

**Faculdade de Medicina
Universidade de Coimbra**

Andreia Catarina Redondo Mendes de Góis

IMPACTO PSICOSSOCIAL DO TESTE VIH POSITIVO

**Coimbra
2009**

**Faculdade de Medicina
Universidade de Coimbra**

Andreia Catarina Redondo Mendes de Góis

IMPACTO PSICOSSOCIAL DO TESTE VIH POSITIVO

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra para prestação de provas de
Mestrado em Sida: da Prevenção à Terapêutica.
Realizada sob a orientação do Prof. Doutor Carlos
Robalo Cordeiro.

**Coimbra
2009**

*“A SIDA invadiu a nossa sociedade, sacudiu as
nossas certezas, abalou os nossos preconceitos e
coloca a questão da solidariedade mundial”*

Luc Montagnier

AGRADECIMENTOS

Ao meu Orientador, Professor Doutor Carlos Robalo Cordeiro pela sua sabedoria e disponibilidade, que nunca me abandonaram ao longo deste percurso nem sempre favorável.

Ao enfermeiro Fernando do Hospital de Dia de Imunodeficiência dos Hospitais da Universidade de Coimbra pela disponibilidade e apoio com que sempre me recebeu e pela imensa ajuda que me deu.

À minha família pelo apoio, alento e carinho incondicionais mesmo quando o desespero era grande. Obrigada por acreditarem em mim.

Às pessoas que aceitaram participar no estudo pela partilha de conhecimentos que me proporcionaram.

LISTA DE SIGLAS

ADN – Ácido desoxirribonucleico

ARN – Ácido ribonucleico

CDC - Centers for Disease Control

CID 10 - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (Classificação Estatística Internacional de Doenças 10ª edição)

DSM III - Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações mentais)

ELISA – Enzyme Linked Immunosorben Assay (Ensaio Imunosorvente Ligado à Enzima)

HTLV I – Human T cell leukemia/lymphoma virus

IACLIDE - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão

mmc – milímetros cúbicos

MMWR - Morbidity and Mortality Weekly Report

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Polymerase Chain Reaction (Reacção em Cadeia da Polimerase)

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (ONUSIDA)

VIH 1 – Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1

VIH 2 – Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 2

RESUMO

A infecção pelo VIH, desde os seus primórdios tem vindo a desafiar continuamente o conhecimento médico-científico, assim como os valores das sociedades contemporâneas. O desenvolvimento científico veio assinalar uma viragem no processo evolutivo natural da doença através da introdução da terapêutica anti-retroviral. Este marco veio permitir uma melhoria incontestável da qualidade de vida do doente seropositivo, aumentando a sua esperança de vida. A adaptação ao diagnóstico de seropositividade para o VIH é influenciada por factores de ordem psicológica, social e emocional, que foram analisados ao longo do trabalho de cariz exploratório e descritivo-correlacional.

O presente trabalho envolveu 50 pessoas seropositivas para o VIH, maioritariamente do sexo masculino (76%), com uma média de idades de 42,3 anos e teve como objectivo compreender as reacções emocionais dos doentes ao diagnóstico de seropositividade para o VIH, contemplando variáveis sócio-demográficas, clínicas e psicológicas.

As principais conclusões foram que os doentes seropositivos com menor auto-estima tendem a evidenciar níveis mais elevados de depressão, sendo que os doentes que têm uma relação afectiva estável e com vida sexual activa tendem a apresentar níveis mais baixos de depressão. As pessoas que sentem maior stress ao partilhar o diagnóstico com outros elementos da rede social, revelam menor auto-estima e maiores níveis de depressão em termos de constelação suicida e incapacidade para a vida em geral.

ABSTRACT

The infection for the HIV, from his origins has been coming to challenge continuously the scientific and medical knowledge as well as the values of the contemporary societies. The scientific development came to mark the turning in the evolutive natural process of the disease through the introduction of the anti-retroviral therapeutic. This landmark came to allow an indisputable improvement of the quality of life of seropositive persons, increasing their hope of life. The adaptation to the diagnosis of seropositivity for the HIV is influenced by factors of psychological, social and emotional order, which were analysed along this exploratory work.

The exploratory work involved 50 HIV-positive persons for HIV, mainly men (76%), with an average age of 42.3 years and aimed to understand the emotional reactions of patients to HIV-positive diagnosis, covering socio-demographic, clinical and psychological variables.

The main findings were that HIV-positive patients with lower self-esteem tend to show higher levels of depression, and patients who have an emotional tie with stable and active sex life tend to have lower levels of depression. People who feel more stress by sharing the diagnosis with other elements of social network, showed lower self-esteem and higher levels of depression in terms of constellation suicide and disability for life in general.

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 - Coeficiente <i>alpha</i> de Cronbach para as escalas utilizadas.....	72
Quadro 2 - Doentes segundo os dados sócio-demográficos.....	74
Quadro 3 - Doentes segundo os dados sócio-demográficos (continuação).....	75
Quadro 4 - Doentes segundo os dados sócio-demográficos (continuação).....	76
Quadro 5 - Doentes segundo os dados clínicos.....	79
Quadro 6 –Doentes segundo dados psicológicos.....	80
Quadro 7 - Doentes segundo dados psicológicos continuação).....	81
Quadro 8 - Medidas descritivas observadas para a escala de auto-estima global e para o inventário de avaliação clínica da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades).....	82
Quadro 9 - Medidas descritivas observadas para a escala de auto-estima global e para o inventário de avaliação clínica da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) (continuação).....	83
Quadro 10 - Correlação da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) com a auto-estima	84
Quadro 11 - Correlação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) com a idade	85
Quadro 12 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do género	86
Quadro 13 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do género (continuação).....	87
Quadro 14 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do estado civil.....	88
Quadro 15 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do estado civil (continuação).....	89
Quadro 16 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função da orientação sexual.....	90
Quadro 17 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função da orientação sexual (continuação).....	91

Quadro 18 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do nível de escolaridade.....	92
Quadro 19 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do nível de escolaridade (continuação).....	93
Quadro 20 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função da existência de relação afectiva estável.....	94
Quadro 21 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função da existência de relação afectiva estável (continuação).....	95
Quadro 22 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função da existência de vida sexual activa.....	96
Quadro 23 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função da existência de vida sexual activa (continuação).....	97
Quadro 24 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do conhecimento da doença pelo parceiro.....	98
Quadro 25 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do conhecimento da doença pelo parceiro (continuação).....	99
Quadro 26 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do parceiro ter a mesma doença.....	
Quadro 27 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do parceiro ter a mesma doença (continuação).....	100 101
Quadro 28 - Correlação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) com o tempo de relato de diagnóstico a alguém.....	102
Quadro 29 – Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do stress causado pela partilha do diagnóstico.....	103
Quadro 30 – Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do stress causado pela partilha do diagnóstico (continuação).....	104

Quadro 31 – Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do stress causado pela partilha do diagnóstico (continuação 1).....	105
Quadro 32 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do facto do sentimento de estigmatização.....	106
Quadro 33 - Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do facto do sentimento de estigmatização (continuação).....	107

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	13
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
CAPÍTULO 1 – O HOMEM, O VIH E A SIDA	16
1.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO VIH/SIDA.....	16
1.2- FORMAS DE TRANSMISSÃO DO VIH.....	16
1.3- EVOLUÇÃO NATURAL DA DOENÇA.....	20
1.4- PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA DO VIH.....	22
1.4.1 – A epidemiologia do VIH no Mundo	23
1.4.2 – A epidemiologia do VIH em Portugal	27
CAPÍTULO 2 – REPERCUSSÃO PSICOSSOCIAL DO DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA	29
2.1 – MODELO BIOPSISSOCIAL DA DOENÇA.....	29
2.2 - REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA INFECÇÃO PELO VIH/SIDA.....	30
2.2.1 – Estigma e seropositividade para o VIH	32
2.3 – PROCESSO DE ADAPTAÇÃO AO DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA.....	35
2.4 - RESPOSTAS EMOCIONAIS AO DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA.....	39
2.4.1 – Depressão em seropositivos para o VIH	42
2.5 – AUTO-ESTIMA E SEROPOSITIVIDADE PARA O VIH.....	46
CAPÍTULO 3 – REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA	50
3.1 – SUPORTE SOCIAL EM CONTEXTO DE SEROPOSITIVIDADE.....	52
3.2 – SELECTIVIDADE NA REDE SOCIAL.....	56
3.3 – A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE.....	59
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	63

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA	64
4.1 – OBJECTIVOS E PROCEDIMENTOS GERAIS DA INVESTIGAÇÃO...	64
4.2 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	67
4.2.1 – Escala de Auto-estima Global	67
4.2.2 - Inventário de avaliação clínica da depressão (IACLIDE)	69
4.2.3 – Consistência interna das escalas	71
4.3 – AMOSTRA.....	73
4.4 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	77
CAPÍTULO 5 – ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	78
5.1 – DADOS CLÍNICOS.....	78
5.2 – DADOS PSICOLÓGICOS.....	79
5.3 – TESTES DE HIPÓTESES.....	83
CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	108
CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
ANEXOS	
ANEXO I – Autorização à Comissão de Ética dos Hospitais da Universidade de Coimbra	
ANEXO II – Autorização do Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra	
ANEXO III – Documento de “Informação ao Doente e Consentimento Informado”	
ANEXO IV – Questionário	
ANEXO V – Pedido de autorização aos autores para aplicação das escalas	

INTRODUÇÃO

Numa conjuntura actual de globalização, partilhamos conhecimentos e experiências que apenas são possíveis perante este enquadramento actual. O desenvolvimento social, económico e científico a que assistimos actualmente permite-nos atingir etapas que não seriam passíveis de serem alcançadas numa outra dimensão temporal. No entanto, a intensa difusão e conseqüente mundialização do Vírus da Imunodeficiência Humana veio questionar irremediavelmente as crenças, atitudes e comportamentos das sociedades contemporâneas, conduzindo-nos ao actual *status quo*.

O desenvolvimento médico e farmacológico veio permitir que, através da introdução da terapêutica anti-retroviral, esta infecção se transformasse numa doença crónica. A doença crónica é conceptualizada como uma limitação e uma ameaça que coloca em causa os recursos e processos habituais individuais de resolução de problemas, podendo ser considerados como insuficientes. O processo de doença surge como uma condição stressora que requer estratégias de coping eficazes (Gameiro, 1999).

Um diagnóstico de doença crónica pressupõe mudanças e desafios que requerem uma adaptação ao papel de doente crónico, que traz mudanças não só para o portador da doença mas também para os restantes elementos que constituem a sua rede social. A pessoa seropositiva necessita de se adaptar à doença crónica e a todas as implicações psicológicas e sociais, no que concerne ao novo papel de doente, à dependência do tratamento, à necessidade de cuidados médicos de forma continuada e à incurabilidade da doença, podendo estar subjacente a ideia de morte. Por conseguinte, a fim de compreender o processo de adaptação ao diagnóstico de VIH/SIDA, é necessário compreender as variáveis clínicas, psicológicas e sociais envolvidas nesta situação. Esta patologia assumiu grande mediaticidade desde os seus primórdios, contribuindo para a construção da sua imagem social que por sua vez, influencia a forma como a pessoa e a sua rede social conceptualizam a doença.

As representações sociais da SIDA manifestam um reflexo do mundo exterior. A

representação cognitiva do fenómeno de doença em causa traduz a experiência pessoal acerca da doença, a comunicação com o meio envolvente e a informação geral fornecida pelo meio cultural envolvente (Holt *et al.*, 1998).

As respostas emocionais da pessoa seropositiva quando confrontada com um diagnóstico de doença crónica como a infecção pelo VIH traduzem a forma como a pessoa se adapta a esta situação stressora, que provoca um reajuste psicológico, emocional e social profundos. O interesse em voltar o olhar para esta problemática está em compreender a forma como a pessoa reage a esta situação de crise. A informação recolhida, poderá ajudar a abrir caminho para que a sociedade possa acompanhar e fornecer o apoio necessário à melhoria da qualidade de vida de quem convive com esta doença de perto. Neste contexto, perante dúvidas que vão surgindo, procurámos compreender quais as reacções emocionais ao diagnóstico de seropositividade para o VIH, em que sentido este acontecimento influencia a vivência da pessoa. Todos nós somos potenciais sujeitos intervenientes nesta problemática como doentes, como elementos da rede social ou como técnicos de saúde.

O presente trabalho de investigação é composto por duas partes, sendo a primeira constituída por uma revisão teórica e a segunda, por um estudo exploratório sobre a temática das reacções emocionais da pessoa ao diagnóstico de seropositividade para o VIH.

A primeira parte é constituída pela revisão teórica acerca da evolução histórica do VIH/SIDA; as formas de transmissão; a evolução natural da infecção; a perspectiva epidemiológica no Mundo e mais especificamente, em Portugal; a representação social da doença, especificando o conceito de estigma socialmente associado; o processo de adaptação ao diagnóstico; as respostas emocionais ao diagnóstico, abordando a depressão e as implicações sobre a auto-estima; e a revelação do diagnóstico à rede social (companheiro(a), família e amigos) e suas implicações nas relações afectivas.

A segunda parte constituída pelo estudo exploratório analisa a influência dos factores sócio-demográficos, clínicos e psicológicos da amostra estudada no processo de adaptação ao diagnóstico de seropositividade para o VIH. É composta por quatro capítulos sendo estes: a metodologia utilizada; a apresentação dos resultados, discussão dos resultados e as conclusões.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – O HOMEM, O VIH E A SIDA

O VIH/SIDA veio exacerbar o medo perante o poder da natureza, atenuado pelo desenvolvimento tecnocientífico amplamente instalado, abalando as certezas da manipulação operada pela tecnociência sobre os fenómenos naturais. O século XX assistiu à eclosão de uma das maiores epidemias da história da medicina, superando a catástrofe da epidemia da Peste Negra que grassou na Europa no século XIV.

1.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO VIH/SIDA

Em 5 de Junho de 1981, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) anunciou através do Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) os primeiros casos de Pneumonia por *Pneumocystis carinii* em doentes homossexuais de Los Angeles, o que viria a marcar o início de uma alteração dramática na história da saúde a nível mundial. Dois médicos americanos – Michael Gottlib, de Los Angeles e Alvin Friedman-Kien, de Nova Iorque diagnosticaram duas doenças conhecidas mas pouco frequentes, em indivíduos homossexuais jovens, com uma incidência elevada. Detectaram casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii*, um protozoário que parasita os pulmões e que atinge habitualmente indivíduos submetidos a terapêutica imunossupressora ou com imunossupressão grave secundária a outras condições subjacentes. Posteriormente, surgiu também em homossexuais masculinos uma neoplasia de natureza vascular associada à pele e órgãos com uma frequência invulgarmente elevada designada por Sarcoma de Kaposi. Esta doença surge essencialmente em indivíduos da Europa Central e da Bacia Mediterrânica, com mais de 60 anos, e em África em indivíduos jovens (Daudel e Montagnier, 1994).

Estes fenómenos foram amplamente estudados tendo sido detectados em todos os casos, leucopenia com disfunção da imunidade celular traduzida por uma diminuição da contagem periférica de células CD4+ e diminuição da relação CD4/CD8 (Duque, 2002).

De Junho de 1981 a Dezembro de 1982, foram descobertos casos clínicos com os mesmos

contornos em Los Angeles, São Francisco, Nova Iorque e alguns na Europa, antevendo-se a que viria a ser a epidemia do século XX. O CDC (Centers for Disease Control and Prevention) denomina esta nova doença de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida cuja sigla será reconhecida mundialmente como – SIDA. Segundo Daudel e Montagnier (1994), a definição desta doença proposta pelo CDC correspondia a um conjunto de surtos infecciosos diagnosticados em indivíduos com menos de 60 anos, portadores de uma depressão do sistema imunitário que não fosse decorrente de nenhum tratamento causador de imunodepressão e que sofressem de infecções de germens oportunistas, tal como pneumocistose, Sarcoma de Kaposi ou outras infecções oportunistas graves. Os doentes atingidos por esta patologia eram maioritariamente, no início da epidemia, indivíduos homossexuais masculinos que mantinham relações com vários parceiros, bissexuais e toxicodependentes com consumo por via endovenosa.

Nos finais de 1982, levantou-se a hipótese de o agente causador desta imunossupressão ser de origem vírica e se transmitir por via sexual ou endovenosa. Esta teoria foi reforçada pelo facto de terem surgido casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* em doentes portadores de hemofilia grave, do sexo masculino, heterossexuais e sem antecedentes de toxicoddependência, que haviam recebido concentrado de factor VIII durante vários anos por via endovenosa, igualmente portadores de imunossupressão. Ainda no mesmo ano, surgiu o primeiro caso atribuído a transfusão sanguínea, contribuindo para reforçar a teoria proposta (Duque, 2002).

Colocou-se a hipótese de a imunodeficiência associada à SIDA ser causada por um retrovírus. Os retrovírus são vírus de ARN que dispõem de invólucro membranoso sendo que, quando o virião se instala na célula, o seu ARN é transcrito para ADN através de uma enzima, a transcriptase inversa e incorporado no ADN da célula contaminada. O efeito dos retrovírus sobre o sistema imunitário dos animais já era conhecido. Já em 1980, a equipa de investigadores liderada por Robert Gallo, nos Estados Unidos da América tinha descoberto o primeiro retrovírus causador de leucemias frequentemente fatais, classificado como HTLV I (*human T cell leukemia/lymphoma virus*) (Montagnier, 1994).

Em 1983, a equipa de Luc Montagnier do Instituto Pasteur em França colocou em cultura, células de um gânglio de um doente que apresentava hipertrofia dos gânglios, iniciando

evoluir para SIDA, conseguindo isolar o primeiro retrovírus da SIDA. Este retrovírus foi designado mais tarde como VIH 1.

Em 1986, foi detectado um segundo vírus responsável pela SIDA em dois doentes provenientes da Guiné-Bissau pela equipa do Instituto Pasteur, em colaboração com médicos e investigadores de Lisboa e do Hospital Claude-Bernard. O segundo vírus detectado foi posteriormente designado pela sigla VIH 2. A diferenciação verificada entre os dois retrovírus ocorre a nível do código genético, sendo o VIH 2 semelhante ao de um vírus que se manifesta num macaco africano, o *mangabey* (Daudel e Montagnier, 1994). A infecção associada ao VIH 2 tinha-se manifestado em residentes na Europa, nomeadamente em Portugal e em França, mas que teriam sido infectados na Guiné-Bissau e em Cabo Verde. O quadro clínico associado ao VIH 2 era semelhante ao quadro clínico apresentado por doentes infectados pelo VIH 1 (Duque, 2002).

A fim de identificar a presença do VIH através de métodos de diagnóstico laboratorial, foram desenvolvidos testes de rastreio e confirmatórios através da detecção de anticorpos específicos para o VIH no soro. O mais utilizado é o método ELISA (Enzyme-Linked Immunosorben Assay) devido à sua simplicidade e fiabilidade. Em caso de dúvida, é realizado um método confirmatório designado por Western-Blot, através da identificação de proteínas virais reconhecidas pelos anticorpos. A pesquisa de ADN viral é efectuada através de PCR (Polymerase Chain Reaction) e permite a detecção das sequências pró-víricas do VIH a partir da amplificação do ADN do vírus *in vitro*. Este método permite identificar o vírus poucos dias depois de ocorrer a infecção (Montagnier, 1994).

A progressão epidemiológica do VIH/SIDA em Portugal e no resto do mundo veio comprovar que esta patologia não se resume a grupos específicos. Embora tenha surgido associado inicialmente a grupos que assumiam comportamentos de risco como homossexuais com relações sexuais desprotegidas com vários parceiros e indivíduos com antecedentes de toxicodependência com consumo por via endovenosa, a infecção sofreu uma generalização a toda a população mundial sem discriminação de idades, sexo, raça ou orientação sexual. A infecção pelo VIH passou a ser um problema social e de saúde pública.

1.2. FORMAS DE TRANSMISSÃO DO VIH

Desde o início da epidemia, o número de pessoas infectadas pelo VIH aumentou exponencialmente sendo que, a infecção inicialmente associada a determinados grupos, nomeadamente homossexuais e toxicodependentes, se generalizou a nível mundial sem restrição a raças, idades ou grupos. As formas de transmissão do vírus da imunodeficiência humana são três: a via sexual através de relações sexuais homossexuais ou heterossexuais; parentérica através da utilização de agulhas contaminadas, acidentes por picada com material infectado pelo vírus ou transfusões com sangue infectado; e transmissão vertical transplacentária, durante o parto ou através do aleitamento. O VIH foi detectado em todos os fluidos orgânicos dos indivíduos infectados embora se encontre em quantidades não infectantes em determinados fluidos orgânicos como nas lágrimas, saliva, suor e urina. O vírus foi detectado em quantidades potencialmente infectantes no sangue e fluidos sexuais (esperma e secreções vaginais) (Montagnier, 1994).

Seguindo a epidemiologia do VIH, verifica-se que o principal modo de transmissão é a via sexual. A epidemia manifestou-se inicialmente nos Estados Unidos, propagando-se à Europa, maioritariamente por via sexual homossexual e bissexual, estendendo-se posteriormente e gradualmente aos parceiros femininos dos indivíduos infectados. Em África, a via de transmissão mais frequente foi desde o início, a transmissão sexual heterossexual. A transmissão sexual assume maior relevância no aumento do número de doentes infectados sendo que existe maior risco para o receptor, quer sejam relações homossexuais ou heterossexuais. Qualquer prática sexual não protegida envolve um risco de transmissão de VIH, uma vez que o vírus poderá ser transmitido através de fluidos sexuais ou de sangue através da vagina, do colo do útero, do sulco balano-prepucial, do ânus, do recto, do orifício uretral ou através da mucosa oral na presença de lesões e de sangue ou fluidos sexuais infectados.

Existem vários factores de risco que aumentam a susceptibilidade para a transmissão do vírus nomeadamente, quando o indivíduo infectado se apresenta numa fase de elevada replicação vírica ou numa fase avançada da doença, a presença concomitante de doenças sexualmente transmissíveis que fragilizam as mucosas, a presença de sangue durante a relação sexual, a ausência de circuncisão no homem e a presença de circuncisão na mulher

facilitam a transmissão do vírus (Montagnier, 1994).

A transmissão do vírus por via parenteral pode ocorrer devido à transfusão de sangue ou componentes sanguíneos infectados pelo vírus ou através da utilização de drogas por via endovenosa. O risco ocupacional no caso dos profissionais de saúde também se engloba nesta categoria (Montagnier, 1994).

A transmissão vertical ocorre em 20 a 30% dos filhos de mulheres seropositivas não submetidas a tratamento anti-retroviral. A transmissão a este nível pode ocorrer por via transplacentária, durante o parto ou durante o aleitamento materno (Montagnier, 1994). No caso de a mulher se encontrar em tratamento com terapêutica anti-retroviral, a incidência de infecção nos filhos baixa para 3% (Araújo, 2005).

1.3- EVOLUÇÃO NATURAL DA DOENÇA

A infecção pelo VIH consiste numa doença infecciosa crónica, incurável com particularidades clínicas, imunológicas e virológicas que variam no decurso evolutivo da doença, mediante as características do hospedeiro e o tipo de vírus. Após a infecção por VIH que se poderá manifestar através de um síndrome viral agudo, a doença evolui de uma fase assintomática, que se poderá prolongar por vários anos, para uma fase sintomática e posteriormente, para SIDA. Durante a progressão da doença, existe replicação vírica persistente mas com intensidade variável, sendo mais notória na fase de primo-infecção e na fase sintomática. No decurso da doença, ocorre deterioração progressiva da imunidade, com destruição de linfócitos T CD4+ estimada em 50 a 100 mmc por ano (Miranda, 2003).

Após a inoculação do vírus, surge a síndrome viral aguda ou infecção primária com uma duração entre duas a três semanas, caracterizada por uma intensa replicação vírica e com sintomatologia compatível com síndrome de etiologia vírica, onde ocorre leucopenia, linfopenia e trombocitopenia. Nesta fase, o risco de contágio é elevado, sendo que o tempo médio de duplicação da população viral está calculado em 10 horas e o pico de virémia é atingido entre duas a quatro semanas após o contágio, ocorrendo disseminação visceral e dos tecidos linfóides, com diminuição acentuada de linfócitos T CD4+ (Oliveira e Meliço-

Silvestre, 2003). Nesta fase, após suspeita clínica, a confirmação do diagnóstico é efectuada através da pesquisa do antígeno P24, do ARN VIH-1 ou do ADN VIH-1. De duas a seis semanas após a infecção, ocorre a seroconversão devido a uma resposta imunitária celular e humoral com o aparecimento de linfócitos T citotóxicos regulados por citocinas CD4 específicas para o VIH e anticorpos anti-VIH. Como consequência, ocorre decréscimo da viremia e recuperação dos linfócitos T CD4, atingindo um equilíbrio entre o vírus e o sistema imunitário. Esta recuperação clínica pode ocorrer num período de seis meses após a primo-infecção. O diagnóstico é efectuada nesta fase a partir da detecção de anticorpos específicos, através de técnicas ELISA de grande sensibilidade e especificidade (Miranda, 2003).

