIH* . Porto : Legis.

- Nunes, L. , & Jólluskin, G. (2010). *Drogas e Comportamentos de Adicção:Um manual para estudantes e profissionais de saúde* . Porto : Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Organização Mundial da Saúde. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a revisão São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.
- Ottomanelli, L. e Adinoff, B. (2001). Substance abuse and personality disorders, 6 cap, 103-130.
- Pechansky, F., Diemen, L. , Inciardi, J. , Surratt, H., & Boni, R. (2004). Factores de Risco para a Transmissão do HIV em usuários de drogas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 1651-1660.
- Poiares, C. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. *Revista toxicodependências*, 3-12.
- Porto, J. , & Porto, K. (2005). História da caracterização nosológica do transtorno bipolar . *Revista Psiquiatria Clínica* , 7-14.
- Rabkin, J., McElhiney, M., Fernando, S. (2004). Mood and substance use disorders in older adults with HIV/Aids: methodological issues and preliminar evidence. *Aids*, 43-48.
- Regier, D. Farmer, M. Rae, D. *et al* (1990). Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epi-demiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*. 264:2511–2518.
- Rosa, A., Gomes, J., & Carvalho, M. (2000). *Toxicodependência. Arte de cuidar*. Formasau. Coimbra.
- Rutter, M.,O'Connor.T. (1996). Risk Mechanisms in development: some conceptual and methodological considerations. *Developmental Psychology*. 32(4), 787-795.
- Santa Catarina (2002). Secretaria de Estado da Educação e do Desporto. *Viver livre das drogas: política preventiva*. Florianópolis.
- Scott, J (1993). Homelessness and mental illness. *British Journal of Psychiatry*.162:314–324.

- Stoff, D. (2004). Mental Health research in HIV/aids and aging: problems and prospects
aids, 18 (supply 1) 3-10.
- St. Lawrence, J.S., Wilson, T.E., Eldridge, G.D., Brasfield, T.L., O'Bannon III (2001).
Community-based interventions to reduce low income, African American
women's risk of sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial of
three theoretical models. *American Journal of Community Psychology*, 29(6),
937- 964.
- Seibel, S. & Toscano Jr, (2001). *A Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu.
- Silva, J. (2002). *Viver livre das drogas: política de educação preventiva*. Florianópolis.
- Spence, S., Matos, M. (2000). Intervenções preventivas com crianças e adolescentes. In:
desenvolvimento de competências da vida na prevenção do desajustamento
social. (17-33). Faculdade de Motricidade Humana. Instituto de Reinserção
Social. Lisboa.
- Swift, R.Muller, T. (2002). "Comorbidity of anxiety disorders in substance abuse",
In: Substance abuse in the mentally and physically disabled, 2ºcap, 11-32.
- Treisman, G., Angelino A. (2004). *The Psychiatry of Aids – a guide to diagnoses and
treatment*. Johns Hopkins University Press. USA.
- UNODC (2005). *2005 World Drug Report*. Viena, Áustria: UNODC.
- UNODC (2007). *2007 World Drug Report*. Viena, Áustria: UNODC.
- UNODC, U. (2010). *World Drug Report 2010*. Vienna: United Nations Publication
Sales.
- WHO (2003). *Research and Reponse Experiences on Psychoactive Substance use and
Sexual Risk Behavior*. Genebre,Suíça:WHO.
- Wingood GM, DiClemente RJ (2002). The Theory of Gender and Power: A Social
Structural Theory for Guiding Public Health Interventions. In DiClemente RJ,
Crosby RA, Kegler MC (Eds). *Emerging Theories in Health Promotion Practice
and Research: Strategies for Improving Public Health*. Chapter 12, 313-346.
Jossey Bass, San Francisco, CA.
- Williamson, C.&Folaron, G.(2003). Understanding the experiences of street level
prostitutes. *Qualitative Social Work*, 2,271-287.

World Health Organization. Amphetamine-type stimulants. Geneva: OMS; 1997.

ANEXOS

- ANEXO I –

Pedido de Autorização às Instituições



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Exmo. Sr. +a) Diretor da Equipa de Rua da Cruz Vermelha

Ana Sofia Raimundo Santos, aluna da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a realização de um estudo aos utentes na vossa instituição no âmbito da dissertação a realizar no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Mais informa que o estudo intitulado “Morbilidade psicológica, comportamentos, conhecimentos e perceções de risco para o VIH na toxicodependência” que tem como objetivo conhecer que variáveis de caracterização comportamentais e atitudinais poderão influenciar segundo a sua perceção, a sua relação com substâncias aditivas. Informa ainda que o estudo terá como orientador científico a Professora Doutora Eleonora Costa, professora da Universidade Católica Portuguesa.