Após a primo-infecção desencadeia-se um período assintomático ou de latência clínica que se pode prolongar durante oito ou doze anos, embora possam surgir sintomas pouco específicos e delimitados. Nesta fase pode surgir um quadro clínico de linfadenopatia generalizada persistente, devido ao aparecimento de linfadenomegalias em duas ou mais áreas extra-inguinais por um período de três ou mais meses. O seu aparecimento não indicia a progressão da doença. O diagnóstico nesta fase é efectuada através da detecção de anticorpos específicos, recorrendo a métodos imunoenzimáticos, com posterior confirmação por Western-blot. Embora esta fase se caracterize pela ausência de sintomas ou de sinais físicos de doença, é importante um estudo analítico basal comum a muitas situações clínicas a fim de proceder à avaliação do prognóstico e para posteriores decisões terapêuticas como sendo, a profilaxia primária de infecções oportunistas, tratamento anti-retrovírico e imunizações no sentido de controlar a progressão da doença (Miranda, 2003).

A fase sintomática da doença manifesta-se por vários períodos com diferentes durações podendo ocorrer durante alguns meses ou vários anos. As patologias que se manifestam nesta fase podem ser atribuídas ao próprio VIH ou podem ser consequência do défice imunitário imposto pelo vírus (Miranda, 2003). Nesta fase, ocorre uma elevada replicação vírica com aumento do défice imunológico, facilitando o aparecimento de patologias oportunistas de maior gravidade. Pode surgir o Complexo Relacionado com a SIDA, que consiste numa infecção sintomática pelo VIH com infecções crónicas recorrentes de gravidade moderada ou com manifestações clínicas ou analíticas inespecíficas. A sintomatologia mais frequente é: fadiga fácil, febre, suores nocturnos, diarreia intermitente

e perda de peso corporal superior a dez quilos. No entanto, o seu aparecimento pressupõe a evolução da doença que pode anteceder o desenvolvimento de patologias infecciosas ou tumorais oportunistas (Oliveira e Meliço-Silvestre, 2003).

Numa fase mais avançada da doença, pode surgir a SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Em 50% dos doentes, surge cerca de dez anos após a inoculação do vírus. De uma forma genérica, esta síndrome ocorre quando a contagem de linfócitos T CD4+ se encontra abaixo de 200mmc e manifesta-se pela presença de patologias oportunistas de origem infecciosa ou neoplásica, síndrome de emaciação ou caquexia (complexo caracterizado por emagrecimento superior a 10% do peso corporal, diarreia, febre por um período superior a um mês), encefalopatia ou síndrome demencial da SIDA (disfunção cognitiva, motora e comportamental). Os órgãos habitualmente atingidos são o aparelho respiratório, aparelho digestivo, sistema nervoso, sistema hemolinfopoiético, pele e mucosas, podendo-se desenvolver a nível sistémico. O agente etiológico pode ser de origem fúngica, bacteriana, vírica ou parasitária. As infecções oportunistas mais frequentes em Portugal são a tuberculose pulmonar e extra-pulmonar, a pneumonia por *Pneumocystis carinii*, a pneumonia bacteriana, a toxoplasmose cerebral, a meningite criptocócica e a candidose esofágica (Miranda, 2003).

Embora a infecção pelo VIH seja considerada uma doença crónica, continua a ser potencialmente fatal e destruturante do ponto de vista psíquico e sócio-familiar. Um diagnóstico precoce tem repercussões na qualidade e esperança de vida do doente seropositivo. A utilização de marcadores biológicos é essencial para identificar a progressão da doença e estabelecer intervenções terapêuticas que irão melhorar a qualidade de vida do doente e da sua família/cuidadores.

1.4. PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA DO VIH

Durante os anos oitenta, em função do conhecimento da epidemiologia da época, as estratégias de prevenção lançadas direccionavam-se para populações particulares: homossexuais e toxicod dependentes, pelo facto de corresponderem à maioria dos casos de VIH reportados ao Centers for Disease Control and Prevention (Montgomery *et al.*, 2003).

Segundo dados do CDC (1993) citado por Montgomery *et al* (2003), nos finais dos anos 80, o número de mulheres portadoras de SIDA tinha aumentado, assim como o número de casos em heterossexuais. Dos novos casos de VIH em heterossexuais, cerca de 64% eram mulheres.

1.4.1 – A epidemiologia do VIH no Mundo

Um quarto de século volvido, o VIH foi responsável por cerca de 25 milhões de mortes a nível mundial, causando profundas alterações socio-económicas e demográficas, sem precedentes. Segundo o relatório elaborado pela UNAIDS (2008), de um ponto de vista global, a epidemia pelo VIH estabilizou. A prevalência de pessoas que vivem com VIH isto é, a percentagem global de pessoas que vivem com VIH tem estabilizado desde 2000, embora se mantenha em níveis inaceitavelmente elevados, nomeadamente no que concerne à incidência de infecções pelo VIH e de mortes por SIDA.

Estimou-se que em 2007, existissem 33 milhões de pessoas a viver com VIH em todo o mundo, sendo que 30,8 milhões eram adultos. Nos últimos 10 anos, a infecção pelo VIH no feminino estabilizou globalmente, representando 50% do total de pessoas infectadas pelo vírus, ainda que tenha aumentado em algumas regiões do mundo. O número de crianças com menos de 15 anos a viver com VIH em 2007 era de 2 milhões tendo aumentado desde 2001. O número de novos casos de infecção por VIH em 2007 foi de 2,7 milhões, dos quais 2,1 milhões eram adultos e 370000 eram crianças com idade inferior a 15 anos tendo decrescido em comparação com o ano de 2002. O número de jovens com idades entre os 15 e os 24 anos contribuíram com 45% dos casos de novas infecções a nível mundial. No que diz respeito ao número de mortes devido a SIDA, também em 2007 faleceram 2,1 milhões de pessoas a nível mundial, sendo que 76% das mortes ocorreram em África Sub-sariana (UNAIDS, 2008).

África Sub-sariana continua a suportar uma grande percentagem desta epidemia, sendo que cerca de 67% da totalidade das pessoas que viviam com VIH em 2007 se localizavam nesta parte do globo. A epidemiologia em África sub-sariana apresenta oscilações de país para país. Na maioria dos países desta região, a prevalência da infecção pelo VIH parece ter

estabilizado embora em níveis elevados, especialmente em países de África Austral. Em alguns países, a prevalência de VIH em adultos parece estar a diminuir, como é o caso do Zimbabué, onde a prevalência de VIH em mulheres grávidas assistidas em clínicas baixou de 26% em 2002 para 18% em 2006. No Botswana, a prevalência de VIH em grávidas entre os 15 e os 19 anos também baixou. Em países como a Zâmbia, o Malawi e África do Sul, a epidemia parece ter estabilizado. Em algumas áreas de Moçambique, a prevalência de VIH em grávidas e incidência do VIH em jovens entre os 15 e os 24 anos tem estado a aumentar. No Uganda, depois de uma diminuição da prevalência de VIH em adultos, surgiram sinais de uma possível ressurgência de comportamentos de risco sexual que poderão conduzir a um novo aumento da epidemia neste país.

No que se refere às principais vias de transmissão do VIH em África sub-sariana, a transmissão por contacto heterossexual é a mais importante, tendo contribuído para a maior população de crianças infectadas pelo VIH do mundo. De acordo com a Demographic and Health Survey de cinco países africanos (Burkina Faso, Camarões, Gana, Quênia e Tanzânia), dois terços dos casais infectados pelo VIH eram sero-discordantes e na maioria dos casos, o uso do preservativo era raro. Por outro lado, a prostituição representa um importante factor na transmissão do VIH em África Ocidental. Cerca de 35% das prostitutas residentes no Mali em 2006 estavam infectadas pelo VIH, de acordo com o Ministère de la Santé du Mali (2006), segundo a UNAIDS (2008). O uso de materiais infectados pelo VIH utilizados para o consumo de drogas por via endovenosa representa um factor com algum peso na epidemia do VIH em algumas áreas como a Mauritânia.

Na Ásia, estimou-se que em 2007 existissem 5 milhões de pessoas a viver com VIH tendo ocorrido 380000 novas infecções durante esse ano. A área mais afectada é o Sudeste Asiático. No Cambodja, Myanmar e Tailândia, a prevalência de VIH diminuiu no entanto, na Indonésia, Paquistão e Vietname, o número de pessoas que vivem com VIH duplicou entre 2000 e 2005 (Ministry of Health of Viet Nam, 2005) de acordo com a UNAIDS (2008). O número de novas infecções também tem estado a aumentar no Bangladesh e na China embora a um ritmo mais baixo.

As relações sexuais desprotegidas constituem o maior factor de risco na transmissão do vírus em alguns países asiáticos. Em países cuja epidemia se deve maioritariamente à

prostituição, o decréscimo do número de infecções pelo VIH coincidiu com o aumento do uso de preservativos durante as relações sexuais, nomeadamente no Camboja e na Tailândia. As relações homossexuais também contribuem para o acréscimo da epidemia nesta região do globo, como acontece na China e na Tailândia (UNAIDS, 2008).

O consumo de drogas por via endovenosa constitui um dos maiores factores de risco de transmissão do vírus em alguns países asiáticos. Em 2006 quase metade das pessoas que viviam com VIH na China adquiriram o vírus através da utilização de material infectado aquando do consumo de drogas endovenosas (Ministry of Health of China, 2006) de acordo com a UNAIDS (2008). Recentemente, o consumo de drogas endovenosas aumentou a incidência da infecção pelo VIH no Afeganistão, onde o ópio era consumido essencialmente inalado ou ingerido, tendo o consumo passado a ser por via endovenosa. A associação entre o consumo de drogas endovenosas e a prostituição representa um fenómeno preocupante em países como a Índia e o Paquistão (UNAIDS, 2008).

Relativamente à Europa de Leste e Ásia Central em 2007, o número de pessoas que viviam com o VIH nesta área do globo era de 1,5 milhões dos quais, aproximadamente 90% habitam a Federação Russa e a Ucrânia. A epidemia tem continuado a aumentar na Federação Russa embora a um ritmo mais baixo do que na Ucrânia, onde o número anual de novas infecções duplicou desde 2001. O Uzbequistão apresenta a estatística mais elevada da Ásia Central. A forma de transmissão mais frequente nestas áreas do globo é através do consumo de drogas injectáveis, surgindo muitas vezes associada à prostituição. O número de mulheres infectadas nesta área do globo tem vindo a aumentar. Cerca de 40% dos novos casos detectados em 2006 são mulheres. Supõe-se que 35% das mulheres tenham sido infectadas através de equipamento para consumo de drogas injectáveis contaminado e 50% terão adquirido o vírus através de relações desprotegidas com parceiros toxicodependentes de drogas injectáveis (UNAIDS, 2008).

Estima-se que das 230000 pessoas que viviam com VIH na região das Caraíbas em 2007, cerca de três quartos correspondiam à República Dominicana e ao Haiti. A epidemia aparentemente estabilizou nesta região. A principal forma de transmissão é através de relações heterossexuais desprotegidas. Têm sido registadas algumas mudanças de comportamento nomeadamente através da utilização de preservativo no comércio sexual.

Em Cuba, a principal via de transmissão é através de contacto homossexual.

Na América Latina, a prevalência de infecção pelo VIH não se alterou significativamente nesta última década. A forma de transmissão mais frequente é através de relações sexuais entre homens, com maior prevalência no Peru, Uruguai e algumas cidades colombianas. A prevalência de infecção em prostitutas é inferior à registada em homossexuais que mantêm relações sexuais. A incidência de infecção pelo VIH está a aumentar em mulheres em alguns países como Argentina, Brasil entre outros devido ao contacto com parceiros infectados em relações homossexuais ou através do uso de equipamentos contaminados para o consumo de drogas injectáveis (UNAIDS, 2008).

No Médio Oriente e Norte de África a epidemia não é muito expressiva, à excepção do Sudão. As principais formas de transmissão associam-se ao comércio sexual desprotegido e ao uso de equipamentos contaminados para consumo de drogas injectáveis.

Na Oceânia, a epidemia também não é significativa excepto na Papua Nova Guiné. A principal forma de transmissão é através de relações heterossexuais desprotegidas e na Austrália atribui-se a relações sexuais desprotegidas entre homens (UNAIDS, 2008).

O número de pessoas infectadas pelo VIH na América do Norte, Europa Ocidental e Central em 2007 estimou-se em 2 milhões. Na América do Norte, o número anual de novos casos de VIH tem permanecido estável nos últimos anos no entanto, o acesso à terapêutica anti-retroviral veio aumentar a esperança de vida tendo como consequência o aumento do número de pessoas que vivem com VIH. A epidemiologia destes países industrializados divergiu ao longo do tempo no entanto, de um ponto de vista global, a transmissão devido ao consumo de drogas injectáveis tem contribuído com uma percentagem baixa de novos casos de infecção.

O número de novos casos de VIH atribuído a relações sexuais desprotegidas entre homens na maioria dos países da Europa Ocidental tem aumentado nestes últimos anos de forma exponencial, como é o caso da Alemanha em que este número aumentou 96% entre 2002 e 2006 (Robert Kock, 2007) segundo (UNAIDS, 2008). Um terço dos novos diagnósticos de infecção pelo VIH e casos de SIDA ocorridos nos EUA em 2005 foram atribuídos a

relações sexuais de risco entre heterossexuais. Na Europa Ocidental, no ano de 2006, as relações heterossexuais contribuíram com 42% dos novos diagnósticos. Na Europa Central, a principal forma de transmissão na maioria dos países é através de relações heterossexuais desprotegidas. No entanto, na Estónia, Lituânia e Polónia a principal forma de transmissão é através do uso de equipamentos contaminados no consumo de drogas injectáveis e na Croácia, República Checa, Hungria e Eslovénia a transmissão do vírus ocorre mais frequentemente através de relações sexuais desprotegidas entre homossexuais.

Na Europa Ocidental, o número de novos casos de infecção por VIH aumentou em 2007, assim como o número de pessoas portadoras de VIH assintomáticas em grande parte, devido ao acesso a tratamento com anti-retrovirais (UNAIDS, 2007).

1.4.2 – A epidemiologia do VIH em Portugal

Em Portugal, a avaliação epidemiológica do VIH/SIDA é efectuada através da recolha de informações por intermédio de várias instituições públicas. Embora Portugal participe no sistema de vigilância epidemiológica europeu desde 1985, o sistema foi intensamente melhorado pelo facto de o VIH/SIDA ter sido incluído na lista de patologias de notificação obrigatória em 2005, devendo a notificação ser realizada pelo médico assistente, mediante o diagnóstico clínico e laboratorial.

De acordo com o Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2008), em Dezembro de 2007 em Portugal estavam notificados 32491 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estadios de infecção. O total de casos de SIDA na mesma data corresponde a 14195, dos quais 463 casos são atribuídos à infecção por VIH2 e 189 casos atribuídos à infecção associada ao VIH1 e VIH2. Relativamente ao modo de transmissão do vírus, verificou-se que o maior número de casos notificados isto é, de casos acumulados independentemente do estadio da doença, corresponde à infecção VIH/SIDA em doentes que referem consumo de drogas por via endovenosa, representando 43,9% de todas as notificações. Estes dados reflectem a tendência inicial da epidemia no país. No que se refere à transmissão sexual do vírus (heterossexual), esta contribui com 38,8% dos casos. A transmissão sexual (homossexual masculina) representa 12% do total de casos notificados.

Não obstante, verificou-se uma tendência epidemiológica elevada da transmissão por via sexual (heterossexual) e um decréscimo tendencial no número associado ao consumo de drogas por via endovenosa, que se tem vindo a verificar desde 2000.

Relativamente ao curso da doença observou-se que 71,6% dos doentes portadores de infecção assintomática por VIH tinham idades compreendidas entre os 20 e os 39 anos. Adquiriram a infecção em 42,1% dos casos devido a transmissão sexual (heterossexual) e em 41,9%, devido ao consumo de drogas endovenosas. Entre 1999 e 2006, verificou-se que a tendência temporal nos casos assintomáticos apresentou flutuações nos valores percentuais de transmissão sexual (heterossexual) do VIH durante o referido período, enquanto que a transmissão devido ao consumo de drogas endovenosas manteve uma tendência proporcional decrescente (CVEDT, 2008).

Dos doentes sintomáticos não-SIDA, 40,6% adquiriram a infecção através de transmissão sexual (heterossexual) e 38,1% através do consumo de drogas endovenosas. Em relação à distribuição de casos de SIDA por sexo, 82% correspondia ao sexo masculino e 17,9% representava o sexo feminino. Relativamente à distribuição por grupo etário, verificou-se que atingia maioritariamente o grupo etário entre os 20 e os 49 anos. De acordo com a tendência temporal verificada entre 2003 e 2007, as proporções entre as diversas categorias de transmissão são variáveis, tendo-se verificado uma tendência crescente na transmissão sexual (heterossexual), decrescente nos indivíduos com consumo de drogas endovenosas e praticamente constante na transmissão sexual (homossexual) (CVEDT, 2008).

No que se refere ao total de casos notificados de SIDA, o número de doentes infectados por consumo de drogas endovenosas foi de 47,2%, superior relativamente às restantes categorias de transmissão, tendo o número de doentes que adquiriram o vírus por transmissão sexual (heterossexual) sido de 34,8%. De acordo com os grupos de patologias associadas aos casos de SIDA, as infecções oportunistas representaram a maioria dos casos, associadas a um maior número de mortes, destacando-se os óbitos por tuberculose. Na população toxicod dependente, as infecções oportunistas representaram 93,1% das patologias observadas neste grupo. De acordo com as categorias de transmissão verifica-se que 54,7% do total de óbitos corresponde a doentes com comportamento sexual associado à toxicod dependência e 50,2% dos restantes casos ocorrem em doentes com comportamentos

de consumo de drogas por via endovenosa. De acordo com a tendência temporal entre 2003 e 2007, as proporções entre as diversas categorias de transmissão são variáveis, tendo-se verificado uma tendência crescente na categoria de transmissão sexual (heterossexual), decrescente na categoria de transmissão por consumo de drogas endovenosas, tendo permanecido relativamente estável na transmissão sexual (homossexual) (CVEDT, 2008).

CAPÍTULO 2 – REPERCUSSÃO PSICOSSOCIAL DO DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA

Na iminência de uma patologia incurável, o doente confronta-se com alterações irreversíveis dos seus projectos de vida (Miguel e Borges, 2002). A infecção pelo VIH representa uma situação de crise, não apenas pela sua severidade mas essencialmente pelo processo de ruptura na vida do indivíduo. Esta patologia de origem infecciosa e incurável tem repercussões a nível psicológico, sócio-familiar e profissional. As repercussões atingem o indivíduo, família, amigos, companheiros e colegas de trabalho, podendo-o conduzir ao isolamento, ao abandono e à rejeição. A nível sócio-profissional, podem sofrer rejeição, apresentando por vezes dificuldade em conseguir ou manter o emprego ou a obter benefícios, como sendo seguros de saúde entre outros (Moniz *et al.*, 1991).

2.1 – MODELO BIOPSIKOSSOCIAL DA DOENÇA

De acordo com o modelo biomédico, para cada doença existe uma causa biológica primária identificável. A doença tem sempre uma causa objectivável sendo este traumatismo interno ou externo na sua origem. As causas externas poderão ser de ordem física, química ou microbiológica. As causas internas poderão ser de origem vascular, imunitária ou metabólica. Este modelo não contempla os factores comportamentais como potenciais causadores de doença e por conseguinte, não são contextualizados como intervenientes no processo de diagnóstico. À luz do modelo biopsicossocial, as doenças são resultantes da interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais, nos quais assumem primordial relevância os factores relacionados com estilos de vida e stress psicossocial (Stroebe e

Stroebe, 1995).

De acordo com esta perspectiva, a saúde e a doença são perspectivadas como uma construção da vida social. O estudo da saúde-doença deve contemplar a análise do seu processo e a compreensão da forma como este é vivenciado pelos indivíduos intervenientes nesta vivência (Serra, 2005). Neste contexto, a adaptação psicossocial ao diagnóstico de infecção pelo VIH não pode deixar de ser conceptualizado como a interacção dos vários factores, contribuindo para a compreensão da distribuição epidemiológica desta patologia e para o delineamento de estratégias de mudança comportamental.

2.2 - REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA INFECÇÃO PELO VIH/SIDA

A infecção pelo VIH/ SIDA actualmente é percebida como uma doença crónica, sendo esta definida como uma doença de longo termo, de transmissão sexual, sem tratamento curativo, e com prognóstico desfavorável. O seu tratamento é de controlo sintomático, procurando prolongar e melhorar a qualidade de vida dos seus portadores. O diagnóstico de seropositividade é conceptualizado como uma situação stressante. O doente portador de infecção pelo VIH confronta-se com problemas complexos e específicos desta patologia, dos quais resultam sofrimento psicológico, afastando este problema de saúde de outros grandes problemas de saúde pública da actualidade.

O VIH/SIDA apresenta-se como uma doença com repercussões físicas, psicológicas mas também sociais, constituindo um fenómeno de segregação social assente em estigmas sociais construídos e intimamente relacionados com as representações sociais desta doença (Sousa, 2001). As representações sociais da SIDA constituem um reflexo do mundo exterior. Correspondem a uma representação cognitiva da doença baseada na experiência pessoal acerca da doença, na comunicação com o meio envolvente e na informação geral fornecida pela cultura, no que concerne à identidade, consequências, causas, duração e tratamento da doença (Serra, 2005; Holt *et al.*, 1998).

As representações sociais baseiam-se em dimensões afectivas, inconscientes e emocionais, englobando opiniões, atitudes e reacções sobre determinada doença. A valoração atribuída

à doença em causa irá produzir respostas negativas, traduzidas em intolerância e preconceito ou irá produzir respostas positivas, traduzidas em aceitação e tolerância. A via de transmissão da doença e a impossibilidade de cura, em consonância com a posição social dos grupos afectados por esta patologia são os factores que mais contribuem para a representação social da SIDA (Sousa, 2001). Mediante a valoração atribuída a esta doença, a posição adoptada poderá ser conservadora, em que o indivíduo desenvolve um discurso ideológico-moral, contribuindo para a marginalização dos doentes. Em oposição, poderá ser adoptada uma posição liberal em que o indivíduo desenvolve um discurso médico-ecológico contribuindo para a integração dos mesmos (Sousa, 2001).

Esta epidemia atingiu um grande mediatismo desde os seus primórdios. A comunicação social contribuiu para a construção da identidade social da SIDA. De acordo com Páez et al (1994) citado por Sousa (2001), no início da epidemia, em 1983 o número restrito de artigos que surgiram tinha como principal objectivo traduzir para o público em geral, as informações impressas em artigos científicos que davam a conhecer esta nova patologia, que surgia associada a grupos específicos de homossexuais jovens e consumidores de drogas endovenosas. Em 1984, o número de artigos aumenta substancialmente, dividindo-se em três origens distintas: artigos mais científicos; artigos baseados na disputa das descobertas que estavam a ocorrer entre os EUA e a Europa; e artigos de carácter moral/cultural. Numa fase posterior, entre 1984 e 1986 há uma alteração no cariz das publicações, onde ocorre uma diminuição dos artigos de teor moralista e um investimento em artigos mais científicos, direccionados para a doença e sua propagação. Posteriormente, a natureza dos artigos publicados direcciona-se para a desmistificação do conceito de populações consideradas de risco, introduzindo o conceito de comportamentos de risco que funcionam como vectores na propagação da infecção. É inserido o conceito de prevenção para o controlo da epidemia.

A comunicação social assumiu um papel preponderante na construção social da SIDA, associando o seu aparecimento a grupos já por si, submetidos a estereótipos sociais estigmatizantes, como sendo os homossexuais, prostitutas e consumidores de drogas endovenosas, uma vez que as informações transmitidas são absorvidas e reajustadas pelo público a partir das suas construções prévias (Sousa, 2001).

De acordo com Weitz (1991) citado por Sousa (2001), para que a doença seja considerada estigmatizante, é necessário que apresente as seguintes condições:

- 1 - Associação a grupos estigmatizados anteriormente;
- 2 - Ligação estreita com a esfera sexual;
- 3 - Crença de contagiosidade e inexistência de cura efectiva;
- 4 - Desfiguração visível ou presença de alterações que pareçam transformar a pessoa em algo não humano ou alienígena;
- 5 - Presença iminente de risco de morte ou incapacidade extensa envolvendo não só o doente mas todo o tecido social;
- 6 - Incerteza inerente ao desconhecimento completo da história natural da doença.

É inegável que a SIDA cumpre todos os critérios supra citados e que é essencial compreender intimamente o conceito de estigma e interrelacioná-lo com a doença, de forma a desenvolver estratégias facilitadoras de uma melhor adaptação psicossocial à mesma.

2.2.1 – Estigma e seropositividade para o VIH

Qualquer doença constitui um fenómeno socio-político e médico-científico devendo por isso, ser contextualizado contemplando os valores sociais (Thomas *et al.*, 2005). O estigma consiste numa construção social que afecta negativamente as experiências de vida das pessoas infectadas pelo VIH, assim como os elementos que constituem a sua rede de suporte social (Alonzo e Reynolds, 1995).

A palavra “*stigma*” tem origem grega e foi criada para definir sinais corporais com os quais se procurava evidenciar algo de extraordinário ou mau sobre o status moral do indivíduo que os apresentava. Os sinais eram realizados mediante cortes no corpo ou por meio do fogo, de forma a avisar que o portador era uma pessoa marcada, moralmente poluída e que devia ser publicamente evitada. Na época do cristianismo, as marcas corporais assumiram uma significação metafórica. Os sinais representavam a “graça divina” manifestada através da pele. Constituíam também uma referência médica, representando perturbações físicas. Actualmente, “*stigma*” significa algo de mal que deve ser evitado, uma ameaça à convivência social, uma identidade deteriorada por uma acção

social (Goffman, 1980).

Existem três dimensões para classificar o estigma: as abominações do corpo, correspondendo às deformidades físicas; as culpas de carácter individual como sendo, a vontade fraca e a desonestidade; e os estigmas tribais de raça, nação e religião. Encontra-se presente uma característica transversal aos três tipos de estigma – a característica sociológica – em que a pessoa é detentora de uma característica diferente da que se havia previsto na relação social, destruindo a possibilidade de contemplação dos restantes atributos (Goffman, 1980).

A sociedade exerce uma função taxonómica isto é, de categorizar as pessoas, de estabelecer normas e definir atributos considerados comuns aos elementos de cada uma das categorias. A categoria a que a pessoa pertence e os seus atributos correspondem à sua identidade social. Nas rotinas de relação social, estabelece um modelo social do indivíduo, mediante a categoria a que este deve pertencer, bem como os seus atributos. Esta imagem construída socialmente corresponde à identidade social virtual. A sociedade determina um padrão externo ao indivíduo, que permite prever a categoria e os atributos, a identidade social e as relações com o meio. Os atributos que a pessoa prova possuir, corresponde à identidade social real e estes atributos que podem demonstrar a que categorias o indivíduo pertence. No contacto social, podem surgir evidências de pertencer a uma categoria com atributos incomuns ou diferentes sendo pouco aceite pelo grupo social que o converte em pessoa má ou nociva para o contacto social e deixa de ser vista na sua totalidade, na sua capacidade de acção. Torna-se perante a sociedade, num ser desprovido de potencialidades, sendo estigmatizado socialmente (Goffman, 1980).

O indivíduo surge como uma representação circunstancial de determinadas características inerentes à classe do estigma, com atributos que podem sinalizar um desvio, uma diferença de identidade social. O estigma corresponde a um atributo que produz um efeito de descrédito na vida do indivíduo, podendo ser considerado um defeito, uma fraqueza ou desvantagem. Representa uma discrepância entre a identidade social virtual e a identidade social real. Quanto mais evidente for esta discrepância, mais acentuado é o estigma. O indivíduo assume uma posição de isolamento da sociedade ou de si mesmo e passa a ser uma pessoa desacreditada. Passa a não aceitar-se a si próprio numa sociedade que não

aceita a diferença. A identidade social estigmatizada coloca em causa atributos e qualidades do indivíduo, exerce o poder de controlo sobre as suas acções e reforça a deterioração da sua identidade social (Goffman, 1980).

A pessoa portadora deste estigma comporta uma marca que a diminui valorativamente perante todas as outras, fazendo com que valha menos do que uma pessoa, não podendo ser abrangida pelos direitos adstritos à sociedade em causa (Major e Eccleston, 2005). A pessoa que enfrenta o estigma de determinado atributo que lhe é característico não recebe a aceitação que havia sido previsto receber. Na relação social, aqueles que têm relações com a pessoa não lhe conseguem dar o respeito e consideração que seria esperado. Por conseguinte, não existindo correspondência entre a aceitação que seria espectável no contacto social em particular, ao nível das relações inter-pessoais, e a exclusão efectiva, a pessoa pode-se isolar, tornando-se desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa e confusa (Goffman, 1980).

O estigma surge em contextos sócio-culturais e de poder específicos. É socialmente construído e reforçado através de desigualdades sociais. No que concerne à epidemia de VIH/SIDA, o estigma relacionado com o vírus refere-se ao preconceito, descrédito e discriminação dirigidos às pessoas portadoras de VIH/SIDA, assim como aos indivíduos, grupos e comunidades a eles associados. Corresponde a um atributo utilizado para separar indivíduos portadores de infecção pelo VIH da restante sociedade normalizada, tendo como efeito final, a discriminação (Liu et al, 2006). As pessoas estigmatizadas podem apresentar uma auto-estima diminuída, depressão, ansiedade, perda de suporte social e solidão (Berger, Ferrans e Lashley, 2001). Em todas as sociedades existem indivíduos que são sistematicamente subvalorizados e excluídos de determinados tipos de relacionamentos sociais, sendo estigmatizados (Major e Eccleston, 2005). O estigma associado à patologia representa para a pessoa seropositiva um factor stressante devido aos consideráveis riscos sociais e emocionais inerentes à revelação do diagnóstico (Green e Sobo, 2000).

De acordo com um estudo recente realizado na Etiópia, Tanzânia e Zâmbia o conhecimento acerca do VIH é necessário mas insuficiente para reduzir os receios e as atitudes que conduzem ao estigma. A sociedade delimita a capacidade de acção de um indivíduo estigmatizado portanto, os esforços exercidos a nível individual não conduzem a uma

mudança efectiva dos comportamentos. No entanto, o conhecimento sobre a doença pode constituir o primeiro passo para a redução do estigma relacionado com o vírus (Liu *et al.*, 2006). O estigma sentido por algumas pessoas seropositivas pode dificultar a adesão ao regime terapêutico anti-retroviral, a adaptação à doença e a revelação do diagnóstico à rede social (Vanable *et al.*, 2006).

2.3 – PROCESSO DE ADAPTAÇÃO AO DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA

Dada a longevidade atingida pelos doentes com diagnóstico de VIH/SIDA e a ausência de cura efectiva, esta patologia tem vindo a ser considerada uma doença crónica, de evolução progressiva com todas as implicações adstritas a esta característica.

A doença é conceptualizada como uma ameaça e uma limitação perante os recursos e processos habituais de resolução de problemas, apresentando-se estes como ineficientes perante o desafio. A atribuição de significados cognitivos à situação de doença não corresponde a um processo de raciocínio lógico-dedutivo, assente em conhecimentos científicos (Gameiro, 1999). A significação individual atribuída a uma situação de doença resulta das representações mentais e crenças sobre a saúde e a doença, das experiências passadas e do imaginário pessoal, das quais poderão resultar vivências emocionais intensas, associadas a perdas ou danos pessoais no presente ou previstos para o futuro. Estas vivências emocionais podem interferir na atribuição de significações por meio de distorções cognitivas das representações dos acontecimentos e dos pensamentos em que aquelas se baseiam (Miguel e Borges, 2002).

As significações representam construções de cariz cognitivo, psico-afectivo e social estratificadas em sequências de representações centradas em determinadas temáticas e influenciadas pelas características psicológicas dos indivíduos. Desta forma, permitem processar do ponto de vista cognitivo a situação de doença, provocando respostas emocionais e atitudinais. As significações atribuídas pelo indivíduo a determinada situação stressora influenciam mais as respostas individuais do que a natureza objectiva da situação em causa (Serra, 2005).

Segundo Lazarus (1977) de acordo com Gameiro (1999), a avaliação individual efectuada perante a situação pressupõe uma avaliação primária e uma avaliação secundária. A avaliação primária consiste na avaliação da situação. A avaliação secundária pressupõe a análise dos recursos internos e externos, das alternativas que o indivíduo dispõe perante determinada situação stressora e a reavaliação da situação perante os resultados obtidos através da aplicação dos processos de confronto seleccionados. De acordo com Baptista (1988) segundo Gameiro (1999), nesta fase de avaliação, o doente avalia os seus recursos físicos (saúde, energia, etc.), psicológicos (capacidade de resolução de problemas, auto-estima, etc.) e sociais (sistemas de suporte social) de modo a gerir as emoções desencadeadas pela situação stressora e mudar o seu comportamento.

O impacto de um diagnóstico ou o confronto com determinados sintomas representam situações stressantes, face às quais o indivíduo necessita de desenvolver um processo de assimilação e integração psico-afectiva. O processo de doença induz o confronto da pessoa com a sua fragilidade que poderá estar ou não, exacerbada pela presença de sinais ou sintomas físicos. O doente confronta-se também com a possibilidade de perdas a nível físico, afectivo-relacional e sócio-profissional, gerando angústia, insegurança em relação ao desfecho - com a possibilidade de morte iminente – despoletando o medo, a ansiedade e o stress. Nesta fase também pode surgir culpa e vergonha devido à adopção de comportamentos de risco (Holt *et al.*, 1998). Por conseguinte, as respostas psico-afectivas face à situação stressora dependem de vários factores, entre os quais, a avaliação cognitiva e as emoções inerentes à situação em causa (Miguel e Borges, 2002).

A resposta emocional ao diagnóstico de VIH/SIDA depende das características do indivíduo (idade, experiências anteriores, mecanismos de defesa anteriormente utilizados, fontes pessoais de auto-estima, crenças e regras valorativas), do contexto sociocultural (fontes de apoio disponíveis para a pessoa seropositiva mediante o seu contexto social e familiar), das características da doença (tipo de doença, sintomatologia, evolução da patologia, tipo de tratamento e opções de reabilitação) e do significado da crise mediante a fase do ciclo vital da pessoa. Portanto, as respostas emocionais face a determinado estímulo stressor dependem de um sistema complexo de integração psico-afectiva dos sinais e sintomas físicos mediante a avaliação cognitiva das ameaças e dos recursos individuais para a resolução de confrontos. Neste processo complexo intervêm factores fisiológicos,

cognitivos, emocionais, afectivo-relacionais e sócio-culturais (Flaskerud, 1992).

A experiência fenomenológica de atribuição de significados pela pessoa tem uma influência crucial sobre as respostas emocionais face às situações stressoras. Por sua vez, as significações são condicionadas pelas emoções que se lhes associam com implicação bidireccional. A experiência subjectiva de sofrimento desencadeia respostas adaptativas que poderão ser de defesa ou de confronto com a situação; de negação ou de aceitação; de isolamento ou de procura de ajuda. As significações atribuídas às doenças são construções pessoais e subjectivas com influência cultural (Gameiro, 1999).

De acordo com Bernardo (1995) segundo Gameiro (1999), a valoração das experiências subjectivas internas e externas influencia as atitudes do indivíduo. Mediante o carácter subjectivo dessas experiências, alguns indivíduos adoptam uma atitude positiva, corajosa e coerente com os factos. Outros antecipam as perdas, desencadeando níveis de angústia e de ansiedade elevados.

O diagnóstico de VIH/SIDA representa uma crise altamente geradora de stress, requerendo do indivíduo a adopção de estratégias de coping mais eficazes do que em situações anteriores. De acordo com alguns estudos, a utilização de programas baseados em estratégias de coping pode facilitar a adesão à terapêutica, melhorar a saúde física e mental e conseqüentemente, a sua qualidade de vida (Penedo, 2003).

Para que a situação de crise seja ultrapassada é necessário desenvolver estratégias tendo em conta as experiências anteriores do indivíduo, as crenças e valores, as atribuições causais e as expectativas traçadas para a resolução. Estes dois últimos factores, em simultâneo com os estímulos perceptivos da doença, contribuem para a representação subjectiva da doença. A atribuição da significação à doença influencia a forma de se sentir doente. Perante uma significação de punição, sinal de fraqueza ou perda e dano irreparável, poderão ser despoletados sentimentos e emoções negativos de ansiedade, culpa, angústia, revolta e desespero (Gameiro, 1999).

A adaptação ao diagnóstico de VIH/SIDA é um processo complexo, uma vez que esta representa uma ameaça à integridade do indivíduo. Os danos físicos e limitações funcionais

poderão representar uma ameaça à integridade física, do bem-estar, qualidade de vida, com a iminência de perda de vida. A incerteza face ao desfecho da doença pode causar um reajuste nos projectos de vida, assim como a perda de autonomia e alterações da auto-imagem que podem colocar em causa a auto-estima e contribuir para a alteração do projecto existencial. Os sentimentos e emoções negativos como a raiva, angústia e o desespero podem contribuir para a alteração do equilíbrio emocional e psico-afectivo (Miguel e Borges, 2002). Alterações na esfera sócio-familiar com separação dos familiares e falta de apoio sócio-familiar, assim como a possibilidade de perda do emprego e consequente aumento do grau de dependência financeira pode causar alterações do estatuto sócio-profissional e familiar com alteração dos papéis no seio familiar (Penedo, 2003).

De acordo com Gameiro (1999), a doença enquanto situação de crise e fonte geradora de stress implica um processo de confronto e adaptação. O indivíduo, portador de crenças, valores, projectos e obrigações pessoais, realiza um processo de múltiplas avaliações cognitivas dos estímulos percebidos por este face a uma situação de doença. O doente realiza uma avaliação cognitiva acerca da gravidade da situação e dos recursos de confronto de que dispõe, sendo crucial a significação que o doente atribui à doença. A construção pessoal da doença que o indivíduo realiza, influencia a regulação interna das emoções ou confronto intrapsíquico e as alterações comportamentais essenciais para a adaptação à doença. As crenças de causalidade e de controlo da doença são elementos essenciais para a definição deste processo. O doente vai procurar definir a causalidade da doença e definir as expectativas de controlo, de modo a perceber a doença como controlável. A definição de causalidade representa uma função adaptativa. No caso de atribuição da doença a causas incontroláveis, o doente desenvolve uma expectativa de incontrolabilidade, gerando sentimentos negativos de desespero, fatalismo e depressão. As particularidades da doença influenciam a adaptação emocional. Patologias estigmatizantes podem tornar a adaptação mais difícil sendo que, quanto maior for a severidade da doença, maior é a dificuldade de adaptação emocional (Miguel e Borges, 2002).

2.4 - RESPOSTAS EMOCIONAIS AO DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA

O diagnóstico de seropositividade para o VIH representa uma situação stressora, perante a qual o indivíduo deverá reagir através de esforços cognitivos e comportamentais no sentido de lidar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas inerentes à situação. Os esforços de confronto e as reacções emocionais desencadeados pelos indivíduos face a uma situação stressora são mediados pelos processos cognitivos do indivíduo, no sentido de adequar as reacções emocionais às situações, alterando determinadas condições stressoras (Major e Eccleston, 2005).

De acordo com Flaskerud (1992), existem alguns momentos de crise no decurso da doença, que são acompanhados por ansiedade intensa, medo e/ou depressão. A crise inicial ocorre aquando do diagnóstico, sendo a reacção normal caracterizada por descrença, atordoamento e negação, seguida de raiva, torpor, ansiedade e sintomas depressivos. Quando um elevado grau de ansiedade persiste durante dois a três meses após o diagnóstico, pode-se manifestar através de crises de pânico, agitação, taquicardia e comportamentos compulsivos. Durante a fase de tratamento, pode ocorrer fraqueza, depressão, alienação, disforia e medo relacionados com a progressão da doença. O doente pode-se sentir socialmente abandonado. As recaídas da doença podem ser acompanhadas de desesperança, tristeza, baixa auto-estima, desencorajamento, sentimento de inutilidade, isolamento e ideação suicida. Na fase terminal da doença pode surgir deterioração e decadência, sentimentos de ambivalência, dependência e desinteresse e/ou resolução.

De acordo com Kubler-Ross (1989), o processo de adaptação à doença grave desenvolve-se por cinco fases que não são estanques nem obrigatoriamente sequenciais:

- 1 - Negação – Corresponde a um tipo de defesa difícil e comum aquando da confrontação com o diagnóstico, podendo manter-se até ao final. O doente pode isolar-se ou conviver apenas com pessoas que não se refiram à doença. Esta reacção pode ser assumida também pelos familiares, nomeadamente quando uma mãe descobre que a seropositividade de um filho se deve ao contágio por intermédio do marido que desenvolvia comportamentos bissexuais. Mesmo que o marido o admita, a mãe pode continuar a negá-lo;

2 - Revolta/Raiva – Quando a negação já não pode ser mantida, a raiva e a fúria tomam o seu lugar, podendo manifestar-se de várias formas;

3 - Negociação – A revolta dá lugar à negociação, em que a pessoa acredita que a sua vida pode ser negociada, visando o adiamento da morte. Esta negociação pode decorrer com profissionais de saúde ou com Deus;

4 - Depressão – Os sentimentos anteriores podem ser substituídos por frustração, cansaço e por depressão. A inevitabilidade da morte é reconhecida podendo surgir um desinteresse geral, isolamento e não realização das actividades de vida diária. Nesta fase, pode surgir o suicídio;

5 - Aceitação – O doente de SIDA pode atingir uma fase de paz e aceitação, como sucede com doentes com outras patologias em fase terminal. Quando a angústia e a sensação de impotência dão lugar à aceitação e ao apoio das pessoas mais próximas, o doente pode realizar os preparativos necessários e utilizar o tempo para se despedir de familiares e amigos. “...quando adoecem, então, e só então, é que irão desenvolver o estado de paz e serenidade que faz da morte um sono tranquilo rumo a outra forma de existência.”

Os doentes infectados pelo VIH apresentam conflitos internos específicos da doença em causa. Podem surgir conflitos psicológicos devido ao modo de transmissão do vírus, relacionado com a forma como o doente a contraiu e a quem poderá ter transmitido e devido aos esforços do doente para se proteger do risco da infecção. As respostas emocionais mais comuns são: a ansiedade; o medo de se associar a outras pessoas; a raiva e a desconfiança dirigidas a outras pessoas que lhe poderiam ter transmitido a doença; a culpa acerca do seu estilo de vida anterior; e a solidão devido ao facto de ter abandonado os amigos para se proteger. Conflitos internos relacionados com a continuidade dos relacionamentos pessoais, especialmente de cariz sexual, podem causar receio de abandono social, isolamento e solidão devido à desistência dos relacionamentos íntimos (Flaskerud, 1992).

Podem surgir conflitos de cariz social relacionados com a identificação pública como

portador de uma patologia estigmatizante, devido à rejeição ou abandono familiar e por parte dos amigos, conduzindo-o à solidão e ao isolamento. A estigmatização de que são alvo pode ser extensível à situação laboral (Flaskerud, 1992).

Actualmente, considera-se o processo de adaptação à doença crónica como um processo dinâmico e contínuo, com fases de maior aceitação atingindo o equilíbrio, e outras de maior ansiedade, revolta ou depressão. O tempo é importante no processo de adaptação embora não seja um elemento facilitador (Miguel e Borges, 2002).

O diagnóstico de seropositividade para o VIH afecta as pessoas incluídas na sua rede social como sendo, o parceiro, a família e os amigos, que experienciam os efeitos psicológicos e sociais inerentes a este diagnóstico. O parceiro da pessoa seropositiva pode sentir culpa por lhe ter transmitido o vírus, pode ter receio de contágio através do contacto prévio com a pessoa ou pode apresentar ansiedade e depressão devido ao diagnóstico do parceiro. Pode ocorrer perda do equilíbrio no relacionamento devido ao aumento da dependência física, emocional e financeira do parceiro infectado. A família e os amigos também podem apresentar as mesmas reacções emocionais e sociais isto é, choque, negação, ansiedade, raiva, medo, culpa e depressão. Os pais podem sentir culpa por se sentirem responsáveis pelo estilo de vida do familiar seropositivo. Por vezes podem surgir conflitos que fraccionam a família (Flaskerud, 1992).

O impacto do diagnóstico de infecção pelo VIH despoleta uma crise perante a qual a condição física, social e psicológica do doente não permite responder de imediato a este confronto. O doente enfrenta o facto de as suas formas habituais de resolução de problemas não se aplicarem à crise em questão, podendo surgir reacções emocionais como negação, ansiedade e mais tarde, a depressão. A natureza destas reacções emocionais é comum e a sua inexistência poderá pressupor uma adaptação posterior pouco eficaz (Miguel e Borges, 2002). Pode ocorrer uma diminuição da auto-estima, resultante da perda de autonomia ou devido a um contacto negativo com o sistema de saúde (Serra, 2005).

Na fase diagnóstica inicial pode surgir a negação que corresponde a um mecanismo de defesa, permitindo ao doente evitar de forma imediata as implicações inerentes ao diagnóstico. A negação consiste no bloqueio inconsciente da realidade e das repercussões

individuais e sócio-familiares do diagnóstico O doente age como se a doença não tivesse gravidade ou como se a doença não tivesse repercussões definitivas e a longo prazo. A negação pode trazer vantagens ajudando o doente a controlar as suas emoções face à doença no entanto, pode bloquear a capacidade de gestão desta situação inibindo a procura de cuidados de saúde (Miguel e Borges, 2002).

O diagnóstico de seropositividade para o VIH desencadeia uma crise, durante a qual a pessoa analisa a sua vida, as relações com a família e amigos, o seu auto-conceito e as suas práticas sexuais. As reacções iniciais mais frequentes são de negação e evitamento. Embora a não revelação inicial da sua seropositividade confira tempo para que a pessoa se adapte ao diagnóstico sem se preocupar com a reacção dos outros ao diagnóstico, também causa maior isolamento social. No entanto esta fase é transitória, uma vez que atingido o equilíbrio emocional, a pessoa apresenta mais estratégias para gerir o stress proveniente da revelação do diagnóstico à rede social (Holt *et al.*, 1998).

A ansiedade pode surgir logo após o diagnóstico e de forma intermitente do decurso do processo de doença. A ansiedade inerente ao processo de doença pode-se atenuar sendo substituída pela ansiedade face a possíveis complicações, implicações futuras a nível sócio-profissional e seu impacto nos projectos de vida. A ansiedade pode aumentar ao longo da vida, podendo ser exacerbada pela iminência da morte (Miguel e Borges, 2002).

A depressão pode surgir no decurso de uma doença crónica, embora de surgimento posterior à negação e ansiedade, sendo o seu aparecimento mais frequente do que em doenças agudas. De acordo com alguns estudos, mais de um terço dos doentes crónicos apresentam sintomas moderados de depressão e mais de um quarto sofre de depressão severa. Dadas as características da doença crónica, pode ocorrer perda de controlo sobre o próprio corpo e sobre as actividades de vida diária, conduzindo a sentimentos de desamparo e depressão (Miguel e Borges, 2002).

2.4.1 – Depressão em seropositivos para o VIH

A depressão tornou-se uma das manifestações psiquiátricas de maior difusão, com uma

incidência e uma prevalência quase epidémicas, surgindo em qualquer fase do ciclo vital, independentemente do género. Em algumas sociedades, pode atingir cerca de 5% ou mais da população geral e correspondem a cerca de 10% de todos os doentes observados (Fonseca, 1987). A experiência e o modo de descrição da sintomatologia podem ser influenciados pela cultura. Mediante a cultura em causa, a depressão pode ser experienciada em termos somáticos e não sob a forma de culpa ou tristeza. Portanto, nas culturas latina e mediterrânica, a depressão pode ser referenciada por queixas de “nervos” ou cefaleias. De acordo com alguns estudos, as mulheres encontram-se com um risco acrescido de desenvolvimento de quadros depressivos em determinado momento do ciclo vital, sendo a sua incidência mais frequente a partir da adolescência. Segundo alguns estudos, os quadros depressivos são duas vezes mais frequentes em mulheres do que em homens (DSM IV, 2002).

Os sintomas depressivos têm sido associados a uma variedade de problemas que afectam seropositivos para o VIH, nomeadamente a uma progressão mais rápida para SIDA, a um maior índice de imunossupressão e a uma taxa de mortalidade mais elevada. De acordo com um estudo efectuado em mulheres seropositivas, detectou-se uma taxa de mortalidade mais elevada no grupo de seropositivas com sintomas depressivos do que no grupo de mulheres seronegativas com sintomas depressivos. A taxa de prevalência de depressão em seropositivos (40%) é superior à prevalência em grupos de seronegativos (Vranceanu *et al.*, 2008). De acordo com alguns estudos, doentes seropositivos apresentavam uma taxa de incidência e de prevalência de sintomas depressivos mais elevada do que grupos de seronegativos (Berger-Greenstein *et al.*, 2007).

O episódio depressivo major caracteriza-se clinicamente por um período de pelo menos duas semanas, ao longo do qual se manifesta um humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades. Devem estar presentes pelo menos cinco sintomas dos seguintes:

“Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso); diminuição clara do interesse ou prazer em todas ou quase todas as actividades, durante a maior parte do dia, quase todos os

dias (indicado pelo relato subjectivo ou pela descrição de outros); perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias; insónia ou hipersónia quase todos os dias; agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias; diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão, quase todos os dias; pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio” (DSM IV, 2002).