A técnica utilizada para a recolha de dados será através de um questionário sendo este constituído por quatro partes distintas. Os questionários serão distribuídos e acompanhados pelo investigador de forma individual, a recolha de dados será um processo gradual de forma a não interferir no funcionamento normal da instituição. Em anexo segue um exemplar dos instrumentos para consulta prévia. Relativamente as questões éticas, todos os participantes serão devidamente informados do tipo do estudo e o seu objetivo, bem como a sua confidencialidade será preservada, não constando o nome em nenhuma parte dos questionários, sendo o preenchimento dos inquéritos totalmente anónimo, bem como que os dados serão apenas para procedimento estatístico e que ninguém será obrigado a participar. Solicita-se assim a realização do estudo a alguns utentes que recorrem à vossa instituição.

Agradeço desde já a atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos

Ana Sofia Raimundo Santos



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Exmo. Sr. Diretor do CRI de Braga

Ana Sofia Raimundo Santos, aluna da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a realização de um estudo aos utentes na vossa instituição no âmbito da dissertação a realizar no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Mais informa que o estudo intitulado “Morbilidade Psicológica, comportamentos, conhecimentos e perceções de risco para o VIH na toxicodependência” que tem como objetivo conhecer que variáveis de caracterização comportamentais e atitudinais poderão influenciar segundo a sua perceção, a sua relação com substâncias aditivas. Informa ainda que o estudo terá como orientador científico a Professora Doutora Eleonora Costa, professora da Universidade Católica Portuguesa.

A técnica utilizada para a recolha de dados será através de um questionário sendo este constituído por quatro partes distintas. Os questionários serão distribuídos e acompanhados pelo investigador de forma individual, a recolha de dados será um processo gradual de forma a não interferir no funcionamento normal da instituição. Em anexo segue um exemplar dos instrumentos para consulta prévia. Relativamente as questões éticas, todos os participantes serão devidamente informados do tipo do estudo e o seu objetivo, bem como a sua confidencialidade será preservada, não constando o nome em nenhuma parte dos questionários, sendo o preenchimento dos inquéritos totalmente anónimo, bem como que os dados serão apenas para procedimento estatístico e que ninguém será obrigado a participar. Solicita-se assim a realização do estudo a alguns utentes que recorrem à vossa instituição.

Agradeço desde já a atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos

Ana Sofia Raimundo Santos

Braga, __ de Janeiro 2013

- ANEXO II –

Consentimento Informado



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Consentimento Informado

Eu _____

(Nome do participante), de ____ anos de idade, declaro que participo de minha livre e espontânea vontade no estudo “MORBILIDADE PSICOLÓGICA, COMPORTAMENTOS, CONHECIMENTOS E PERCEÇÕES DE RISCO PARA O VIH NA TOXICODEPENDÊNCIA”, que se destina à tese de mestrado do autor, e para o qual foi pedida a minha colaboração.

Foi-me explicado que a mesma consiste na resposta a alguns questionários.

Não será efetuada qualquer manipulação biológica e/ou ensaio clínico com medicamentos.

Foi-me garantido o anonimato no processamento informático dos dados.

Fui informado(a) da finalidade do estudo e que não terá nenhuma implicação futura.

Dou o meu consentimento voluntário para participar no estudo.

Assinatura do(a) participante

Data

- ANEXO III –

Informação acerca do estudo



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

MORBILIDADE PSICOLÓGICA, COMPORTAMENTOS, CONHECIMENTOS E PERCEPÇÕES DE RISCO PARA O VIH NA TOXICODPENDÊNCIA

Ao participante:

No âmbito da Investigação para dissertação do curso de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia, decidi desenvolver um estudo de carácter exploratório sobre **MORBILIDADE PSICOLÓGICA, COMPORTAMENTOS CONHECIMENTOS E PERCEPÇÕES DE RISCO PARA O VIH NA TOXICODPENDÊNCIA**. A finalidade deste estudo é perceber de que forma a morbilidade psicológica influencia os comportamentos de risco na população toxicodpendente e perceber que influencia tem na gravidade da dependência química.

Para atingir tal finalidade, é imprescindível a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, sendo este constituído por três partes distintas. A primeira para caracterização do participante em estudo e um questionário de comportamentos, conhecimentos e percepções de risco para o VIH, em seguida duas escalas, todas adaptadas à população portuguesa.

Para a validade e utilidade das respostas, o preenchimento do questionário deverá ser o mais próximo possível do «que é/sente» e não do «que deveria ser/sentir». É importante que responda de forma atenta e sincera, pois não se trata de um teste e não conta para nota, não existindo por isso respostas corretas ou incorretas. Por favor responda a todas as perguntas, colocando uma cruz na opção escolhida.