De acordo com as características descritas anteriormente, o doente pode apresentar um humor depressivo, tristeza, desencorajamento e falta de esperança. Embora em alguns casos a tristeza seja negada, é visível através da expressão facial ou do comportamento. O doente pode referir um vazio, em que não sente emoções. Podem apresentar queixas somáticas como dores no corpo ou podem apresentar irritabilidade ou frustração intensas. O doente pode apresentar perda de interesse pelas actividades que praticava anteriormente, sendo identificado pelos familiares, isolamento social ou negligência nas actividades que lhes davam prazer anteriormente. Pode ocorrer redução dos níveis de interesse sexual. O doente pode apresentar perda de apetite podendo ocorrer perda de peso significativa. Frequentemente, ocorre perturbação do sono sendo mais comum a insónia de meio da noite ou insónia de fim de noite. Por vezes surgem alterações psicomotoras como a agitação ou lentidão que terão de apresentar um grau que permita ser observável pelos outros. Pode surgir diminuição da energia, cansaço ou fadiga persistente na ausência de esforço físico. O doente com depressão pode desvalorizar as suas características, atribuindo-se uma valoração negativa, exacerbando e aumentando falhanços menores do passado. Também é comum sentir culpa por estar doente ou por não conseguir desempenhar as suas actividades habituais. O doente com sintomatologia depressiva pode apresentar dificuldade de concentração, podendo identificar dificuldades de memória. Nestes episódios, o doente pode desenvolver ideação suicida ou tentativas de suicídio. Um episódio de depressão major não tratado pode ter uma duração de quatro meses ou mais independentemente da idade de início do mesmo (DSM IV, 2002).

Considera-se episódio depressivo major quando os sintomas estão presentes há pouco

tempo ou quando o doente piora relativamente ao estado anterior ao episódio e deverão estar presentes durante a maior parte do dia, quase todos os dias durante pelo menos duas semanas consecutivas. A sintomatologia deve ser acompanhada por mal-estar clinicamente significativo ou dificuldade no funcionamento social, ocupacional e noutras áreas importantes (DSM IV, 2002).

Segundo a classificação CID-10 de 1992 da Organização Mundial de Saúde, a depressão pode definir-se em grau leve, moderado ou grave. Depressão leve representa casos em que a pessoa perturbada pelos sintomas, manifesta dificuldade em continuar com o seu trabalho e actividades sociais habituais sem no entanto, deixar de funcionar completamente. A depressão moderada manifesta-se quando a pessoa apresenta dificuldade considerável em continuar com as suas actividades sociais, de trabalho ou domésticas. A depressão grave manifesta-se em pessoas que se sentem incapazes, a não ser de forma muito limitada, em continuar com as suas actividades sociais, de trabalho ou domésticas (Vaz Serra, 1994).

Os quadros depressivos são muito heterogéneos relativamente às suas causas, mecanismos que os determinam, expressão clínica e classificação dos mesmos. Por conseguinte, torna-se difícil estabelecer um diagnóstico diferencial entre tristeza normal e tristeza patológica. Portanto, esta patologia apresenta-se do ponto de vista sindromático, como uma estrutura de complexidade variável, englobando sintomas somáticos e psíquicos, podendo corresponder a situações de classificação clínica de natureza e intensidade diversas (Fonseca, 1987).

De acordo com alguns estudos, os sintomas depressivos parecem relacionar-se com taxas de prevalência de comportamentos de risco mais elevadas nomeadamente, partilha de agulhas e actividade sexual desprotegida. Para além de corresponder a um risco acrescido de transmissão do vírus a seronegativos, é um risco de transmissão de outras estirpes do vírus entre seropositivos, aumentando potencialmente a resistência a terapêutica anti-retroviral (Berger-Greenstein et al, 2007). Por outro lado, a depressão pode interferir na adopção de comportamentos de procura de saúde através da não adesão à terapêutica anti-retroviral (Vranceanu *et al.*, 2008).

2.5 – AUTO-ESTIMA E SEROPOSITIVIDADE PARA O VIH

A resposta emocional ao diagnóstico de VIH/SIDA depende de características individuais, entre elas, do nível de auto-estima prévio do doente. Por outro lado, aquando da adaptação do diagnóstico de infecção pelo VIH, pode ocorrer uma diminuição da auto-estima, resultante da perda de autonomia ou devido a um contacto negativo com o sistema de saúde (Serra, 2005).

A auto-estima é uma determinante importante do bem-estar físico e psicológico (Rosenberg, 1965) e corresponde ao conjunto de aspectos avaliativos e emocionais do auto-conceito (Faria, Pepi e Alesi, 2004). O auto-conceito é definido como a percepção que a pessoa tem de si própria nas várias vertentes quer seja a nível emocional, social ou físico. Apresenta-se como um constructo que permite reconhecer a identidade pessoal, a coerência e consistência do comportamento, independentemente das influências do meio envolvente (Kernis e Goldman, 2003; Vaz Serra, 1986). O auto-conceito subdivide-se em várias dimensões, reorganizando-se mediante os conteúdos – dos quais fazem parte as identidades de um indivíduo – e os aspectos avaliativos e emocionais, onde se engloba a auto-estima (Vaz Serra, 1986).

Para a formação do auto-conceito, o indivíduo constitui-se como o objecto da própria observação e necessita de se abstrair dos seus comportamentos específicos do dia-a-dia, assim como do comportamento dos outros em relação a si. A inferência do auto-conceito é um constructo hipotético, elaborado a partir de acontecimentos pessoais, em que determinada estrutura pessoal se define mediante as designações atribuídas a determinadas classes de comportamentos, procurando-as definir e englobar (Faria e Fontaine, 1990). Este constructo psicológico permite compreender de que forma o indivíduo interage com os outros, gere as suas necessidades e motivações, como utiliza os seus mecanismos de auto-controlo, de forma a inibir determinadas emoções ou a desenvolver determinados comportamentos. Também permite compreender a continuidade e coerência do comportamento individual ao longo do tempo (Vaz Serra, 1986).

O auto-conceito, enquanto elemento integrador, permite reconhecer a unidade e a coerência de comportamento independentemente das influências do meio ambiente. Por conseguinte,

o desempenho de um indivíduo que é espectável mediante determinado papel social pode conduzir à satisfação ou insatisfação pessoal, produzindo emoções agradáveis ou desagradáveis. Se a emoção produzida for agradável, o indivíduo poderá procurar novos comportamentos e objectivos. Se a emoção desencadeada for desagradável, poderá inibir a acção (Kernis e Goldman, 2003). Portanto, a forma como cada um se percebe e se avalia influencia a forma de se relacionar com os outros, condiciona as tarefas que selecciona e as tensões emocionais que experiencia. Por conseguinte, quanto melhor o auto-conceito, melhor é o desempenho individual, comparando indivíduos com capacidades semelhantes. As dificuldades nas relações inter-pessoais podem traduzir um auto-conceito pobre (Vaz Serra, 1986; Kernis e Goldman, 2003).

De acordo com Rosenberg (1965) citado por Vaz Serra (1986), quando o indivíduo se constitui objecto da sua própria observação, constrói um conjunto de percepções denominadas por auto-imagens que assumem maior relevância pelas suas propriedades e relações hierárquicas e de significação que estabelecem entre si num mesmo indivíduo. A forma como as auto-imagens se organizam na estrutura individual conduz a uma determinada estrutura do seu auto-conceito.

De acordo com Gécas (1982) citado por Vaz Serra (1986), as identidades atribuem significação ao Eu enquanto objecto de observação, contribuem para a estrutura e conteúdo do auto-conceito e ligam o Eu aos sistemas sociais. Por outro lado, o conteúdo e a organização do auto-conceito reflectem o conteúdo e a organização da sociedade.

Importa salientar a diferença entre auto-conceito real e auto-conceito ideal. O auto-conceito real significa a forma como o indivíduo se percebe e se avalia tal como é, na realidade. O auto-conceito ideal representa a forma como o indivíduo sente que deveria ou gostaria de ser, isto é, representa as qualidades humanas valorizadas pelo meio social em que se encontra inserido. A diferença entre ambos traduz o índice de aceitação, de satisfação pessoal e de ajustamento, na qual se encontra implícita uma avaliação que o indivíduo faz de si próprio. Uma avaliação positiva que o indivíduo faz sobre as suas aptidões, capacidades e acções permite alcançar os objectivos traçados, obter reforços e evitar o fracasso, a punição, de forma a evitar a ansiedade. Esta avaliação condiciona o comportamento humano, uma vez que envolve aspectos afectivos e emocionais. Desta

forma, o aspecto avaliativo e afectivo encontram-se intimamente relacionados (Vaz Serra, 1986).

Para além do aspecto avaliativo do auto-conceito, o aspecto motivacional assume extrema importância. De acordo com Gécas (1982) citado por Vaz Serra (1986), quando o auto-conceito é considerado como fonte de motivação, existem três motivos associados: o motivo de auto-eficácia, o motivo de auto-estima ou auto-saliência e o motivo de auto-consistência. O motivo de auto-eficácia relaciona-se com o facto de o indivíduo compreender que o seu comportamento é determinado por si e não por influência de pessoas mais poderosas ou devido ao acaso. O motivo de auto-estima relaciona-se com o facto de existir uma motivação intrínseca para manter e realçar o aspecto positivo de si próprio, traduzindo estratégias de luta pelo êxito. O motivo de auto-estima pode apresentar duas facetas distintas: a da auto-saliência, em que o indivíduo procura o crescimento e o aumento da auto-estima pessoal, adoptando estratégias de luta pelo êxito. O motivo de auto-manutenção tem como objectivo não perder o que o indivíduo possui, em este adopta estratégias comportamentais assentes no medo do fracasso. Indivíduos com uma auto-estima pobre caracterizam-se por desenvolver estratégias de auto-manutenção mais do que de auto-saliência.

A auto-estima global representa a faceta mais importante do auto-conceito (Vaz Serra, 1986). Consiste no somatório dos juízos de valor efectuados pelo indivíduo sobre si mesmo tendo em conta as várias componentes da auto-estima sendo estas: o valor pessoal, o respeito por si mesmo, a auto-confiança e o amor-próprio. O sentimento de valor pessoal, sentimento básico e fonte de bem-estar, não corresponde a algo que se possui ou não mas resulta de um conjunto de experiências e de sentimentos provenientes de situações em que se age bem ou mal, no que se refere à capacidade para lidar com os desafios, para aprender e ajudar os outros (Faria, Pepi e Alesi, 2004). Diz respeito ao processo avaliativo implementado pelo indivíduo sobre as suas qualidades ou desempenhos, isto é, a forma como cada um se avalia ou se sente em relação a si próprio (Evan *et al.*, 2006). Corresponde ao resultado de julgamentos positivos ou negativos que a pessoa realiza acerca de si própria, conotando com sentimentos de bom e de mau os diferentes dados da sua própria identidade (Vaz Serra, 1986).

De acordo com Cooley e Mead (1934) citado por Vaz Serra (1986), as avaliações pessoais do indivíduo reflectem as respostas e avaliações realizadas pelos outros. Existem normas sociais designadas por deferências ou tacto que inibem uma avaliação honesta dos outros, especialmente quando esta é negativa e interfere negativamente com a auto-estima do indivíduo. Para além deste aspecto, nem todas as avaliações têm o mesmo impacto sobre a auto-estima do indivíduo, uma vez que nem todas as pessoas atribuem a mesma credibilidade para este. As avaliações pessoais podem também resultar de comparações sociais, em que o indivíduo se compara a grupos normativos detentores de normas e padrões tidas como referência para a sua conduta. Se o grupo lhe fornece padrões de auto-avaliação, constitui-se como grupo comparativo (Baumeister, 1999).

Segundo Gécas (1982) citado por Vaz Serra (1986), de um ponto de vista global, as pessoas têm tendência para distorcer a realidade com a finalidade de manterem um auto-conceito positivo, através da forma selectiva como são escolhidas as pessoas significativas, as comparações sociais que o indivíduo estabelece, a reconstrução de uma história pessoal e a forma como a pessoa lida com os acontecimentos nocivos para esta. Por sua vez, o motivo de auto-estima pode ter influência sobre outros comportamentos, nomeadamente sobre a forma como é seleccionada informação negativa acerca do indivíduo, a atracção interpessoal, o comportamento moral, a confiança pessoal ou a independência. Por conseguinte, o motivo de auto-estima tem influência directa sobre a selecção de estratégias individuais, com consequências directas sobre o estilo de vida do mesmo.

Podem ocorrer variações no nível de auto-estima com repercussões no funcionamento psíquico. Uma auto-estima instável pode reflectir sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade no que se refere ao valor próprio, despoletado por acontecimentos externos ao indivíduo. Acontecimentos positivos ou negativos têm maior impacto imediato sobre indivíduos com um nível de auto-estima instável (Kernis e Goldman, 2003). Uma auto-estima baixa está muitas vezes relacionada com o isolamento e evitamento dos outros, assim como com dificuldades na adaptação à doença. De acordo com alguns estudos, a auto-estima funciona como factor protector face à ansiedade gerada por situações stressantes isto é, situações de ameaça ao bem-estar físico ou psicológico. Níveis elevados de auto-estima reduzem a susceptibilidade à ansiedade gerada como resposta a ameaças. Pessoas com uma baixa auto-estima, têm tendência para serem mais ansiosas. As ameaças à

auto-estima causam ansiedade, enquanto a defesa da auto-estima a reduz. Quando ameaçadas, as pessoas adoptam estratégias de defesa ou restauração da auto-estima. A auto-estima representa um mecanismo psicológico de protecção individual face à ansiedade despoletada pelo confronto com situações stressantes como a doença crónica ou ameaça de morte (Baumeister, 1999).

CAPÍTULO 3 – REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA

A partilha de informação acerca do diagnóstico de infecção pelo VIH com elementos da rede social representa uma tarefa difícil do ponto de vista emocional pelo facto de criar uma dupla oportunidade: de rejeição ou de aceitação social (Berger, Ferrans e Lashley, 2001). Esta tarefa levanta questões como a privacidade, vulnerabilidade e identificação com um papel estigmatizante, correspondendo a um risco social elevado (Körner, 2007).

A revelação do diagnóstico de seropositividade é influenciada pelo receio de despoletar uma crise emocional disruptiva com o receptor da informação, e de se tornar alvo de discriminação (Simoni e Pantalone, 2004). Da mesma forma, é ponderada como impeditiva de uma estratégia de auto-protecção emocional ou vista como sobrecarga emocional para o receptor da informação (Yoshioka e Schustack, 2001; Petrak *et al.*, 2001). Embora a pessoa seropositiva possa ter beneficiado de reacções positivas face à informação sobre a doença, sempre que existe necessidade ou vontade de partilha de diagnóstico com outros elementos da rede social, pode existir ansiedade e receio das reacções por parte dos receptores da informação (Berger, Ferrans e Lashley, 2001).

De acordo com Green (1995) as pessoas portadoras de infecção pelo VIH podem sofrer por parte da sociedade, consequências negativas tais como: a perda de emprego, restrições de acesso a produtos financeiros como seguros, entre outras. Essas atitudes podem ser interiorizadas de forma negativa pelos doentes seropositivos, existindo uma elevada probabilidade de se sentirem estigmatizados. Os doentes que antecipam consequências negativas decorrentes da revelação do diagnóstico têm maior tendência para evitar revelar esta informação (Mansergh *et al.*, 1995).

O suporte social constitui um factor facilitador do ajuste psicológico ao diagnóstico de infecção por VIH. Tal como sucede noutras doenças crónicas, o suporte social permite atenuar o stress emocional associado ao diagnóstico de seropositividade, promovendo o bem-estar emocional e psicológico (Kalichman *et al.*, 2003).

A compreensão do impacto da informação do diagnóstico à família, amigos e parceiros(as) é importante pois a revelação é imprescindível para a aquisição de suporte sócio-familiar, que demonstrou melhorar as vidas de quem vive com VIH. A partilha desta informação poderá permitir a aquisição de suporte social, contribuindo para atenuar sintomas depressivos. O suporte sócio-familiar facilita o desenvolvimento de estratégias de coping (Serovich, Esbensen e Mason, 2005).

Existem algumas teorias explicativas acerca da revelação do diagnóstico de seropositividade para o VIH. De acordo com a teoria de progressão da doença, os indivíduos seropositivos revelam mais a sua seropositividade à medida que a doença avança, uma vez que os sintomas se vão tornando mais evidentes (Mansergh, Marks e Simoni, 1995). A progressão da doença vai requerendo cada vez mais internamentos, ocorrendo degradação progressiva do estado de saúde. Perante o risco de morte iminente, as pessoas podem recer necessitar de maior apoio físico e emocional do que até esse momento (Serovich, Esbensen e Mason, 2005). À medida que a severidade dos sintomas aumenta, a revelação aos membros da família também aumenta (Marks *et al.*, 1992). O intervalo de tempo desde o diagnóstico de seropositividade e a severidade dos sintomas parecem favorecer a revelação das informações (Serovich, Esbensen e Mason, 2005). A revelação do diagnóstico nestes padrões parece reduzir a sua independência assim como o nível de auto-estima (Holt *et al.*, 1998). No entanto, com a introdução da terapêutica anti-retroviral, a qualidade de vida das pessoas seropositivas alterou-se estruturalmente, aumentando temporalmente a fase assintomática. A teoria da progressão da doença não consegue fundamentar totalmente o mecanismo da comunicação do diagnóstico à rede social.

Surge por este motivo, outra teoria baseada nas consequências, em que a revelação do diagnóstico surge após análise dos benefícios e das consequências associados a este acontecimento. As pessoas seropositivas tendencialmente revelam a informação às pessoas

mais significativas desde que os ganhos superem os custos psicológicos e emocionais associados à informação do diagnóstico. Embora as teorias explicativas da motivação para divulgação da informação de seropositividade ajude a compreender o fenómeno, não explicam na totalidade a envolvimento desta problemática (Serovich, 2001).

Segundo Mansergh, Marks e Simoni (1995), a informação do diagnóstico de seropositividade à rede social pode representar um passo no sentido da aceitação social e consequente suporte social. No entanto, a decisão de informação ou não da seropositividade é influenciada pela análise dos custos-benefícios desta revelação à rede social isto é, do balanço que o doente faz entre a vantagem de suporte social para lidar com a doença e o risco de ruptura das relações sociais. De acordo com estudos efectuados, o estigma associado ao VIH/SIDA tem uma correlação negativa com a predisposição para a revelação do diagnóstico por parte da pessoa seropositiva isto é, o estigma pode evitar a informação deste diagnóstico a outros elementos da sua rede social (Yang *et al.*, 2006).

3.1 – SUPORTE SOCIAL EM CONTEXTO DE SEROPOSITIVIDADE

A rede de suporte social proporciona uma maior estabilidade a nível da saúde física e mental do indivíduo ao longo do ciclo vital, proporcionando-lhe o apoio de que necessita para ultrapassar as situações stressantes com as quais se vai confrontando. O sentimento de pertença a um grupo social permite aumentar a auto-confiança, ajuda a desenvolver estratégias de coping e reduz o efeito de sintomas psico-patológicos ao longo da vida (Vandervoort, 1999).

O suporte social é conceptualizado como um constructo multifacetado, que compreende o apoio emocional, psicológico, físico, instrumental ou material fornecido pelos amigos, companheiro(a), familiares e organizações, com o objectivo de manter o bem-estar e promover a adaptação a acontecimentos stressantes. A funcionalidade da rede de suporte social assenta na manutenção e reforço de laços entre os elementos que a constituem, com o objectivo de fomentar o apoio mútuo nas actividades diárias e em situações de stress emocional (Dunst e Trivette, 1985). Engloba várias componentes entre elas: o apoio instrumental, que consiste na ajuda disponibilizada através da cedência de bens materiais; a

intimidade, que se manifesta através de relacionamentos de grande proximidade, em que existe compromisso emocional e partilha de informações pessoais. O sentimento de pertença a um grupo permite reduzir o stress inerente a determinadas situações. As pessoas que se reconhecem como pertencentes a um grupo social utilizam mais facilmente o apoio fornecido por estes, usufruindo dos benefícios da pertença ao mesmo (Hale, Hannum e Espelage, 2005).

O suporte social é considerado um factor preditivo da saúde, uma vez que permite reduzir o stress físico e afectivo despoletado por situações de crise, aumentando o bem-estar físico e emocional. O indivíduo gere melhor as situações de stress em ambientes de forte apoio social. Existe uma correlação positiva entre o suporte social e a saúde física, reflectindo-se no sucesso do tratamento (Davis e Swan, 1999; Reis e Franks, 1994; Cohen e Syme, 1985). De acordo com um estudo realizado com estudantes, os alunos com menor suporte familiar manifestaram maior número de sintomas físicos do que os que manifestavam níveis de apoio familiar elevados (Zaleski, Levey-Thors e Schiaffino, 1998).

O impacto do suporte social na saúde parece variar de acordo com o género. O stress e o suporte social apresentam maior impacto sobre a saúde feminina sendo que, o género feminino manifesta maior susceptibilidade a problemas físicos do que o género masculino. As mulheres procuram e usufruem mais frequentemente deste apoio social do que os homens, e a disponibilidade percebida de apoio social influencia positivamente a saúde feminina (Ryff e Singer, 2001; Shumaker e Hill, 1991).

A seropositividade para o VIH pode desencadear um conjunto de situações potencialmente stressantes que deverão ser progressivamente negociadas e ultrapassadas no sentido de evitar consequências psicológicas e físicas na saúde individual (Zuckerman e Antoni, 1995). Uma gestão ineficaz do stress pode aumentar o risco de desenvolvimento de problemas psicopatológicos como sendo, depressão, ansiedade ou ideação suicida, que se poderão reflectir na diminuição mais rápida da imunidade celular (Hays, Chauncey e Tobey, 1990).

O suporte social pode atenuar o efeito stressante de situações associadas a este diagnóstico. De acordo com alguns estudos, existe uma correlação positiva consistente entre o suporte

social e o ajuste psicológico entre doentes seropositivos, permitindo-lhes desenvolver estratégias de coping eficazes na gestão do stress (Zuckerman e Antoni, 1995). Alguns doentes desenvolvem SIDA em pouco tempo enquanto outros se mantêm assintomáticas durante um período muito longo. Este facto tem sido estudado e as causas têm vindo a ser atribuídas à disparidade existente no acesso à terapêutica anti-retroviral ou à não adesão ao regime terapêutico (Ashton *et al.*, 2005). No entanto, têm surgido estudos que apontam para o motivo residir na influência dos factores psicossociais sobre a progressão da doença. Os factores psicossociais podem incluir: a condição física, a manifestação sintomática da doença, perturbações do sono, antecedentes pessoais de perturbação psiquiátrica, consumo de estupefacientes, acontecimentos de vida stressantes, apoio social, adopção de estratégias de coping e estatuto socio-económico (Van-Servellen *et al.*, 1998).

Alguns estudos defendem que o suporte social apresenta benefícios sobre os processos fisiológicos. Os doentes que mantêm uma rede de suporte social coesa apresentam menos respostas biológicas extremas a factores stressores, uma vez que os níveis das hormonas envolvidas na mediação do stress (catecolaminas) se encontram mais regulados. Esta regulação permite manter o funcionamento do sistema imunitário mais favorável perante situações stressantes, prevenindo ou retardando o desenvolvimento da doença. Pessoas com uma rede social coesa tendem a apresentar melhor função imunitária (Antoni *et al.*, 1990). Uma rede de suporte social estável confere ao indivíduo uma sensação de bem-estar. Doentes que sentem apoio da rede de suporte social tendem a proteger-se mais e a desenvolver estratégias para combater a progressão da doença, quer seja através da adopção de hábitos de vida saudáveis (exercício físico, ou sono reparador), quer seja evitando hábitos de vida nocivos (hábitos tabágicos e/ou etílicos ou consumo de estupefacientes). Por outro lado, pessoas que mantêm relacionamentos estáveis com amigos e familiares tendem a manter uma relação de proximidade com os técnicos de saúde (Spiegel, 1993).

A aplicação de estratégias de coping eficazes está associada a uma menor incidência de perturbações do humor em pessoas seropositivas para o VIH (Folkman *et al.*, 1992). Os benefícios adstritos ao suporte social relacionam-se com os ganhos psicológicos, isto é: o apoio percebido pelas pessoas seropositivas pode reduzir a percepção de stress inerente a determinadas situações; o apoio emocional fornecido pela rede de suporte social permite-lhes expressar abertamente os seus receios e frustrações, reduzindo a ansiedade; o apoio

informal prestado pela rede permite contextualizar e relativizar os problemas e receios, permitindo-lhes adoptar estratégias de coping ajustadas e assumir uma postura realista perante a vida; o sentido de pertença ao grupo social pode contribuir para o aumento da auto-estima, sentimento de pertença e bem-estar, aumentando a sensação de controlo sobre as situações (Zuckerman e Antoni, 1995).

Com o desenvolvimento biomédico e farmacológico, a seropositividade para o VIH tornou-se numa doença crónica. A esta cronicidade pode estar adstrita uma diminuição da qualidade das interacções sociais, afectando a qualidade de vida das pessoas envolvidas no processo (Radley, 1994). O diagnóstico de seropositividade, assim como a incerteza inerente à evolução da doença pode originar stress ou depressão (Chesney, Morin e Sherr, 2000).