Toda a informação recolhida através deste questionário é confidencial, não escreva o seu nome, ou algo que o identifique em parte nenhuma das folhas.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Ana Sofia Raimundo Santos

- ANEXO IV -

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Sexo:	Idade:	Nacionalidade:
Masculino <input type="checkbox"/>	_____Anos	Portuguesa <input type="checkbox"/>
Feminino <input type="checkbox"/>		Outra <input type="checkbox"/>

Estado civil:	Habilitações literárias:	Ocupação Atual:
Solteiro (a) <input type="checkbox"/>	Sem habilitações <input type="checkbox"/>	Desempregado <input type="checkbox"/>
Casado (a) <input type="checkbox"/>	1º Ciclo (1º a 4º classe) <input type="checkbox"/>	No ativo <input type="checkbox"/>
Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	2º Ciclo (5º e 6º) <input type="checkbox"/>	Estudante <input type="checkbox"/>
União de facto <input type="checkbox"/>	3º Ciclo (7º,8º e 9º) <input type="checkbox"/>	Reformado <input type="checkbox"/>
Viúvo (a) <input type="checkbox"/>	Secundário (10º,11º e 12º) <input type="checkbox"/>	Profissão_____
Outra <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>	

Com quem vive:	Consumos:	Início dos consumos:
Pais/familiares <input type="checkbox"/>	Tabaco <input type="checkbox"/>	_____anos
Marido/ namorado <input type="checkbox"/>	Bebidas alcoólicas <input type="checkbox"/>	
Amigos <input type="checkbox"/>	Cocaína <input type="checkbox"/>	
Sozinha <input type="checkbox"/>	Heroína <input type="checkbox"/>	
Outra_____	Haxixe <input type="checkbox"/>	Anos de consumo:
	LSD <input type="checkbox"/>	_____anos
	Anfetaminas (speeds) <input type="checkbox"/>	
	Tranquilizantes (drunfos) <input type="checkbox"/>	
	Ectasy <input type="checkbox"/>	

Obrigado pela sua Colaboração

- ANEXO V – Alfas de Cronbach

Índice de fidelidade Alfa de Cronbach para os instrumentos.

Alfa de Cronbach DAST

Alfa de Cronbach	Número de Itens
.696	20

Alfa de Cronbach BSI

Alfa de Cronbach	Número de Itens
.964	53

Alfa de Cronbach ECTP/VIH

Alfa de Cronbach	Número de Itens
.777	14

- ANEXO VI -

Variáveis	N	%
Idade	120	100
Sexo	◦	◦
✓ Feminino	28	76.67
✓ Masculino	92	23.33
Estado civil	◦	◦
✓ Solteiros	87	71.7%
✓ Divorciados	19	15.8
✓ Casados	3	2.5
✓ União de fato	8	6.7
Situação Profissional	◦	◦
✓ Desempregados	91	75.8
✓ No ativo	20	16.7
✓ Estudar	6	5
✓ Reformados	3	2.5
Com quem vive	◦	◦
✓ Pais/familiares	81	67.5
✓ Marido/namorado	14	11.7
✓ Amigos	7	5.8
✓ Sozinho	11	9.2
✓ Outro sítio	7	5.8
Habilitações literárias	◦	◦
✓ Sem habilitações	4	3.3
✓ 1º Ciclo	6	5
✓ 2º Ciclo	39	32.5
✓ 3º Ciclo	43	35.8
✓ Secundário	25	20.8
✓ Ensino superior	3	2.5
Consumos	◦	◦
✓ Tabaco	120	100
✓ Bebidas alcoólicas	102	85
✓ Heroína	105	87.5
✓ Cocaína	111	92.5
✓ Haxixe	106	88.3

- ANEXO VII -

Variáveis	N	%
Teste do VIH	115	95.8
Contraíu o VIH	◦	◦
✓ Partilha de material	23	19.2
✓ Ato sexual	14	11.7
Doenças	◦	◦
✓ Crónicas	61	50.8
✓ Hepatite C	43	35.8
✓ Hepatite B	14	11.7
Atualmente	◦	◦
✓ Consome drogas	108	90
✓ Não consome drogas	12	10
Utilização do preservativo	◦	◦
✓ Utiliza sempre	27	22.5
✓ Utiliza às vezes	75	62.5
✓ Nunca utiliza	18	15
Comportamentos de partilha	◦	◦
✓ Partilha de materiais	62	51.7
✓ Partilha de seringas	45	37.7
✓ Partilha de outros materiais	45	37.5
	◦	◦
✓ Ter uma overdose	60	50
✓ Esteve preso	39	32.5

- ANEXO VIII – Autorização da utilização da escala