O aparecimento de sintomas físicos como fadiga ou dores, assim como sintomas cognitivos, como esquecimento ou dificuldade na resolução de problemas pode ocasionar desmotivação. Esta desmotivação pode-se reflectir no desinvestimento em tarefas de promoção da qualidade de vida. O suporte social é conceptualizado como catalizador da motivação para participar em actividades promotoras da qualidade de vida (Vandervoort, 1999).

O doente seropositivo pode sentir o estigma socialmente atribuído ao diagnóstico, restringindo as suas actividades e isolando-se, o que pode contribuir para uma diminuição do nível de auto-estima. Como consequência da ruptura de laços afectivos com a família e amigos, perda de emprego ou perda de saúde, pode conduzir à depressão (Lichtenstein, Laska e Clair, 2002). A pessoa seropositiva pode optar por reduzir o número de elementos que compõem a sua rede de suporte social e o número de interacções sociais. O acesso à rede social também pode ser dificultado quando os seus parceiros ou amigos também são portadores de infecção pelo VIH, quando a família é em pequeno número ou se encontra pouco acessível (Serovich, Brucker e Kimberly, 2000).

O cariz do suporte social de que a pessoa seropositiva necessita pode variar no decurso da doença. Numa fase inicial, o apoio social relacionado com o fornecimento de informação é fundamental, num período em que ainda não existe muita informação sobre a doença.

Numa fase posterior, perante o estigma associado à patologia ou perdas associadas à doença, o apoio emocional é importante (Catania *et al.*, 1992).

Uma rede de suporte social coesa fomenta a auto-confiança do doente seropositivo, permite-lhe desenvolver estratégias de coping mais eficazes perante situações stressantes e reduz a probabilidade de desenvolver problemas psiquiátricos (Clingerman, 2004).

3.2 – SELECTIVIDADE NA REDE SOCIAL

A revelação do diagnóstico de seropositividade para o VIH é também influenciada pelo cariz dos relacionamentos estabelecidos entre o indivíduo seropositivo e os elementos da rede de suporte social. A informação da seropositividade ocorre mais frequentemente a pessoas significativas como parceiros, pais e amigos do que a elementos da comunidade menos significativos, como patrões ou líderes religiosos. Embora o doente seropositivo corra igualmente risco de rejeição social ao revelar o diagnóstico a pessoas mais significativas, o apoio que estas podem fornecer também é mais relevante (Marks *et al.*, 1992).

Quando o doente decide informar os elementos da família e amigos acerca da sua seropositividade, tem como fonte de motivação, a necessidade de manter um relacionamento assente na honestidade, de forma a reduzir o stress inerente à manutenção da seropositividade em segredo e de forma a aceder ao apoio da rede social. Por conseguinte, a decisão de revelar a seropositividade depende das barreiras emocionais e do cariz das relações entre a pessoa seropositiva e os elementos da rede social (Kalichman *et al.*, 2003). De acordo com Petrak *et al.* (2001), as pessoas seropositivas revelam mais frequentemente o diagnóstico aos parceiros, com menor frequência aos amigos e ainda menos frequentemente aos membros da família.

A informação da seropositividade ao parceiro sexual envolve alguns aspectos essenciais nomeadamente, se a relação é estável ou esporádica. Entre parceiros com um relacionamento emocional estável, a revelação do diagnóstico pode ocasionar o fim da relação. Um parceiro que seja informado acerca da seropositividade do doente portador de

infecção por VIH pode reacear ter contraído ele próprio VIH, podendo-se revoltar perante este aspecto. Para além da possível rejeição emocional, pode existir também rejeição sexual (Zea *et al.*, 2004). A serologia positiva do parceiro é um factor adjuvante da informação do diagnóstico. Os homens seropositivos revelam mais frequentemente ao parceiro seropositivo do que se o parceiro for seronegativo ou de serologia desconhecida, uma vez que a revelação de uma informação íntima é um processo recíproco (Marks *et al.*, 1992).

Informar a família de origem corresponde a um passo importante dado pelo seropositivo no sentido da obtenção de suporte social da mesma, sendo que o suporte social constitui um aspecto importante para o desenvolvimento da capacidade de adaptação do indivíduo à doença crónica (Kalichman *et al.*, 2003). Determinadas características dos membros da família da pessoa seropositiva parecem ter influência na partilha do diagnóstico com estes. De acordo com Serovich, Esbensen e Mason (2005), variáveis como a idade do familiar, o grau de satisfação com o relacionamento afectivo, o grau de intimidade existente entre ambos, o papel familiar assumido pelo membro da família em causa e a etnia do familiar são tidas em consideração pelo doente. As características da pessoa seropositiva também podem influenciar a revelação da informação, sendo estas: a idade da pessoa seropositiva, a etnia e o facto de ter ou não revelado a outros membros da família anteriormente.

A informação do diagnóstico de infecção por VIH por homossexuais aos membros da família é selectiva sendo mais frequentemente partilhada por figuras femininas como mães e irmãs. Pais, irmãos e avós serão menos informados (Kadushin, 2000; Serovich *et al.*, 2005). Esta opção pelo feminino deve-se ao facto de se considerar que as mães e as irmãs são mais carinhosas, aceitam melhor os estilos de vida alternativos e prestam maior apoio emocional. Os pais têm maior dificuldade em se envolverem no tratamento dos filhos ou de fornecerem o apoio de que estes necessitam (Fisher *et al.*, 1993). Os pais e parceiros íntimos têm maior tendência para se afastarem após a informação do diagnóstico de seropositividade, ao contrário das mães e amigos. Os parceiros íntimos têm maior tendência para se revoltarem com a situação do que os pais, mães ou amigos (Mansergh, Marks e Simoni, 1995). As pessoas homossexuais seropositivas revelam maior dificuldade em informar sobre a sua doença à família de origem (Mansergh, Marks e Simoni, 1995).

De acordo com Kadushin (2000), a partilha de informação sobre a seropositividade

desenvolve-se por fases, sendo selectiva. As investigações têm demonstrado que pessoas homossexuais e bissexuais revelam mais frequentemente a seropositividade a amigos e a parceiros do que à família de origem em qualquer fase da doença (Serovich, Esbensen e Mason, 2007; Mansergh, Marks e Simoni, 1995; Zea *et al.*, 2004). Geralmente optam por revelar a seropositividade a homossexuais ou bissexuais do que a heterossexuais, especialmente se presumirem que também são seropositivos. Esta preferência pode-se dever a um nível elevado de confiança, empatia e familiaridade entre homossexuais (Marks *et al.*, 1992).

O facto de homossexuais seropositivos revelarem a informação aos parceiros sexuais poderá pressupor a adopção de medidas preventivas no contacto sexual no sentido de evitar a transmissão do vírus aos parceiros (Parsons *et al.*, 2005; Mansergh, Marks e Simoni, 1995). Por outro lado, a relutância em revelar a seropositividade à família de origem pode-se atribuir ao desejo de esconder a orientação sexual, a fim de proteger a família de informação dolorosa ou para evitar conflitos (Marks *et al.*, 1992). Se a revelação da orientação sexual foi mal recebida no seio familiar, a pessoa homossexual pode optar por não revelar a seropositividade a fim de evitar novo conflito (Kalichman *et al.*, 2003). No entanto, à medida que a doença progride, é mais frequente revelar a mesma à família (Mansergh, Marks e Simoni, 1995), o que pode ser motivado pela evidência dos sintomas, necessidade de apoio emocional e material ou o desejo de reconciliação familiar (Holt *et al.*, 1998).

De acordo com alguns estudos, o suporte emocional prestado por familiares não é tão eficaz quanto o apoio prestado por amigos (Serovich, Esbensen e Mason, 2005). Os relacionamentos entre a pessoa seropositiva e os amigos ou parceiros são relações de cariz voluntário isto é, os intervenientes são escolhidos livremente com base na atracção mútua, confiança e interesses em comum. Os relacionamentos com os familiares são percebidos como involuntários, estabelecidos à nascença e fundamentados no sentido do dever e da obrigação. Por conseguinte, os amigos e parceiros podem ser percebidos pela pessoa seropositiva como mais compreensivos em relação a assuntos relacionados com a seropositividade, fornecendo mais facilmente o apoio de que necessitam (Derlega *et al.*, 2003). De acordo com Mansergh, Marks e Simoni (1995), num estudo efectuado com pessoas homossexuais seropositivas diagnosticadas recentemente, uma percentagem

elevada revelou a informação aos parceiros e amigos. Um número mais reduzido de pessoas revelou a informação às mães, aos irmãos ou irmãs. Poucos informaram os pais.

3.3 – A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE

Com a introdução da terapêutica anti-retroviral, a progressão da doença foi abrandada, traduzindo-se num aumento da esperança de vida e melhoria da qualidade da mesma. Com o decorrer do tempo, a questão da sexualidade evidencia-se (Bancroft, Carnes e Janssen, 2005). Os serviços de saúde deverão estar preparados para o acompanhamento e aconselhamento dos doentes seropositivos na área da saúde sexual, proporcionando-lhes informação que lhes permita a tomada de decisão consciente quanto às posições que deverão tomar para usufruírem do seu direito à saúde sexual (Bharat, 2007).

O diagnóstico de seropositividade para o VIH pode conduzir a mudanças de padrões sexuais. Algumas pessoas seropositivas, perante dúvidas quanto à segurança dos comportamentos sexuais adoptados e face ao stress associado à revelação do diagnóstico ao parceiro sexual, optam pela abstinência sexual. Em alguns casos, os doentes optam por se relacionarem com parceiros ocasionais adoptando medidas preventivas seguras, reduzindo a necessidade de informar o parceiro acerca da sua seropositividade, uma vez que não é considerada uma informação necessária durante um relacionamento ocasional (Holt *et al.*, 1998).

A revelação da seropositividade aos parceiros sexuais permite uma tomada de decisão partilhada e consciente entre os elementos do casal. A adopção de medidas preventivas na transmissão do vírus incluem a utilização de preservativo durante as relações sexuais e a não partilha de material de suporte para o consumo de drogas por via endovenosa (Hart *et al.*, 2005).

As pessoas seropositivas que optam pela revelação da seropositividade ao parceiro, procuram retomar o controlo sobre as suas vidas, procurando minimizar o stress associado à não revelação e à ansiedade causada por relações sexuais com um parceiro que desconhece a sua seropositividade. Em alguns casos, pode ocorrer mudança do padrão de

comportamento, reduzindo o número de parceiros sexuais e reduzindo conseqüentemente, o número de revelações (Holt *et al.*, 1998).

Em relações com parceiros ocasionais, existem pessoas seropositivas que optam por revelar a seropositividade utilizando estratégias de comunicação, de modo a reduzir o risco de desencadear reacções negativas por parte do receptor da informação. A escolha das estratégias depende do ambiente onde decorre a revelação e das características de personalidade da pessoa seropositiva (Serovich *et al.*, 2005).

Por outro lado, segundo alguns estudos, homossexuais com suporte sócio-familiar mais deficitário desenvolvem mais comportamentos sexuais de risco e revelam menos a sua seropositividade aos parceiros sexuais. O suporte familiar tem sido associado à intenção de limitar mais o número de parceiros sexuais no futuro, incentivam o doente a permanecer monogâmico ou a abster-se de comportamentos sexuais (Serovich *et al.*, 2005).

A proporção de pessoas que praticam relações sexuais sem revelar a sua seropositividade varia de acordo com a sua orientação sexual mas também mediante o cariz da relação que mantêm. As pessoas seropositivas homossexuais e bissexuais que não revelam a sua seropositividade desenvolvem mais frequentemente relacionamentos ocasionais do que um relacionamento monogâmico, com maior compromisso emocional, onde poderão sentir maior necessidade de revelar a sua serologia (Wolitski, Gómez e Parsons, 2005; Ciccarone *et al.*, 2003).

As pessoas com orientação sexual de cariz heterossexual não apresentam correlação entre a estabilidade do relacionamento e a não revelação de seropositividade (Ciccarone *et al.*, 2003). As razões da não revelação do diagnóstico referidas por homossexuais e homens seropositivos relacionam-se com falta de estratégias de negociação e comunicação, o desejo de evitar o stress inerente à negociação e as características do contexto social no qual se poderia desenrolar a comunicação (Holt *et al.*, 1998).

A não revelação do diagnóstico pode ser o factor-chave para a transmissão do VIH, pois pode fornecer aos parceiros a uma falsa sensação de segurança. A não comunicação acerca da infecção por VIH acontece com alguma frequência e pode fazer pressupor ao parceiro,

que este não está doente, colocando o outro em risco devido a uma comunicação deficitária (Serovich *et al.*, 2005; Ciccarone *et al.*, 2003). Verificou-se um aumento das relações anais não protegidas entre homossexuais com parceiros de serologia desconhecida ou negativa em São Francisco, assim como um acréscimo do número de novas infecções na mesma área entre 1997 e 2002 (Osmond *et al.*, 2007). No mesmo sentido, outro estudo revelou que, embora as investigações tenham concluído que as pessoas homossexuais seropositivas adoptam mais estratégias de redução de risco, verificou-se que cerca de dois em cada cinco homossexuais seropositivos adoptam comportamentos sexuais de risco (Van Kesteren, Hospers e Kok, 2006).

De acordo com Simoni e Pantalone (2004), cerca de um terço das pessoas seropositivas para o VIH mantêm relações sexuais desprotegidas por vezes, sem informar os parceiros acerca da sua seropositividade, os quais poderão ser seronegativos ou de serologia desconhecida. Esta omissão passiva poderá colocar o parceiro em risco. A adopção de comportamentos de risco pode estar relacionada com a percepção de cronicidade e redução da intensidade e número de sintomas em pessoas seropositivas na era pós-HAART. Com a introdução da terapêutica anti-retroviral, houve um aumento substancial da qualidade de vida e sobrevivência do doente. Este aspecto pode ter contribuído para uma relativização das consequências dos comportamentos de risco sexual. Por outro lado, em relacionamentos estáveis e de grande partilha, podem optar por não utilizar preservativo. A revelação da seropositividade pode pressupor um aumento da segurança nas relações sexuais, promovendo a adopção de práticas sexuais seguras. No entanto, isso nem sempre se verifica. As pessoas seropositivas podem revelar a sua seropositividade mas não abordarem a questão da protecção durante as relações sexuais, colocando o parceiro em risco no sentido de aumentar o compromisso entre ambos. A negociação de estratégias de protecção durante as relações sexuais pode não se efectuar devido ao consumo de estupefacientes no período que antecede o acto sexual. Por outro lado, a não revelação do diagnóstico nem sempre conduz a relações sexuais desprotegidas porque, embora a pessoa seropositiva não revele a informação, pode adoptar medidas de protecção durante a relação sexual (Larkins *et al.*, 2005).

Após o diagnóstico, existem pessoas seropositivas que mantêm relações sexuais desprotegidas ou utilizam o preservativo durante as relações sexuais de forma inconsistente.

A utilização inconsistente do preservativo implica utilizá-lo com alguns parceiros e não com outros ou, utilizar preservativo de forma irregular durante as relações sexuais com o mesmo parceiro. Este facto reflecte um comportamento preventivo instável que poderá colocar em causa a saúde de ambos (Barta *et al.*, 2007).

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

4.1 – OBJECTIVOS E PROCEDIMENTOS GERAIS DA INVESTIGAÇÃO

A infecção pelo VIH, sendo considerada uma doença crónica apresenta-se como uma limitação e uma ameaça. Os processos cognitivos e recursos individuais utilizados habitualmente na resolução de problemas são considerados insuficientes e a doença é conceptualizada como uma condição stressora, exigindo o desenvolvimento de estratégias de coping, no sentido de reduzir ou tolerar as exigências externas ou internas inerentes a esta situação (Gameiro, 1999). A significação atribuída pelo indivíduo a esta situação stressora é mais relevante para as suas respostas emocionais do que a natureza objectiva da mesma (Lazarus e Folkman, 1984).

As respostas emocionais perante uma situação stressora como sendo o diagnóstico de seropositividade irão traduzir a forma como a pessoa se adapta à condição de doente portador de uma patologia crónica. Por conseguinte, debruçarmo-nos sobre a forma como a pessoa seropositiva responde a esta situação stressora permite aumentar o conhecimento sobre este processo de adaptação.

O presente estudo exploratório, apresenta também características de um estudo descritivo-correlacional, uma vez que procura descrever como se manifestam determinados fenómenos (Sampieri, Collado e Lúcio, 2006). O objectivo geral do presente estudo é avaliar as reacções emocionais da pessoa ao diagnóstico de seropositividade para o VIH. O estudo foi realizado com doentes seropositivos no âmbito da tese de mestrado em “Síndrome de Imunodeficiência Adquirida: da Prevenção à Terapêutica” leccionado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

A recolha da amostra seleccionada decorreu no Hospital de Dia do Departamento de Doenças Infecciosas dos Hospitais da Universidade de Coimbra entre Maio e Julho de 2009. O trabalho de campo foi antecedido pelo pedido de autorização formal à Comissão de

Ética (Anexo I) e ao Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Anexo II), ao Director do Departamento de Doenças Infecciosas e ao Director das Consultas Externas de Imunodeficiência dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

O procedimento de recolha de dados decorreu em duas fases:

Foram realizadas entrevistas individuais aos doentes seguidos em Consulta Externa de Imunodeficiência, tendo sido solicitado numa fase inicial a colaboração destes no presente estudo, explicitando os objectivos do mesmo e assegurando critérios de confidencialidade e anonimato. A anuência dos doentes na participação do estudo foi recolhida formalmente através da assinatura do documento de “Informação ao Doente e Consentimento Informado” (Anexo III). A segunda fase consistiu na recolha de dados através de questionários auto-preenchidos (Anexo IV).

No sentido da organização da amostra e controlo das variáveis parasitas foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão.

Constituem critério de inclusão:

- Ser portador VIH
- Ser seguido em Consultas Externas
- Ter idade superior a 18 anos

Constituem critérios de exclusão:

- Apresentar perturbações cognitivas
- Estar em regime de detenção jurídica
- Apresentar-se sobre o efeito de substâncias psico-activas

Através da elaboração das hipóteses que o investigador prediz para o estudo, poderá confirmar ou infirmar de que existe influência entre determinadas variáveis. As hipóteses formuladas são consideradas supostas respostas ao problema a investigar. Portanto, de acordo com o enquadramento teórico realizado e os objectivos traçados para o estudo em causa, formularam-se as seguintes hipóteses:

H 1 - Os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo estão relacionados com a

sua auto-estima;

H 2 - A auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo estão relacionados com a sua idade;

H 3 - A auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do género;

H 4 - A auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do estado civil;

H 5 - A auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função da orientação sexual;

H 6 - A auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do nível de escolaridade;

H 7 - A auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do facto de existir ou não, relação afectiva estável;

H 8 - A auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do facto de existir ou não, vida sexual activa;

H 9 - A auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do facto do parceiro conhecer ou não, a doença;

H 10 - A auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do facto do parceiro ter ou não, a mesma doença;

H 11 - A auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo estão relacionados com o tempo de relato do diagnóstico a alguém;

H 12 - A auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são

diferentes em função do stress causado pela partilha do diagnóstico;

H 13 - A auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do sentimento de estigmatização.

4.2 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O instrumento de colheita de dados seleccionado foi o questionário auto-administrado. O cariz pessoal das informações fornecidas requer um instrumento de recolha auto-preenchido, uma vez que confere maior privacidade aos participantes e maior fidelidade nas respostas. Por outro lado, este método permite quantificar uma multiplicidade de dados e proceder a numerosas análises de correlação (Quivy e Campenhoudt, 1998).

O questionário é constituído por três partes distintas, sendo a primeira composta por um conjunto de questões directas relacionadas com dados sócio-demográficos, dados clínicos e dados psicológicos. Como dados sócio-demográficos, foram recolhidas informações sobre: idade, género, estado civil, orientação sexual e situação afectiva, nível de escolaridade, actividade profissional entre outras. Relativamente aos dados clínicos, foram recolhidas informações como: causa provável de infecção, tempo de infecção, entre outras. Foram recolhidos dados psicológicos através de questões acerca de: elementos da rede social a quem revelaram o diagnóstico, nível de estigma percebido, entre outros. A segunda parte é constituída pela Escala de Auto-estima de Rosenberg adaptada à população portuguesa por Luísa Faria e a terceira parte é composta pelo Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE) da autoria de Vaz Serra. A utilização dos referidos instrumentos de avaliação foi precedida do pedido formal de utilização aos respectivos autores, tendo sido concedida (Anexo V).

4.2.1 – Escala de Auto-estima Global

A escala de Auto-estima Global de Rosenberg para Adultos foi elaborada em 1965 e tem sido amplamente utilizada. Consiste numa medida unidimensional composta por 10 itens

com o objectivo de avaliar a auto-estima global. Este instrumento de medida é baseado na teoria de Rosenberg do auto-conceito, que o conceptualiza como “*uma organização de partes, e componentes..., organizados hierarquicamente e inter-relacionados de modo complexo*” (Rosenberg, 1979, p.73). Rosenberg considera que as partes deverão ser estudadas e medidas independentemente. Embora a escala apresente algumas limitações, nomeadamente no que se refere à baixa consistência interna e às normas desactualizadas, é um instrumento amplamente utilizado devido à sua facilidade de aplicação e constitui um marco histórico como instrumento aplicável ao estudo do auto-conceito (Faria e Silva, 2001). A escala tem sido amplamente aplicada em diferentes estudos por autores estrangeiros como, Roger e Evans (1993) e Rosenberg (1979) e em estudos portugueses por autores como, Lopes (1996), Baptista (1995) e Silva (1995). A Escala de Auto-estima Global de Rosenberg para adultos utilizada no presente estudo foi adaptada à população portuguesa por Faria (2000). A escala é constituída por 10 itens, 5 dos quais são indicadores de atitudes positivas em relação ao self e os restantes 5 são indicadores de atitudes negativas, que se encontram misturados a fim de tornar a estrutura da escala menos transparente.

O instrumento é constituído pelos seguintes itens: **1** - Globalmente estou satisfeito(a) comigo próprio(a); **2** - Por vezes penso que nada valho; **3** - Sinto que tenho um bom número de qualidades; **4** - Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das outras pessoas; **5** - Sinto que não tenho muito de que orgulhar; **6** - Por vezes sinto-me de facto um (a) inútil; **7** - Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros; **8** - Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a); **9** - Em termos gerais inclino-me a achar que sou um(a) falhado(a); **10** - Adopto uma atitude positiva perante mim próprio(a) (Faria e Silva, 2000).

Cada questão apresenta 6 possibilidades de resposta, organizando-se da seguinte forma: **A** - Concordo totalmente; **B** - Concordo; **C** - Concordo parcialmente; **D** - Discordo parcialmente; **E** - Discordo; **F** - Discordo totalmente. A cotação pode variar entre 1 e 6, sendo que a pontuação máxima (6) se reporta à concordância total com os itens que reflectem atitudes positivas em relação ao self, ou à discordância total com os itens negativos. A escala encontra-se invertida portanto, quanto mais elevada for a cotação, maior será o nível de auto-estima global (Faria, Pepi e Alesi, 2004). Relativamente às

qualidades psicométricas da escala, num estudo aplicado a uma amostra de mulheres adultas portuguesas verificou-se um bom desempenho quanto à fidelidade, com um valor *alfa de Cronbach* de 0,77 (Faria e Silva, 2000). Num estudo aplicado a estudantes portugueses e italianos que, no que refere à fidelidade, o valor de *alfa* para a escala de Auto-estima Global foi de 0,86 para a amostra portuguesa, revelando uma boa consistência interna. Relativamente à validade, as análises factoriais extraíram um factor que explica aproximadamente 40% da variância total dos resultados (Faria, Pepi e Alesi, 2004).

4.2.2 - Inventário de avaliação clínica da depressão (IACLIDE)

O instrumento utilizado neste estudo para medir a presença e intensidade de um quadro clínico depressivo em pessoas seropositivas para o VIH designa-se "Inventário de avaliação clínica da depressão" definido através das siglas IACLIDE, tendo sido desenvolvido por Vaz Serra e apresentado por este em 1994. O referido instrumento é uma escala de auto-avaliação do tipo Likert e é constituído por 23 questões referentes a perturbações de quatro tipos distintos: biológicas, cognitivas, inter-pessoais e de desempenho de tarefa, baseadas na classificação da depressão do DSM-III-R de 1987. Estas quatro alterações traduzem a relação que o indivíduo deprimido estabelece com o organismo, consigo próprio, com os outros e com o trabalho.

Encontra-se subjacente a esta escala o facto de a gravidade de uma depressão variar de acordo com dois factores: o número de sintomas presentes e a intensidade com que cada um se manifesta. Cada uma das questões é formulada de forma a registar a ausência ou presença do sintoma, assim como a intensidade com que cada sintoma se manifesta. Por conseguinte, quanto mais elevada é a cotação que se obtém após o preenchimento do inventário, mais grave é a depressão da pessoa. O primeiro item de cada grupo de sintomas identifica a ausência de sintoma e é cotado com "0". A cotação varia de uma forma ascendente de "0 – 4", sendo que o último item revela a intensidade máxima do sintoma e deve ser cotado com 4. A nota global corresponde ao somatório de todas as notas parcelares obtidas em cada grupo. O somatório global pode oscilar entre "0" que corresponde à total ausência de sintomas e "92" que traduz a presença de todos os sintomas com a máxima

intensidade.

Os itens que compõem o instrumento totalizam um conjunto de 23 agrupamentos de sintomas de natureza biológica, cognitiva, inter-pessoal e de desempenho de tarefa. Os 6 sintomas de natureza biológica são: **(3)** desassossego interior; **(6)** prejuízo da memória de fixação; **(8)** insónia inicial; **(11)** insónia tardia; **(13)** acordar fatigado e **(15)** dificuldade de concentração.

Os 10 sintomas cognitivos são: **(1)** desinteresse pelo trabalho; **(5)** culpabilidade; **(7)** sentir-se infeliz; **(9)** auto-depreciação; **(10)** perda de esperança no futuro; **(12)** sentimento de fracasso; **(16)** Incapacidade de resolução de problemas; **(17)** Incapacidade de tomar decisões; **(18)** perda da alegria de viver e **(19)** ideação suicida.

Os 3 sintomas inter-pessoais são: **(2)** dependência do outro; **(4)** débito excessivo de queixas e **(14)** afastamento social.

Os 4 sintomas de desempenho de tarefa correspondem a: **(20)** fadigabilidade no desempenho de tarefas; **(21)** depreciação no desempenho de tarefas; **(22)** inibição motora e **(23)** inactividade.

As dimensões subjacentes a este instrumento estão organizadas em 5 factores. O **factor 1** é o mais importante, onde estão representados os sintomas que manifestam a dificuldade do desempenho de tarefa, associados a queixas biológicas e cognitivas que definem a depressão endógena. O **factor 2** comporta sintomas que definem o indivíduo como portador de uma personalidade obsessiva, pronto a censurar-se, hesitante e pessimista, desenvolvendo de preferência sintomas cognitivos, que manifestam uma relação perturbada do indivíduo consigo próprio. O **factor 3** reúne elementos da constelação suicida. O **factor 4** engloba sintomas presentes numa personalidade apelativa, vincada por instabilidade emocional e dependência dos outros. O **factor 5** reúne dois tipos de transtornos do sono (insónia tardia e insónia inicial) (Vaz Serra, 1995).

Relativamente aos dados psicométricos do inventário, a correlação Par/Ímpar foi de .854 e o Coeficiente de Spearman-Brown de .920, traduzindo uma boa consistência interna. Para

avaliação da homogeneidade dos itens foi avaliado o Coeficiente *alfa* de Cronbach que foi de .890 para todos os itens, concluindo-se que todos os itens da escala contribuem de forma satisfatória para a consistência interna da escala.

A escala tem sido aplicada em Portugal em diversos trabalhos de investigação, tendo sido calculado o coeficiente de validação concorrente entre esta escala e a versão portuguesa do Inventário Depressivo de Beck, aferida em 1993 por Vaz Serra e Pio de Abreu, revelando um coeficiente de .717, o que traduz uma validade concorrente (Vaz Serra, 1994).

Foi aplicado o teste U de Mann-Whitney que revelou uma excelente diferenciação entre a nota global e cada um dos sintomas quando comparada a amostra de 340 deprimidos com 340 indivíduos que nunca foram portadores de qualquer transtorno psicopatológico. O ponto de corte correspondeu à nota global de 20 do IACLIDE. O valor médio que corresponde à classificação de depressão leve é de 28, relativamente à depressão moderada é de 45 e em relação à depressão grave é de 58. O valor superior ou igual a 20 da nota global classifica correctamente 95.9% dos deprimidos, revelando uma boa especificidade do instrumento. Um valor inferior a 20 classifica 94,1% de indivíduos normais, indicando uma boa sensibilidade (Vaz Serra, 1994).

No que se refere às incapacidades geradas pela depressão, Vaz Serra (1994) subdividiu-as em: incapacidade para o trabalho, incapacidade para a vida social e incapacidade para a vida familiar. O autor considerou a definição de incapacidade psiquiátrica segundo a definição da OMS como: “um disfuncionamento do comportamento social e uma perturbação dos papéis sociais, resultante de transtornos psíquicos.” (DAS, 1989)

4.2.3 – Consistência Interna das Escalas

Para a análise das propriedades psicométricas, em termos de fidelidade, das escalas utilizadas para avaliar a auto-estima e a depressão, adaptadas para a população portuguesa por respectivamente, Faria e Silva (2000) e Vaz Serra (1994), procedemos ao estudo da respectiva consistência interna. Para tal, calculámos o coeficiente *alpha de Cronbach* para as escalas globais e também para cada um dos agrupamentos e factores, no caso particular

da escala de depressão.

Os valores apresentados no quadro 1 revelam que, na escala de auto-estima, o coeficiente apresentou valor (0.84) ligeiramente inferior ao observado por Faria *et al* (2004) que foi de 0.86. Atendendo à proximidade dos resultados podemos afirmar que a escala apresenta fidelidade semelhante nos dois estudos.

Para a escala de depressão global verificamos uma situação idêntica atendendo a que o valor por nós encontrado (0.87) é semelhante ao observado por Vaz Serra (1994) (0.89). Ao nível dos agrupamentos e dos factores, o coeficiente de Cronbach apresentou valores compreendidos entre 0.70 e 0.85.

Tendo presente que a maioria dos autores considera que valores iguais ou superiores a 0.70 são indicadores de boa consistência interna, podemos concluir que ambas as escalas apresentam boas propriedades psicométricas em termos de fidelidade.

Quadro 1
Coeficiente *alpha* de Cronbach para as escalas utilizadas

Variável	α de Cronbach
Auto-estima	0.84
Depressão global	0.87
Agrupamento: Biológicos	0.70
Agrupamento: Cognitivos	0.82
Agrupamento: Inter-pessoais	0.85
Agrupamento: Desempenho de tarefas	0.82
Factor 1: Depressão endógena	0.84
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio	0.75
Factor 3: Constelação suicida	0.76
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros	0.79
Factor 5: Transtornos do sono	0.77

4.3 - AMOSTRA

A amostra é constituída por um total de 50 elementos portadores de infecção pelo VIH (N=50).

Os dados apresentados nos quadros 2 e 3 e 4 permite-nos verificar que os doentes que colaboraram no estudo tinham idades compreendidas entre 28 e 70 anos, sendo a idade média 42.30 anos com desvio padrão de 8.70 anos. Verificamos ainda que 36.0% dos doentes tinham idades compreendidas entre 35 e 40 anos, seguidos de 20.0% cujas idades se situavam entre 40 e 45 ou entre 45 e 50 anos. Metade dos inquiridos tinha pelo menos 42.00 anos (idade mediana).

A maioria dos doentes, concretamente 76.0%, era do género masculino e verificamos que 46.0% eram solteiros, seguidos de 36.0% que eram casados ou viviam em união de facto. Os dados revelam que 94.0% dos elementos da amostra eram de etnia caucasiana/branca e que 92.0% tinham nacionalidade portuguesa.

Quanto à área de residência, verificamos que metade dos doentes residia em Coimbra (30.0%) e Leiria (20.0%). A amostra contém ainda indivíduos residentes em Viseu (8.0%), Aveiro (6.0%) e em outras localidades mas com percentagens menos representativas.

Como podemos constatar, 30.0% dos inquiridos possuíam o 9º ano de escolaridade, seguidos de 26.0% que apenas tinham o 4º ano de escolaridade e de 22.0% que possuíam o 6º ano, ou seja, a maioria dos doentes não tinham mais que o ensino básico.

No que concerne à actividade profissional, verificamos que 48.0% dos doentes trabalhavam em full-time, seguidos de 18.0% que estavam desempregados. Verificamos ainda que 24.0% dos inquiridos estavam reformados.

Dos 24 doentes que tinham ocupação profissional full-time, 62.5% trabalhavam no sector primário, seguidos de 29.2% que trabalhavam no sector secundário.

Quanto às pessoas com quem viviam, constatamos que 38.0% referiram o companheiro(a),

seguidos de 24.0% que viviam com a mãe, 16.0% coabitavam com o filho(a) ou com o pai. Verificamos ainda que 20.0% disseram que viviam sozinhos.

Relativamente à orientação sexual, verificamos que cerca de três em cada quatro (74.0%) eram heterossexuais, 70.0% tinham relações afectivas estáveis e 62.0% disseram ter uma vida sexual activa.

Como podemos constatar 64.0% dos doentes afirmaram que o(a) parceiro(a) tinha conhecimento da sua doença e 42.0% não eram seropositivos. No entanto, 28.0% afirmaram que o(a) parceiro(a) tinha a mesma doença.

Verificamos ainda que a maioria dos doentes (68.0%) afirmou que usava sempre preservativo durante as relações sexuais. É de salientar, no entanto, que aproximadamente um em cada três doentes não tinha a mesma atitude preventiva.

Quadro 2

Doentes segundo os dados sócio-demográficos

Variável	n	%
Grupo etário		
< 30	4	8.0
[30 – 35[	4	8.0
[35 – 40[	13	26.0
[40 – 45[	10	20.0
[45 – 50[	10	20.0
[50 – 55[	6	12.0
≥ 55	3	6.0
= 42.30 Md = 42.00 s = 8.77 $x_{\min} = 28.00$ $x_{\max} = 70.00$		
Género		
Masculino	38	76.0
Feminino	12	24.0
Estado civil		
Solteiro	23	46.0
Casado / União de Facto	18	36.0
Viúvo	2	4.0
Divorciado / Separado	7	14.0

Quadro 3

Doentes segundo os dados sócio-demográficos (continuação)

Variável	n	%
Etnia		
Caucasiana/Branca	47	94.0
Negra	3	6.0
Outra	-	0.0
Nacionalidade		
Portuguesa	46	92.0
Outra (Angolana, Romena, Cabo Verdiana)	4	8.0
Área de residência		
Coimbra	15	30.0
Leiria	10	20.0
Viseu	4	8.0
Aveiro	3	6.0
Sertã	2	4.0
Lousã	2	4.0
Lisboa	2	4.0
Proença-a-Velha	1	2.0
Fátima	1	2.0
Figueiró dos Vinhos	1	2.0
Caldas da Rainha	1	2.0
Tábua	1	2.0
Figueira da Foz	1	2.0
Mira	1	2.0
Gouveia	1	2.0
Marinha Grande	1	2.0
Castelo Branco	1	2.0
Mealhada	1	2.0
Arganil	1	2.0
Escolaridade		
4º ano	13	26.0
6º ano	11	22.0
9º ano	15	30.0
12º ano	9	18.0
Bacharelato / Licenciatura	2	4.0
Mestrado / Doutoramento	-	0.0
Actividade profissional		
Part-time	4	8.0
Full –Time	24	48.0
Desempregado(a)	9	18.0
Estudante	1	2.0
Reformado	12	24.0
Ocupação full-time		
Sector primário	15	62.5
Sector secundário	7	29.2
Sector terciário	2	8.3

Quadro 4

Doentes segundo os dados sócio-demográficos (continuação 1)

Variável	n	%
Coabitação		
Sozinho(a)	10	20.0
Pai	8	16.0
Mãe	12	24.0
Irmã	1	2.0
Irmão	4	8.0
Companheiro(a)	19	38.0
Amigo(a)	1	2.0
Mulher	2	4.0
Comunidade	1	2.0
Filho(a)	8	16.0
Marido e Filhos	2	4.0
Primo(a)	1	2.0
Orientação sexual		
Heterossexual	37	74.0
Homossexual	11	22.0
Bissexual	2	4.0
Relação afectiva estável		
Sim	35	70.0
Não	15	30.0
Vida sexual activa		
Sim	31	62.0
Não	19	38.0
O parceiro tem conhecimento da doença		
Sim	32	64.0
Não	8	16.0
Não respondeu	10	20.0
O parceiro tem a mesma doença		
Sim	14	28.0
Não	21	42.0
Não sabe	3	6.0
Não respondeu	12	24.0
Utiliza preservativo durante as relações sexuais		
Nunca	7	14.0
Às vezes	5	10.0
Quase Sempre	4	8.0
Sempre	34	68.0

4.4 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

O tratamento estatístico dos dados foi realizado informaticamente recorrendo ao programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) na versão 17.0 de 2009 e, para sistematizar a informação fornecida pelos dados estudar as relações entre variáveis, utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial.

As técnicas estatística aplicadas foram frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central tais como média aritmética (\bar{x}), média ordinal ou média dos postos (\bar{x}_p), mediana (Md) e moda (Mo). Como medidas de dispersão ou variabilidade utilizamos o valor mínimo (x_{\min}), o valor máximo (x_{\max}) e desvios padrão (s). Calculámos também coeficientes, tais como, o alpha de Cronbach (α) e correlação de Spearman (r_s) e aplicámos testes de hipóteses, nomeadamente, teste U de Mann-Whitney, teste Kruskal-Wallis, teste da significância do coeficiente de correlação de Spearman e teste Shapiro-Wilk (como teste de normalidade).

A opção por testes não paramétricos justifica-se pela natureza das variáveis e pelo facto das variáveis centrais do estudo, nomeadamente a depressão, não apresentarem distribuição normal de frequências na maioria das dimensões, como podemos verificar pelos dados apresentados nos quadros 8 e 9. A normalidade das variáveis constitui uma das condições fundamentais para a aplicação de técnicas paramétricas, sobretudo quando se trabalha com pequenas amostras. Em todos os testes fixámos para nível máximo de significância o valor 0.050.

CAPÍTULO 5 - ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Seguidamente procedemos à apresentação e análise dos dados e resultados obtidos através da aplicação do questionário que elaborámos.

Optámos por fazer primeiro a análise descritiva dos dados referentes às variáveis estudadas, após a qual procedemos à análise inferencial dos resultados das técnicas aplicadas para estudar as relações entre variáveis.

5.1 – DADOS CLÍNICOS

Os dados que constituem o quadro 5 permitem-nos verificar que 48.0% dos doentes tiveram conhecimento que eram seropositivos através de análises de rotina, seguidos de 14.0% que souberam da doença em internamentos.

Quanto à causa provável da infecção verificamos que 36.0% disseram que ocorreu em contacto sexual com parceiro ocasional, seguidos de 32.0% que foram infectados também por contacto sexual mas com parceiro regular.

Como podemos constatar, metade dos doentes afirmaram que tinham conhecimento da doença há pelo menos 10 anos, seguindo-se 26.0% para os quais o tempo de conhecimento se situava entre 5 e 9 anos.

A maioria dos doentes, concretamente 88.0%, tomava medicamentos anti-retrovirais.

Quadro 5

Doentes segundo os dados clínicos

Variável	n	%
Como teve conhecimento de que tinha a doença		
Análises	24	48.0
Internamento	7	14.0
Infecção	2	4.0
Linfoma	1	2.0
Episódio de urgência	2	4.0
Não respondeu	14	28.0
Causa provável da infecção		
Partilha de seringas	6	12.0
Contacto sexual com parceiro regular	16	32.0
Contacto sexual com parceiro ocasional	18	36.0
Outra	2	4.0
Desconhecida	8	16.0
Tempo de conhecimento da doença		
<1 Ano	4	8.0
1-4 Anos	8	16.0
5-9 Anos	13	26.0
10 ou mais anos	25	50.0
Toma medicamentos anti-retrovirais		
Sim	44	88.0
Não	6	12.0

5.2 – DADOS PSICOLÓGICOS

Quando questionados acerca do facto de terem partilhado a informação de que eram seropositivos, a maioria 92.0% respondeu afirmativamente. A mãe e a irmã foram as pessoas com quem os doentes partilharam a informação com maior frequência (44.0%), seguidas do companheiro (40%), dos amigos (38.0%), do pai e do irmão, ambos com percentagem de 28.0%.

O tempo de relato do diagnóstico a alguém variou entre 1 mês (0.08 anos) e 23 anos, sendo o tempo médio de 7.48 anos, com desvio padrão de 5.03 anos. Verificamos que 32.0% dos doentes referiram tempos compreendidos entre 5 e 10 anos, seguidos de 30.0% que indicaram menos de 5 anos e de 24.0% referiram tempos de partilha da informação entre 10 e 15 anos. Metade dos doentes disse ter partilhado a informação há, pelo menos, 8 anos

(valor mediano).

Para 70.0% dos inquiridos a reacção das pessoas após a partilha do diagnóstico foi de apoio, seguidos de 16.0% que referiram que a reacção foi de afastamento.

As respostas quanto ao stress causado pela partilha da informação do diagnóstico distribuíram-se de modo idêntico desde o nenhum ao moderado, salientando-se apenas o muito com uma percentagem de 38.0%.

Verificamos que 30.0% dos inquiridos afirmaram que não se sentiam estigmatizados devido à doença, igual percentagem afirmou que este sentimento era moderado e 26.0% afirmaram que se sentiam muito estigmatizados.

Com base nos resultados da aplicação do inventário de avaliação clínica da depressão e tendo por base os pontos de corte definidos por Vaz Serra (1994) podemos classificar os inquiridos quanto ao grau de depressão tendo chegado à conclusão que a maioria (62.0%) não sofria de depressão, seguidos de 34.0% que evidenciaram depressão leve.

Quadro 6

Doentes segundo os dados psicológicos

Variável	n	%
Pessoas com quem partilho a informação		
Mãe	22	44.0
Pai	14	28.0
Irmã	22	44.0
Irmão	14	28.0
Amigo	19	38.0
Companheiro(a)	20	40.0
Todos os que não conhecem a doença	1	2.0
Filhas	2	4.0
Cunhada	2	4.0
Médico e Enfermeiras	1	2.0
Ninguém	4	8.0

Quadro 7

Doentes segundo os dados psicológicos (continuação)

Variável	n	%
Tempo de relato do diagnóstico a alguém (anos)		
< 5	15	30.0
[5 – 10[	16	32.0
[10 – 15[	12	24.0
≥ 15	2	4.0
Não respondeu	4	8.0
= 7.48 Md = 8.00 s = 5.03 $x_{\min} = 0.08$ $x_{\max} = 23.00$		
Reacção das pessoas após partilhar o diagnóstico		
Apoio	35	70.0
Afastamento	8	16.0
Sinceridade	2	4.0
Repulsa	-	0.0
Não respondeu	5	10.0
Partilhar o diagnóstico causa stress		
Nenhum	10	20.0
Pouco	11	22.0
Moderadamente	10	20.0
Muito	19	38.0
Sentimento de estigmatização devido à doença		
Nada	15	30.0
Ligeiramente	7	14.0
Moderadamente	15	30.0
Muito	13	26.0
Grau de depressão		
Não deprimido	31	62.0
Depressão leve	17	34.0
Depressão moderada	2	4.0
Depressão grave	-	0.0

Os resultados apresentados nos quadros 8 e 9 permitem-nos verificar que na escala de auto-estima, cujos resultados poderiam variar entre 10 e 60 pontos, foram observados valores compreendidos entre 27.00 e 51.00 pontos, sendo o valor médio 40.96 pontos com desvio padrão de 5.93 pontos. Metade dos doentes apresentou valores superiores a 41.50 pontos.

Na escala de depressão global, observámos resultados compreendidos entre 4.00 e 48.00

pontos, sendo a média de 17.16 pontos com desvio padrão de 10.76 pontos. Metade dos doentes apresentou valores inferiores a 14.50 pontos.

A análise comparativa dos resultados observados para os agrupamentos permite-nos afirmar que os doentes evidenciaram maior depressão nos agrupamentos biológicos e cognitivos e níveis de depressão mais baixos nos agrupamentos relativos ao desempenho de tarefas e às relações inter-pessoais.

Nos factores verificamos que os doentes revelaram maiores níveis depressão em termos de transtornos do sono e níveis mais baixos na depressão endógena.

Quanto às incapacidades, constatamos que os doentes apresentam níveis mais elevados, ou seja, maior incapacidade para a vida social, vida de trabalho e vida familiar e menos incapacidade para a vida em geral.

Quadro 8

Medidas descritivas observadas para a escala de auto-estima global e para o inventário de avaliação clínica da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades)

Variável	Md	s	x_{\min}	x_{\max}
Auto-estima	40.96	41.50	5.93	27.00 51.00
Depressão global	17.16	14.50	10.76	4.00 48.00
Agrupamento: Biológicos	0.89	0.83	0.72	0.17 2.33
Agrupamento: Cognitivos	0.78	0.70	0.61	0.10 2.40
Agrupamento: Inter-pessoais	0.55	0.33	0.43	0.33 2.33
Agrupamento: Desempenho de tarefas	0.57	0.25	0.48	0.25 2.25
Factor 1: Depressão endógena	0.23	0.01	0.74	-0.89 1.93
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio	0.77	0.68	0.87	-0.35 3.43

Quadro 9

Medidas descritivas observadas para a escala de auto-estima global e para o inventário de avaliação clínica da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) (continuação)

Variável	Md	s	x_{\min}	x_{\max}
Auto-estima	40.96	41.50	5.93	27.00 51.00
Factor 3: Constelação suicida	0.63	0.44	0.94	-0.61 4.15
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros	0.68	0.42	0.89	-0.51 3.71
Factor 5: Transtornos do sono	1.11	0.51	1.53	-0.53 4.51
Incapacidade: Vida em geral	0.76	0.67	0.58	-0.21 2.42
Incapacidade: Vida de trabalho	1.27	1.30	0.52	-0.19 2.44
Incapacidade: Vida social	1.34	1.29	0.42	0.21 2.57
Incapacidade: Vida familiar	1.25	1.09	0.58	0.48 2.84

5.3 – TESTES DE HIPÓTESES

Para testar a hipótese «os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo estão relacionados com a sua auto-estima» procedemos ao estudo da correlação entre as variáveis utilizando o coeficiente de Spearman e o respectivo teste de significância.

Como podemos observar pelos dados apresentados no quadro 10, existem correlações estatisticamente significativas entre a auto-estima e a depressão global ($p = 0.004$), os agrupamentos biológico ($p = 0.001$), cognitivos ($p < 0.001$) e desempenho de tarefas ($p = 0.013$), o factor 3, referente à constelação suicida ($p = 0.004$) e as incapacidades vida em geral ($p < 0.001$), vida de trabalho ($p = 0.048$) e vida social ($p = 0.002$). Este facto aliado ao conhecimento de que as correlações são negativas permitem-nos concluir que os dados

confirmam a hipótese e que os doentes com maior auto-estima tendem a evidenciar níveis mais baixos de depressão.

Quadro 10

Correlação da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) com a auto-estima

Variáveis	Auto-estima	
	r_s	p
Depressão global	-0.41	0.004
Agrupamento: Biológicos	-0.47	0.001
Agrupamento: Cognitivos	-0.50	<0.001
Agrupamento: Inter-pessoais	-0.27	0.054
Agrupamento: Desempenho de tarefas	-0.35	0.013
Factor 1: Depressão endógena	-0.18	0.216
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio	-0.17	0.240
Factor 3: Constelação suicida	-0.40	0.004
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros	-0.27	0.060
Factor 5: Transtornos do sono	-0.11	0.464
Incapacidade: Vida em geral	-0.48	<0.001
Incapacidade: Vida de trabalho	-0.28	0.048
Incapacidade: Vida social	-0.43	0.002
Incapacidade: Vida familiar	-0.27	0.056

Também para testar a hipótese «**a auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo estão relacionados com a sua idade**» procedemos ao estudo da correlação entre as variáveis através do coeficiente de Spearman e do respectivo teste de significância.

Os dados apresentados no quadro 11 revelam que apenas existe correlação estatisticamente significativa entre a depressão, em termos da incapacidade para a vida familiar ($p = 0.038$), e a idade. Por este motivo somos levados a concluir que os dados não corroboram a hipótese formulada e que a idade dos doentes apenas parece influir na sua incapacidade para a vida familiar. Como a correlação é negativa, podemos ainda afirmar que os doentes mais velhos tendem a apresentar menos incapacidade para a vida familiar.

Quadro 11

Correlação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) com a idade

Variáveis	Idade	
	r_s	p
Auto-estima	-0.11	0.435
Depressão global	-0.17	0.245
Agrupamento: Biológicos	+0.02	0.888
Agrupamento: Cognitivos	-0.16	0.271
Agrupamento: Inter-pessoais	-0.16	0.275
Agrupamento: Desempenho de tarefas	-0.13	0.356
Factor 1: Depressão endógena	-0.16	0.913
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio	-0.22	0.124
Factor 3: Constelação suicida	0.00	0.990
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros	-0.21	0.151
Factor 5: Transtornos do sono	+0.16	0.270
Incapacidade: Vida em geral	-0.08	0.565
Incapacidade: Vida de trabalho	-0.04	0.764
Incapacidade: Vida social	-0.25	0.086
Incapacidade: Vida familiar	-0.30	0.038

Através do teste U de Mann-Whitney testámos a hipótese «**a auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do género**». Os resultados que constituem o quadro 12 e 13 permitem-nos verificar que se detectaram diferenças estatisticamente significativas unicamente em termos de depressão e apenas no factor 1: depressão endógena ($p = 0.039$) e nas incapacidades referentes à vida em geral ($p < 0.001$), à vida de trabalho ($p < 0.001$) e à vida familiar ($p = 0.007$). Comparando as medidas de tendência central (média dos postos, média e mediana) podemos verificar que os doentes do género masculino apresentam valores mais elevados. Este facto permite-nos concluir que os dados corroboram parcialmente a hipótese formulada e que os doentes do género masculino tendem a apresentar níveis mais elevados de depressão.

Quadro 12

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do género

Variáveis	n		Md	z	p
Género					
Auto-estima					
Masculino	38	24.74	40.61	41.50	-0.661 0.509
Feminino	12	27.92	42.08	41.50	
Depressão global					
Masculino	38	26.14	17.66	15.00	-0.558 0.577
Feminino	12	23.46	15.58	12.50	
Agrupamento: Biológicos					
Masculino	38	25.83	0.92	0.83	-0.287 0.774
Feminino	12	24.46	0.81	0.67	
Agrupamento: Cognitivos					
Masculino	38	25.76	0.79	0.70	-0.230 0.818
Feminino	12	24.67	0.74	0.70	
Agrupamento: Inter-pessoais					
Masculino	38	26.21	0.56	0.33	-0.731 0.465
Feminino	12	23.25	0.53	0.33	
Agrupamento: Desempenho de tarefas					
Masculino	38	26.89	0.61	0.25	-1.383 0.167
Feminino	12	21.08	0.44	0.25	
Factor 1: Depressão endógena					
Masculino	38	27.89	0.36	0.21	-2.067 0.039
Feminino	12	17.92	-0.17	-0.13	

Quadro 13

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do género (continuação)

Variáveis	n			Md	z	p
Género						
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio					-0.045	0.964
Masculino	38	25.45	0.74	0.61		
Feminino	12	25.67	0.87	0.79		
Factor 3: Constelação suicida					-0.273	0.785
Masculino	38	25.82	0.67	0.46		
Feminino	12	24.50	0.47	0.35		
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros					-0.818	0.413
Masculino	38	24.55	0.62	0.39		
Feminino	12	28.50	0.87	0.59		
Factor 5: Transtornos do sono					-0.500	0.617
Masculino	38	24.92	1.07	0.48		
Feminino	12	27.33	1.24	1.09		
Incapacidade: Vida em geral					-4.193	<0.001
Masculino	38	30.36	0.92	0.81		
Feminino	12	10.13	0.26	0.13		
Incapacidade: Vida de trabalho					-4.382	<0.001
Masculino	38	30.57	1.48	1.58		
Feminino	12	9.46	0.63	0.65		
Incapacidade: Vida social					-0.659	0.510
Masculino	38	24.74	1.32	1.27		
Feminino	12	27.92	1.40	1.47		
Incapacidade: Vida familiar					-2.683	0.007
Masculino	38	28.61	1.31	1.27		
Feminino	12	15.67	1.04	0.70		

De modo semelhante testámos a hipótese «**a auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do estado civil**». Atendendo a que não existia número representativo de casos em todas as categorias da variável estado civil, optámos por agrupar os elementos de amostra em apenas duas categorias como

mostram os quadros 14 e 15.

Verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas na depressão e só nas incapacidades para a vida de trabalho ($p = 0.046$) e para a vida familiar ($p = 0.004$). Os valores das medidas de tendência central revelam que os doentes casados ou que vivem em união de facto tendem a evidenciar menor incapacidade para a vida de trabalho e familiar, ou seja, tendem a apresentar níveis mais baixos de depressão.

Quadro 14

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do estado civil

Variáveis	n		Md	z	p
Estado civil					
Auto-estima					
Casado/União de facto	18	27.72	41.94	42.00	-0.811 0.417
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	24.25	40.41	40.00	
Depressão global					
Casado/União de facto	18	23.50	15.11	14.00	-0.729 0.466
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	26.63	18.31	15.50	
Agrupamento: Biológicos					
Casado/União de facto	18	24.75	0.81	0.83	-0.276 0.783
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	25.92	0.94	0.67	
Agrupamento: Cognitivos					
Casado/União de facto	18	24.08	0.71	0.70	-0.521 0.602
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	26.30	0.82	0.70	
Agrupamento: Inter-pessoais					
Casado/União de facto	18	22.17	0.43	0.33	-1.445 0.148
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	27.38	0.62	0.33	
Agrupamento: Desempenho de tarefas					
Casado/União de facto	18	21.22	0.40	25.00	-1.788 0.074
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	27.91	0.66	25.00	
Factor 1: Depressão endógena					
Casado/União de facto	18	21.06	0.01	-0.11	-1.617 0.106
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	28.00	0.35	0.21	
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio					
Casado/União de facto	18	24.92	0.80	0.72	-0.212 0.832
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	25.83	0.76	0.63	

Quadro 15

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do estado civil (continuação)

Variáveis	n		Md	z	p
Estado civil					
Factor 3: Constelação suicida					
Casado/União de facto	18	28.83	0.62	0.62	-1.213 0.225
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	23.63	0.62	0.27	
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros					
Casado/União de facto	18	27.22	0.74	0.58	-0.627 0.531
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	24.53	0.65	0.39	
0.968Factor 5: Transtornos do sono					
Casado/União de facto	18	25.61	0.96	0.66	-0.040 0.968
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	25.44	1.20	0.48	
Incapacidade: Vida em geral					
Casado/União de facto	18	20.75	0.60	0.52	-1.729 0.084
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	28.17	0.86	0.69	
Incapacidade: Vida de trabalho					
Casado/União de facto	18	20.03	1.05	1.16	-1.995 0.046
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	28.58	1.40	1.58	
Incapacidade: Vida social					
Casado/União de facto	18	22.19	1.22	1.26	-1.203 0.229
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	27.36	1.41	1.31	
Incapacidade: Vida familiar					
Casado/União de facto	18	17.61	1.00	0.90	-2.873 0.004
Solteiro/Viúvo/Divorciado/Separado	32	29.94	1.39	1.30	

Aplicámos também o teste U de Mann-Whitney para decidir relativamente à hipótese «**a auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função da orientação sexual**». Para este estudo foram considerados apenas os indivíduos heterossexuais e homossexuais porque o número de casos nas restantes categorias não era representativo.

Analisando os resultados que constituem os quadros 16 e 17 verificamos a existência de

diferenças estatisticamente significativas unicamente na depressão global ($p = 0.020$) e no agrupamento referente aos aspectos biológicos ($p = 0.014$). As medidas de tendência central revelam que os doentes heterossexuais tendem a evidenciar níveis mais elevados de depressão global e nos aspectos biológicos.

Quadro 16

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função da orientação sexual

Variáveis	n		Md	z	p
Orientação sexual					
Auto-estima					
Heterossexual	37	23.53	40.22	41.00	-0.886 0.376
Homossexual	11	27.77	42.18	42.00	
Depressão global					
Heterossexual	37	27.05	18.65	16.00	-2.322 0.020
Homossexual	11	15.91	10.64	9.00	
Agrupamento: Biológicos					
Heterossexual	37	27.18	1.00	0.83	-2.460 0.014
Homossexual	11	15.50	0.41	0.33	
Agrupamento: Cognitivos					
Heterossexual	37	26.41	0.84	0.70	-1.749 0.080
Homossexual	11	18.09	0.52	0.50	
Agrupamento: Inter-pessoais					
Heterossexual	37	25.59	0.59	0.33	-1.190 0.234
Homossexual	11	20.82	0.42	0.33	
Agrupamento: Desempenho de tarefas					
Heterossexual	37	24.89	0.58	0.25	-0.417 0.677
Homossexual	11	23.18	0.43	0.25	
Factor 1: Depressão endógena					
Heterossexual	37	24.62	0.20	0.04	-0.110 0.912
Homossexual	11	24.09	0.08	-0.10	
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio					
Heterossexual	37	25.41	0.85	0.80	-0.822 0.411
Homossexual	11	21.45	0.51	0.53	
Factor 3: Constelação suicida					
Heterossexual	37	25.84	0.64	0.49	-1.214 0.225
Homossexual	11	20.00	0.52	0.15	

Quadro 17

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função da orientação sexual (continuação)

Variáveis	n		Md	z	p
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros					
Heterossexual	37	25.43	0.79	0.46	-0.846 0.397
Homossexual	11	21.36	0.47	0.31	
Factor 5: Transtornos do sono					
Heterossexual	37	25.86	1.32	0.65	-1.239 0.215
Homossexual	11	19.91	0.39	0.35	
Incapacidade: Vida em geral					
Heterossexual	37	24.78	0.77	0.68	-0.258 0.797
Homossexual	11	23.55	0.65	0.66	
Incapacidade: Vida de trabalho					
Heterossexual	37	22.89	1.20	1.30	-1.463 0.144
Homossexual	11	29.91	1.47	1.58	
Incapacidade: Vida social					
Heterossexual	37	25.61	1.36	1.30	-1.006 0.315
Homossexual	11	20.77	1.24	1.18	
Incapacidade: Vida familiar					
Heterossexual	37	24.82	1.27	1.15	-0.295 0.768
Homossexual	11	23.41	1.07	1.03	

Para testar a hipótese «a auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do nível de escolaridade» utilizámos o teste Kruskal-Wallis.

Como podemos verificar pelos resultados que constituem os quadros 18 e 19 nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa ($p > 0.050$), ou seja, as diferenças que se detectam são, muito provavelmente, devidas ao acaso. Por este facto concluímos que os dados não corroboram a hipótese formulada, ou seja, não existem evidências estatísticas de que a auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo sejam diferentes em função do nível de escolaridade.

Quadro 18

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do nível de escolaridade

Variáveis	n		Md	η^2	p
Nível de escolaridade					
Auto-estima					
4º ano	13	24.27	40.69	40.00	5.863 0.118
6º ano	11	22.41	39.45	41.00	
9º ano	15	22.07	39.53	40.00	
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	34.73	44.73	48.00	
Depressão global					
4º ano	13	24.46	16.15	12.00	6.235 0.101
6º ano	11	33.77	21.73	20.00	
9º ano	15	25.53	18.07	14.00	
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	18.41	12.55	9.00	
Agrupamento: Biológicos					
4º ano	13	22.77	0.72	0.50	7.123 0.068
6º ano	11	33.00	1.24	1.00	
9º ano	15	28.07	1.04	0.83	
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	17.73	0.55	0.33	
Agrupamento: Cognitivos					
4º ano	13	25.50	0.80	0.70	6.815 0.078
6º ano	11	34.14	1.01	0.90	
9º ano	15	24.50	0.76	0.60	
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	18.23	0.54	0.50	
Agrupamento: Inter-pessoais					
4º ano	13	23.04	0.46	0.33	1.893 0.595
6º ano	11	25.45	0.48	0.33	
9º ano	15	28.90	0.69	0.33	
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	23.82	0.55	0.33	
Agrupamento: Desempenho de tarefas					
4º ano	13	25.62	0.50	0.25	1.055 0.788
6º ano	11	28.36	0.68	0.25	
9º ano	15	23.20	0.53	0.25	
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	25.64	0.57	0.25	
Factor 1: Depressão endógena					
4º ano	13	21.15	-0.04	-0.11	2.278 0.517
6º ano	11	24.73	0.27	0.20	
9º ano	15	29.40	0.49	0.26	
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	26.09	0.15	0.15	
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio					
4º ano	13	26.88	0.99	0.46	1.253 0.740
6º ano	11	27.27	0.78	0.81	
9º ano	15	26.13	0.81	0.82	
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	21.23	0.46	0.53	

Quadro 19

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do nível de escolaridade (continuação)

Variáveis	n		Md	η^2	p	
Nível de escolaridade						
Factor 3: Constelação suicida						
4º ano	13	27.17	0.66	0.58	6.149	0.105
6º ano	11	33.45	1.06	0.71		
9º ano	15	23.13	0.42	0.14		
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	18.82	0.42	0.18		
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros						
4º ano	13	24.69	0.71	0.39	0.487	0.922
6º ano	11	25.09	0.77	0.45		
9º ano	15	24.53	0.53	0.38		
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	28.18	0.74	0.53		
Factor 5: Transtornos do sono						
4º ano	13	21.62	0.74	0.17	3.553	0.314
6º ano	11	28.27	1.55	0.87		
9º ano	15	29.87	1.40	0.85		
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	21.36	0.72	0.35		
Incapacidade: Vida em geral						
4º ano	13	23.27	0.70	0.58	6.426	0.093
6º ano	11	34.41	1.04	1.05		
9º ano	15	25.47	0.81	0.56		
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	19.27	0.50	0.45		
Incapacidade: Vida de trabalho						
4º ano	13	24.46	1.16	1.16	1.999	0.573
6º ano	11	30.91	1.46	1.44		
9º ano	15	24.13	1.27	1.30		
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	23.18	1.23	1.16		
Incapacidade: Vida social						
4º ano	13	27.31	1.39	1.33	2.962	0.397
6º ano	11	30.91	1.49	1.50		
9º ano	15	22.37	1.26	1.28		
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	22.23	1.25	1.19		
Incapacidade: Vida familiar						
4º ano	13	26.81	1.35	1.15	1.201	0.753
6º ano	11	28.73	1.33	1.30		
9º ano	15	22.90	1.13	1.03		
12º ano/Bacharelato/Licenciatura	11	24.27	1.20	1.03		

Aplicámos novamente o teste U de Mann-Whitney para decidir quanto à hipótese «**a auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do facto de existir, ou não, relação afectiva estável**».

Verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas em termos da depressão global ($p = 0.014$), dos agrupamentos cognitivos ($p = 0.018$), inter-pessoais ($p = 0.005$) e desempenho de tarefas ($p = 0.026$), do factor 2: relação perturbadora do indivíduos consigo próprio ($p = 0.030$) e das incapacidades vida em geral ($p = 0.048$) e vida social ($p = 0.005$). Estes resultados em conjunto com a análise dos valores das medidas de tendência central permitem-nos concluir que os doentes que têm uma relação afectiva estável tendem a apresentar níveis mais baixos de depressão.

Quadro 20

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função da existência de relação afectiva estável

Variáveis	n		Md	z	p
Relação afectiva estável					
Auto-estima					
Sim	35	27.86	41.97	42.00	-1.752 0.080
Não	15	20.00	38.60	38.00	
Depressão global					
Sim	35	22.19	14.49	12.00	-2.460 0.014
Não	15	33.23	23.40	25.00	
Agrupamento: Biológicos					
Sim	35	23.83	0.82	0.67	-1.253 0.210
Não	15	29.40	1.06	1.00	
Agrupamento: Cognitivos					
Sim	35	22.33	0.62	0.60	-2.375 0.018
Não	15	32.90	1.13	1.20	
Agrupamento: Inter-pessoais					
Sim	35	22.31	0.43	0.33	-2.813 0.005
Não	15	32.93	0.84	0.67	
Agrupamento: Desempenho de tarefas					
Sim	35	22.89	0.46	0.25	-2.225 0.026
Não	15	31.60	0.80	0.75	

Quadro 21

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função da existência de relação afectiva estável (continuação)

Variáveis	n		Md	z	p
Relação afectiva estável					
Factor 1: Depressão endógena					
Sim	35	24.54	0.17	-0.04	-0.709 0.478
Não	15	27.73	0.38	0.45	
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio					
Sim	35	22.57	0.63	0.46	-2.170 0.030
Não	15	32.33	1.10	0.93	
Factor 3: Constelação suicida					
Sim	35	24.03	0.46	0.36	-1.090 0.276
Não	15	28.93	1.00	0.53	
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros					
Sim	35	25.06	0.61	0.39	-0.328 0.743
Não	15	26.53	0.85	0.46	
Factor 5: Transtornos do sono					
Sim	35	26.23	1.10	0.59	-0.540 0.589
Não	15	23.80	1.14	0.46	
Incapacidade: Vida em geral					
Sim	35	22.83	0.65	0.58	-1.980 0.048
Não	15	31.73	1.02	1.18	
Incapacidade: Vida de trabalho					
Sim	35	23.99	1.21	1.30	-1.124 0.261
Não	15	29.03	1.42	1.58	
Incapacidade: Vida social					
Sim	35	21.67	1.22	1.25	-2.837 0.005
Não	15	34.43	1.62	1.64	
Incapacidade: Vida familiar					
Sim	35	23.14	1.16	1.03	-1.748 0.080
Não	15	31.00	1.46	1.35	

De modo idêntico testámos a hipótese «**a auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do facto de existir, ou não, vida sexual activa**». Como podemos constatar pelos resultados apresentados nos quadros 22 e 23 existem diferenças estatisticamente significativas na depressão global ($p = 0.030$), no agrupamento referente aos aspectos cognitivos ($p = 0.030$) e na incapacidade para a vida social ($p = 0.002$). Os valores médios e medianos revelam que os doentes com vida sexual activa tendem a apresentar níveis mais baixos de depressão.

Quadro 22

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função da existência de vida sexual activa

Variáveis	n		Md	z	p	
Vida sexual activa						
Auto-estima						
Sim	31	28.29	42.26	42.00	-1.734	0.083
Não	19	20.95	38.84	40.00		
Depressão global						
Sim	31	22.00	14.39	11.00	-2.173	0.030
Não	19	31.21	21.68	23.00		
Agrupamento: Biológicos						
Sim	31	23.60	0.78	0.67	-1.193	0.233
Não	19	28.61	1.08	0.83		
Agrupamento: Cognitivos						
Sim	31	22.03	0.64	0.60	-2.172	0.030
Não	19	31.16	1.00	0.80		
Agrupamento: Inter-pessoais						
Sim	31	23.23	0.45	0.33	-1.679	0.093
Não	19	29.21	0.72	0.33		
Agrupamento: Desempenho de tarefas						
Sim	31	23.06	0.44	0.25	-1.733	0.083
Não	19	29.47	0.76	0.25		
Factor 1: Depressão endógena						
Sim	31	23.87	0.12	-0.05	-1.009	0.313
Não	19	28.16	0.41	0.22		
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio						
Sim	31	23.85	0.70	0.65	-1.019	0.308
Não	19	28.18	0.88	0.80		

Quadro 23

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função da existência de vida sexual activa (continuação)

Variáveis	n		Md	z	p	
Vida sexual activa						
Factor 3: Constelação suicida						
Sim	31	23.55	0.45	0.36	-1.209	0.227
Não	19	28.68	0.90	0.53		
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros						
Sim	31	23.97	0.64	0.31	-0.949	0.342
Não	19	28.00	0.76	0.46		
Factor 5: Transtornos do sono						
Sim	31	25.52	1.00	0.54	-0.010	0.992
Não	19	25.47	1.30	0.49		
Incapacidade: Vida em geral						
Sim	31	23.98	0.69	0.66	-0.940	0.347
Não	19	27.97	0.88	0.72		
Incapacidade: Vida de trabalho						
Sim	31	25.34	1.25	1.30	-0.100	0.920
Não	19	25.76	1.31	1.44		
Incapacidade: Vida social						
Sim	31	20.53	1.20	1.18	-3.078	0.002
Não	19	33.61	1.58	1.62		
Incapacidade: Vida familiar						
Sim	31	23.50	1.18	1.03	-1.240	0.215
Não	19	28.76	1.35	1.30		

Os resultados que apresentamos nos quadros 24 e 25 foram obtidos com a aplicação do teste U de Mann-Whitney, aplicado para testar a hipótese «**a auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do facto do parceiro conhecer, ou não, a doença**».

A análise dos resultados permite-nos verificar que apenas no factor 4: instabilidade

emocional e dependência dos outros a diferença observada é estatisticamente significativa ($p = 0.039$). Por este facto, concluímos que os dados corroboram parcialmente a hipótese formulada e, atendendo aos valores das medidas de tendência central, podemos ainda afirmar que os doentes que afirmaram que os parceiros que conheciam a sua doença tendem a apresentar níveis mais elevados de depressão naquele factor.

Quadro 24

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do conhecimento da doença pelo parceiro

Variáveis	n		Md	z	p	
O parceiro conhece a doença						
Auto-estima						
Sim	32	21.75	42.09	42.00	-1.357	0.175
Não	8	15.50	39.50	40.00		
Depressão global						
Sim	32	21.55	15.69	13.50	-1.136	0.256
Não	8	16.31	11.63	8.50		
Agrupamento: Biológicos						
Sim	32	21.17	0.86	0.83	-0.742	0.458
Não	8	17.81	0.67	0.33		
Agrupamento: Cognitivos						
Sim	32	21.23	0.69	0.65	-0.810	0.418
Não	8	17.56	0.49	0.30		
Agrupamento: Inter-pessoais						
Sim	32	20.59	0.45	0.33	-0.134	0.893
Não	8	21.13	0.42	0.33		
Agrupamento: Desempenho de tarefas						
Sim	32	21.39	0.52	0.25	-1.161	0.245
Não	8	16.94	0.38	0.25		
Factor 1: Depressão endógena						
Sim	32	19.47	0.15	-0.04	-1.116	0.265
Não	8	24.63	0.36	0.34		
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio						
Sim	32	20.70	0.70	0.61	-0.200	0.826
Não	8	19.69	0.53	0.49		
Factor 3: Constelação suicida						
Sim	32	21.25	0.54	0.46	-0.812	0.417
Não	8	17.50	0.29	0.24		

Quadro 25

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do conhecimento da doença pelo parceiro (continuação)

Variáveis	n		Md	z	p
O parceiro conhece a doença					
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros				-2.063	0.039
Sim	32	22.41	0.73	0.49	
Não	8	12.88	0.11	0.11	
Factor 5: Transtornos do sono				-1.014	0.310
Sim	32	21.44	1.07	0.63	
Não	8	16.75	1.00	-0.04	
Incapacidade: Vida em geral				-0.474	0.636
Sim	32	20.94	0.70	0.70	
Não	8	18.75	0.62	0.52	
Incapacidade: Vida de trabalho				-0.288	0.773
Sim	32	20.23	1.23	1.30	
Não	8	21.56	1.31	1.37	
Incapacidade: Vida social				-0.541	0.588
Sim	32	21.00	1.25	1.27	
Não	8	18.50	1.22	1.18	
Incapacidade: Vida familiar				-0.389	0.697
Sim	32	20.14	1.18	1.01	
Não	8	21.94	1.14	1.15	

O teste da hipótese «a auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do facto do parceiro ter, ou não, a mesma doença» revelou que nenhuma das diferenças observadas é estatisticamente significativa ($p > 0.050$). Por este motivo somos levados a concluir que os dados não corroboram a hipótese formulada, ou seja, a auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo não são diferentes em função do facto do parceiro ter, ou não, a mesma doença.

Quadro 26

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do facto do parceiro ter a mesma doença

Variáveis	n		Md		z	p
O parceiro tem a mesma doença						
Auto-estima						
Sim	14	15.64	41.07	40.50	-1.115	0.265
Não	21	19.57	42.43	43.00		
Depressão global						
Sim	14	16.39	13.43	12.50	-0.760	0.447
Não	21	19.07	17.29	13.00		
Agrupamento: Biológicos						
Sim	14	17.00	0.71	0.75	-0.480	0.631
Não	21	18.67	1.02	1.00		
Agrupamento: Cognitivos						
Sim	14	17.07	0.63	0.60	-0.447	0.655
Não	21	18.62	0.71	0.70		
Agrupamento: Inter-pessoais						
Sim	14	17.57	0.45	0.33	-0.264	0.792
Não	21	18.29	0.44	0.33		
Agrupamento: Desempenho de tarefas						
Sim	14	14.89	0.38	0.25	-1.696	0.090
Não	21	20.07	0.62	0.25		
Factor 1: Depressão endógena						
Sim	14	14.36	-0.14	-0.21	-1.717	0.086
Não	21	20.43	0.40	0.15		
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio						
Sim	14	16.93	0.63	0.42	-0.505	0.614
Não	21	18.71	0.69	0.70		
Factor 3: Constelação suicida						
Sim	14	18.93	0.53	0.46	-0.438	0.662
Não	21	17.38	0.52	0.21		
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros						
Sim	14	18.29	0.78	0.39	-0.135	0.893
Não	21	17.81	0.57	0.39		
Factor 5: Transtornos do sono						
Sim	14	18.57	1.07	0.73	-0.269	0.788
Não	21	17.62	1.31	0.68		

Quadro 27

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do facto do parceiro ter a mesma doença (continuação)

Variáveis	n		Md		z	p
O parceiro tem a mesma doença						
Incapacidade: Vida em geral						
Sim	14	15.79	0.62	0.59	-1.045	0.296
Não	21	19.48	0.78	0.69		
Incapacidade: Vida de trabalho						
Sim	14	16.89	1.19	1.23	-0.523	0.601
Não	21	18.74	1.28	1.30		
Incapacidade: Vida social						
Sim	14	18.25	1.26	1.26	-0.118	0.906
Não	21	17.83	1.23	1.27		
Incapacidade: Vida familiar						
Sim	14	14.46	1.02	1.00	-1.669	0.095
Não	21	20.36	1.27	1.19		

Para testar a hipótese «**a auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo estão relacionados com o tempo de relato do diagnóstico a alguém**» procedemos, de novo, ao estudo da correlação entre as variáveis utilizando o coeficiente de Spearman e o respectivo teste de significância.

Como podemos observar pelos dados apresentados no quadro 28, não existem correlações estatisticamente significativas ($p > 0.050$). Este facto leva-nos a concluir que o tempo de relato do diagnóstico parece não influir sobre a auto-estima e sobre a depressão daqueles doentes.

Quadro 28

Correlação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) com o tempo de relato do diagnóstico a alguém

Variáveis	Tempo de relato do diagnóstico	
	r_s	p
Auto-estima	+0.15	0.319
Depressão global	-0.27	0.074
Agrupamento: Biológicos	-0.20	0.175
Agrupamento: Cognitivos	-0.20	0.189
Agrupamento: Inter-pessoais	-0.02	0.921
Agrupamento: Desempenho de tarefas	-0.02	0.923
Factor 1: Depressão endógena	+0.04	0.782
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio	-0.08	0.584
Factor 3: Constelação suicida	-0.13	0.396
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros	-0.19	0.196
Factor 5: Transtornos do sono	-0.08	0.579
Incapacidade: Vida em geral	+0.02	0.878
Incapacidade: Vida de trabalho	+0.23	0.131
Incapacidade: Vida social	-0.16	0.298
Incapacidade: Vida familiar	-0.01	0.971

Testámos a hipótese «a auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do stress causado pela partilha do diagnóstico» através do teste Kruskal-Wallis.

Os resultados que constituem os quadros 29, 30 e 31 permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas em termos da auto-estima ($p = 0.002$) e do factor 3: constelação suicida ($p = 0.028$) e da incapacidade para a vida em geral ($p = 0.027$). Os valores das medidas de tendência central revelam que os indivíduos que sentiram maior stress ao partilhar o diagnóstico têm menor auto-estima e maiores níveis de depressão em termos de constelação suicida e incapacidade para a vida em geral.

Quadro 29

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do stress causado pela partilha do diagnóstico

Variáveis	n		Md	η^2	p
Stress causado pela partilha do diagnóstico					
Auto-estima					
Nenhum	10	36.45	45.60	46.00	14.621 0.002
Pouco	11	32.36	43.45	45.00	
Moderado	10	22.65	39.80	39.00	
Muito	19	17.26	37.68	38.00	
Depressão global					
Nenhum	10	16.40	11.50	9.00	7.320 0.062
Pouco	11	21.95	14.55	11.00	
Moderado	10	30.20	19.70	19.00	
Muito	19	29.87	20.32	19.00	
Agrupamento: Biológicos					
Nenhum	10	18.75	0.58	0.33	6.960 0.073
Pouco	11	19.59	0.64	0.33	
Moderado	10	30.15	1.13	0.83	
Muito	19	30.03	1.08	1.00	
Agrupamento: Cognitivos					
Nenhum	10	19.75	0.56	0.35	6.277 0.099
Pouco	11	19.27	0.60	0.50	
Moderado	10	30.05	0.86	0.75	
Muito	19	29.74	0.95	0.70	
Agrupamento: Inter-pessoais					
Nenhum	10	21.30	0.40	0.33	3.150 0.369
Pouco	11	22.50	0.55	0.33	
Moderado	10	28.45	0.53	0.50	
Muito	19	27.89	0.65	0.33	

Quadro 30

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do stress causado pela partilha do diagnóstico (continuação)

Variáveis	n		Md	η^2	p
Stress causado pela partilha do diagnóstico					
Agrupamento: Desempenho de tarefas					
Nenhum	10	18.00	0.30	0.25	4.595 0.204
Pouco	11	27.82	0.64	0.25	
Moderado	10	28.70	0.66	0.38	
Muito	19	26.42	0.61	0.25	
Factor 1: Depressão endógena					
Nenhum	10	18.20	-0.15	-0.13	4.131 0.248
Pouco	11	27.18	0.20	-0.04	
Moderado	10	31.10	0.59	0.44	
Muito	19	25.42	0.27	0.20	
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio					
Nenhum	10	25.30	0.78	0.80	1.002 0.801
Pouco	11	29.09	0.95	0.81	
Moderado	10	23.00	0.57	0.47	
Muito	19	24.84	0.77	0.53	
Factor 3: Constelação suicida					
Nenhum	10	21.50	0.47	0.20	9.094 0.028
Pouco	11	15.91	0.17	-0.04	
Moderado	10	29.10	0.73	0.65	
Muito	19	31.26	0.91	0.69	
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros					
Nenhum	10	16.90	0.20	0.20	6.935 0.074
Pouco	11	21.64	0.52	0.16	
Moderado	10	30.10	0.76	0.60	
Muito	19	29.84	0.99	0.59	
Factor 5: Transtornos do sono					
Nenhum	10	26.30	1.11	0.50	0.952 0.813
Pouco	11	21.82	0.93	0.02	
Moderado	10	25.80	1.16	0.69	
Muito	19	27.05	1.19	0.65	
Incapacidade: Vida em geral					
Nenhum	10	14.15	0.35	0.30	9.179 0.027
Pouco	11	24.00	0.74	0.55	
Moderado	10	31.85	0.95	1.03	
Muito	19	29.00	0.90	0.81	

Quadro 31

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do stress causado pela partilha do diagnóstico (continuação 1)

Variáveis	n			Md	η^2	p
Stress causado pela partilha do diagnóstico						
Incapacidade: Vida de trabalho						
Nenhum	10	16.35	0.94	1.00	6.680	0.083
Pouco	11	25.55	1.31	1.16		
Moderado	10	33.00	1.52	1.59		
Muito	19	26.34	1.31	1.30		
Incapacidade: Vida social						
Nenhum	10	21.15	1.25	1.09	3.402	0.334
Pouco	11	21.32	1.22	1.18		
Moderado	10	30.65	1.43	1.38		
Muito	19	27.50	1.41	1.29		
Incapacidade: Vida familiar						
Nenhum	10	19.25	1.04	0.98	4.221	0.239
Pouco	11	27.00	1.41	1.00		
Moderado	10	32.25	1.40	1.51		
Muito	19	24.37	1.18	1.03		

Também para testar a hipótese «**a auto-estima e os níveis de depressão dos doentes com teste VIH positivo são diferentes em função do sentimento de estigmatização**» aplicámos o teste Kruskal-Wallis.

Analisando os resultados apresentados nos quadros 32 e 33 podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas unicamente em termos de depressão, mais concretamente no agrupamento dos aspectos biológicos ($p = 0.047$), no factor 1: depressão endógena ($p = 0.048$), no factor 3: constelação suicida ($p = 0.007$) e na incapacidade para a vida de trabalho ($p = 0.009$). Os valores das medidas de tendência central revelam que, de uma forma geral, os indivíduos que se sentem mais estigmatizados tendem a evidenciar níveis mais elevados de depressão.

Quadro 32

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do facto do sentimento de estigmatização

Variáveis	n	\bar{x}_p	\bar{x}	Md	χ^2	p
Sente-se estigmatizado						
Auto-estima						
Nada	15	33.47	44.07	44.00	7.324	0.062
Ligeiramente	7	26.57	41.57	42.00		
Moderadamente	15	21.53	39.20	40.00		
Muito	13	20.31	39.08	40.00		
Depressão global						
Nada	15	19.57	13.20	10.00	3.722	0.293
Ligeiramente	7	26.29	18.14	15.00		
Moderadamente	15	28.03	19.53	19.00		
Muito	13	29.00	18.46	16.00		
Agrupamento: Biológicos						
Nada	15	18.50	0.61	0.33	7.937	0.047
Ligeiramente	7	20.57	0.62	0.50		
Moderadamente	15	31.70	1.21	1.00		
Muito	13	29.08	1.00	1.00		
Agrupamento: Cognitivos						
Nada	15	21.37	0.59	0.60	3.005	0.391
Ligeiramente	7	29.43	1.06	0.60		
Moderadamente	15	24.13	0.71	0.70		
Muito	13	29.73	0.92	0.80		
Agrupamento: Inter-pessoais						
Nada	15	22.63	0.56	0.33	3.073	0.380
Ligeiramente	7	21.07	0.43	0.33		
Moderadamente	15	27.80	0.60	0.33		
Muito	13	28.54	0.56	0.33		
Agrupamento: Desempenho de tarefas						
Nada	15	24.07	0.50	0.25	2.229	0.526
Ligeiramente	7	27.86	0.64	0.25		
Moderadamente	15	28.67	0.73	0.25		
Muito	13	22.23	0.40	0.25		
Factor 1: Depressão endógena						
Nada	15	25.53	0.15	-0.05	7.911	0.048
Ligeiramente	7	27.86	0.45	-0.04		
Moderadamente	15	32.00	0.62	0.45		
Muito	13	16.69	-0.23	-0.10		
Factor 2: Relação perturbadora do indivíduo consigo próprio						
Nada	15	28.40	0.95	0.81	4.785	0.188
Ligeiramente	7	33.43	1.33	1.18		
Moderadamente	15	20.20	0.46	0.46		
Muito	13	24.00	0.62	0.30		
Factor 3: Constelação suicida						
Nada	15	14.60	0.04	-0.07	12.264	0.007
Ligeiramente	7	28.71	0.71	0.56		
Moderadamente	15	29.40	0.70	0.70		
Muito	13	31.85	1.16	0.67		

Quadro 33

Comparação da auto-estima e da depressão (global, agrupamentos, factores e incapacidades) em função do facto do sentimento de estigmatização (continuação)

Variáveis	n	\bar{x}_p	\bar{x}	Md	χ^2	p
Sente-se estigmatizado						
Factor 4: Instabilidade emocional e dependência dos outros						
Nada	15	19.00	0.37	0.18	6.033	0.110
Ligeiramente	7	24.57	0.43	0.38		
Moderadamente	15	26.40	0.62	0.58		
Muito	13	32.46	1.24	0.53		
Factor 5: Transtornos do sono						
Nada	15	24.40	0.96	0.17	1.841	0.606
Ligeiramente	7	21.57	0.45	0.59		
Moderadamente	15	29.53	1.51	0.79		
Muito	13	24.23	1.18	0.35		
Incapacidade: Vida em geral						
Nada	15	17.70	0.47	0.39	6.802	0.078
Ligeiramente	7	32.64	1.07	0.68		
Moderadamente	15	27.23	0.87	1.00		
Muito	13	28.65	0.82	0.82		
Incapacidade: Vida de trabalho						
Nada	15	16.33	0.96	1.01	11.584	0.009
Ligeiramente	7	34.50	1.58	1.69		
Moderadamente	15	24.53	1.29	1.30		
Muito	13	32.35	1.46	1.73		
Incapacidade: Vida social						
Nada	15	23.07	1.29	1.17	1.756	0.625
Ligeiramente	7	22.50	1.18	1.26		
Moderadamente	15	25.77	1.36	1.30		
Muito	13	29.62	1.46	1.53		
Incapacidade: Vida familiar						
Nada	15	24.90	1.25	1.15	1.962	0.580
Ligeiramente	7	31.86	1.51	1.30		
Moderadamente	15	25.83	1.26	1.23		
Muito	13	22.38	1.09	1.03		

CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objectivo geral do presente estudo foi avaliar as reacções emocionais da pessoa ao diagnóstico de seropositividade para o VIH. A adaptação ao diagnóstico de seropositividade para o VIH envolve factores de ordem física, psicológica e social que requer uma análise mais aprofundada para melhor compreensão da problemática em estudo.

A infecção pelo VIH actualmente é descrita como uma doença crónica, de origem infecciosa e sem tratamento curativo. O diagnóstico de seropositividade representa uma situação stressora, perante a qual o indivíduo deverá reagir através de esforços cognitivos e comportamentais no sentido de lidar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas inerentes à situação. As reacções emocionais desencadeadas têm a finalidade de promover o ajuste psicológico à situação stressora. A resposta emocional a esta situação de crise depende das características individuais (idade, experiências anteriores, mecanismos de defesa anteriormente utilizados, fontes pessoais de auto-estima, crenças e regras valorativas), do contexto sociocultural (fontes de apoio disponíveis para a pessoa seropositiva mediante o seu contexto social e familiar), das características da doença (tipo de doença, sintomatologia, evolução da patologia e tipo de tratamento) e do significado da crise mediante a fase do ciclo vital do indivíduo. Portanto, no processo adaptativo ao fenómeno de doença crónica, intervêm factores fisiológicos, cognitivos, emocionais, afectivo-relacionais e sócio-culturais, que podem favorecer ou não as manifestações mais ou menos severas da depressão (Flaskerud, 1992).

A depressão é uma reacção emocional frequente no processo de adaptação psicossocial à doença. A sua inexistência poderá pressupor uma adaptação posterior pouco eficaz (Miguel e Borges, 2002). De acordo com estudos efectuados, a taxa de incidência e prevalência de depressão em seropositivos é superior às taxas detectadas em grupos de seronegativos (Berger-Greenstein *et al.*, 2007; Vranceanu *et al.*, 2008).

Por sua vez, a auto-estima, determinante importante do bem-estar físico e psicológico (Rosenberg, 1965), representa um mecanismo psicológico de protecção individual face à

ansiedade despoletada pelo confronto com situações stressantes como a doença crónica ou a ameaça de morte (Baumeister, 1999). Ao longo do processo, pode ocorrer uma diminuição da auto-estima, resultante da perda de autonomia ou devido a um contacto negativo com o sistema de saúde (Serra, 2005). Por conseguinte, a estabilidade e níveis de auto-estima elevados podem ser factores decisivos para a manutenção da saúde mental.

De acordo com alguns estudos, existe uma correlação negativa entre a depressão e os níveis de auto-estima sendo que, os níveis de auto-estima encontrados em pessoas com diagnóstico de depressão são médios e baixos (Furegato, Silva, Campos e Cassiano, 2006; Furegato, Santos e Silva, 2008). Os resultados encontrados no presente estudo sobrepõem-se aos encontrados em estudos anteriores. Através do estudo da correlação entre as variáveis depressão e auto-estima, verificou-se que existe uma correlação negativa entre ambas, concluindo-se que os doentes com maior auto-estima tendem a evidenciar níveis mais baixos de depressão e vice-versa. A maioria dos doentes (62.0%) não sofria de depressão no entanto, 34.0% dos inquiridos evidenciaram depressão leve.

Verificou-se também que em doentes que evidenciam depressão e se identificam níveis mais baixos de auto-estima, os agrupamentos de sintomas que se podem manifestar mais frequentemente são os sintomas biológicos (desassossego interior, prejuízo da memória de fixação, insónia inicial, insónia tardia, acordar fatigado e dificuldade de concentração), sintomas cognitivos (desinteresse pelo trabalho, culpabilidade, sentir-se infeliz, auto-depreciação, perda de esperança no futuro, sentimento de fracasso, incapacidade de resolução de problemas, incapacidade de tomar decisões, perda da alegria de viver e ideação suicida) e de desempenho de tarefas (fatigabilidade no desempenho de tarefas, depreciação no desempenho de tarefas, inibição motora e inactividade). Da mesma forma, constatou-se que os mesmos podem apresentar sintomas definidores da constelação suicida (ideias de suicídio, perda da alegria de viver, sentir-se infeliz e perda de esperança no futuro) e podem manifestar incapacidades para a vida em geral, para a vida de trabalho e para a vida social.

Os sintomas depressivos têm sido associados a uma variedade de problemas que afectam seropositivos para o VIH, nomeadamente a uma progressão mais rápida para SIDA, a um maior índice de imunossupressão e a uma taxa de mortalidade mais elevada. A depressão

parece relacionar-se com taxas de prevalência de comportamentos de risco mais elevadas, nomeadamente através da partilha de agulhas e relações sexuais desprotegidas. Para além de corresponder a um risco acrescido de transmissão do vírus a seronegativos, é um risco de transmissão de outras estirpes do vírus entre seropositivos, aumentando potencialmente a resistência a terapêutica anti-retroviral. Os sintomas depressivos podem também interferir na adopção de comportamentos de procura de saúde através do não cumprimento do esquema da terapêutica anti-retroviral (Berger-Greenstein *et al.*, 2007; Vranceanu *et al.*, 2008).

Através do presente estudo, verificou-se que a idade e o nível de escolaridade dos doentes não influenciam o nível de auto-estima ou a presença ou não de depressão. No entanto, observa-se que os doentes mais velhos tendem a apresentar menor incapacidade para a vida familiar. No que se refere à influência do género sobre as variáveis auto-estima e depressão, verificou-se que, ao contrário de estudos anteriores, os doentes do género masculino apresentam mais frequentemente sintomas de depressão do que doentes do género feminino, nomeadamente depressão endógena. Os homens apresentaram neste estudo, um maior número de incapacidades referentes à vida em geral, à vida de trabalho e à vida familiar. Este resultado contraria o que seria espectável de acordo com resultados de estudos anteriores onde se verificou que as mulheres se encontram em risco significativamente mais elevado de desenvolver depressão. Alguns estudos indicam que os episódios depressivos se verificam duas vezes mais em mulheres do que em homens (Fonseca, 1987). No presente estudo verificou-se que, doentes com uma relação afectiva estável, casados ou em união de facto, tendem a apresentar níveis mais baixos de depressão. Este resultado vem reiterar os benefícios das relações afectivas estáveis com elementos da rede de suporte social, nomeadamente, o companheiro(a). O apoio social fornecido num contexto emocional, permite reduzir o stress físico e afectivo despoletado por situações de crise, aumentando o bem-estar físico e emocional. Proporciona uma maior estabilidade a nível da saúde física e mental. O sentimento de pertença permite aumentar a auto-confiança, promove o desenvolvimento de estratégias de coping e reduz o efeito de sintomas psicopatológicos, como sendo a depressão (Vandervoort, 1999).

Verificámos uma predominância de sintomas depressivos em doentes heterossexuais, com observância de um maior número de sintomas biológicos, comparativamente a pessoas com

orientação homossexual. Consta-se uma grande empatia, cumplicidade e relação de ajuda entre pessoas com orientação homossexual. O sentido de pertença a um grupo social pode contribuir para aumentar o nível de auto-estima, o sentido de bem-estar e a sensação de controlo sobre as situações. O elevado grau de aceitação por parte da rede social permite desenvolver estratégias de coping eficazes na redução dos níveis de stress inerentes ao processo de adaptação à doença, diminuindo a probabilidade de desenvolvimento de sintomas psicopatológicos.

A infecção pelo VIH surge frequentemente associada a relações sexuais desprotegidas. Verificou-se que 36% dos doentes referiram como causa provável de contágio o contacto sexual com parceiro ocasional e 32% referiram ter ocorrido devido a contacto sexual com parceiro regular. Relativamente ao facto de existir ou não, vida sexual activa, constatou-se que os doentes que apresentam vida sexual activa tendem a revelar níveis mais baixos de depressão. No que se refere à esfera dos relacionamentos íntimos, os participantes apresentavam maioritariamente relações afectivas estáveis e com uma vida sexual activa, referindo em grande percentagem (64%) terem revelado a sua doença ao companheiro(a). A informação acerca da seropositividade pode pressupor um aumento de segurança nas relações sexuais, promovendo a adopção de práticas sexuais seguras, uma vez que a partilha no campo afectivo íntimo potencia o bem-estar físico e psicológico, reduzindo a manifestação de sintomas depressivos. Relativamente às medidas preventivas na transmissão do vírus aquando de relações sexuais, concluiu-se que 68% dos doentes seropositivos apresentavam um uso consistente do preservativo, facto corroborado por outros estudos (Holt *et al.*, 1998). Importa salientar no entanto, que segundo a estatística descritiva do estudo, um em cada três doentes: nunca utilizavam preservativo, utilizavam apenas às vezes, ou quase sempre durante as relações sexuais. Pode-se concluir que a percentagem de doentes que usam o preservativo de forma inconsistente ainda é considerável.

Após o diagnóstico é frequente o doente seropositivo adoptar uma atitude de protecção perante o companheiro(a) (Van Keresten *et al.*, 2007). No entanto, o recurso a comportamentos considerados de risco na transmissão do vírus tem-se verificado recorrentemente. Num estudo realizado por Simoni e Pantalone (2004), cerca de um terço das pessoas seropositivas para o VIH mantêm relações sexuais desprotegidas, por vezes,

sem informar os companheiros acerca da sua seropositividade, que podem ser seronegativos ou de serologia desconhecida. No entanto, isso nem sempre se verifica. De acordo com estudos realizados nesta área (Boyle *et al.*, 2005), uma das justificações propostas para a adopção de comportamentos de risco relaciona-se com o facto de a terapêutica anti-retroviral ter alterado o curso natural da doença, aumentando o tempo de sobrevivência e a qualidade de vida dos doentes seropositivos. Esta viragem no desfecho da doença conferiu uma relativização das consequências que advêm da adopção de comportamentos de risco. Em outros casos, nomeadamente em relacionamentos estáveis e de grande partilha, os elementos do casal podem optar por não utilizar preservativo no intuito de aumentar o compromisso entre ambos. Podem também ocorrer relações sexuais sob o efeito de estupefacientes, inibindo a capacidade de decisão sobre medidas de segurança. Não obstante, a não revelação do diagnóstico ao companheiro(a) nem sempre conduz a comportamentos de risco, uma vez que a pessoa pode optar por adoptar medidas de protecção individual durante o acto sexual sem necessidade de revelação do diagnóstico (Larkins *et al.*, 2005).

A informação acerca do diagnóstico requer a ponderação prévia perante o custo-benefício da revelação. A partilha de informação acerca do diagnóstico requer uma avaliação dos benefícios e das desvantagens que a divulgação a um elemento da sua rede social pode trazer. Este momento gera sensações de angústia, incerteza e indecisão. A doença pode ser sentida como uma ameaça à integridade física e psicológica, afectando também a estabilidade sócio-emocional do receptor da informação. No presente estudo, cerca de 92% dos inquiridos referiu ter revelado o diagnóstico, sendo a mãe e a irmã as pessoas que escolhiam para partilhar esta informação. Este resultado está de acordo com outros estudos (Kadushin, 2000; Serovich *et al.*, 2005) e apoia-se no facto de estes elementos manifestarem maior apoio emocional. Das 50 pessoas, 70% referiu ter sentido apoio após a comunicação do diagnóstico à rede social sendo que, 16% referiu ter sentido afastamento. A notícia acerca da doença pode conduzir a uma crise emocional disruptiva com o receptor da informação. Numa fase inicial, a presença da doença pode suscitar ao doente e seu parceiro(a) reacções emocionais complexas e dolorosas. Os doentes cujo parceiro conhece o seu diagnóstico de seropositividade, tendem a apresentar níveis mais elevados de depressão. Em alguns casos, pode não ocorrer revelação do diagnóstico por falta de estratégias de negociação e comunicação entre os elementos do casal, ou para evitar o stress

inerente ao processo de negociação de estratégias de protecção (Holt *et al.*, 1998).

Embora o doente possa ter experienciado reacções positivas face à informação de doença, pode existir stress e receio das reacções potenciais dos receptores da informação, perante uma manifesta necessidade ou vontade de partilhar o diagnóstico com um elemento da rede social (Berger, Ferrans e Lashley, 2001). Este facto é reiterado no trabalho em causa, através dos níveis elevados de depressão e baixa auto-estima manifestados perante a percepção individual de stress causado pela partilha do diagnóstico. Os níveis elevados de depressão são mais evidentes devido à presença de sintomas que codificam a constelação suicida. Os doentes com sintomas depressivos manifestaram maior grau de incapacidade para a vida em geral. Inversamente, o suporte social que nem sempre se verifica após a informação acerca do diagnóstico, proporciona ganhos psicológicos de natureza diversa. O apoio percebido pelo doente pode reduzir o nível de stress inerente à condição de doença crónica. A possibilidade de expressar abertamente os seus receios e frustrações reduz consequentemente a ansiedade. Da mesma forma, o apoio informal fornecido pela rede de suporte ajuda a contextualizar os problemas. No presente estudo, o nível de auto-estima e depressão não variaram mediante o facto de o parceiro ser ou não seropositivo.

A depressão pode surgir como uma reacção adaptativa ao diagnóstico de infecção pelo VIH, em parte devido ao carácter de cronicidade da doença, à ausência de cura, mas também devido aos estigmas socialmente construídos e intimamente relacionados com as representações sociais desta patologia (Sousa, 2001). As representações sociais da SIDA emitem um reflexo do mundo exterior, que se baseia na experiência pessoal acerca da doença, na comunicação com o meio envolvente e na informação geral fornecida pela cultura. A cultura do meio transmite informações acerca da identidade, consequências, causas, duração e tratamento da doença (Serra, 2005; Holt *et al.*, 1998). Por conseguinte, a informação acerca do diagnóstico à rede social representa para o doente, um factor stressante com consideráveis riscos sociais e emocionais devido ao cariz estigmatizante socialmente atribuído à doença. Num estudo realizado em seropositivos por Vanable *et al.* (2006), 42% dos participantes referiram sentirem-se estigmatizados, manifestamente quando elementos da sua esfera social evitavam entrar em contacto com eles ou excluindo-os de eventos sociais. As pessoas que se sentem socialmente estigmatizadas podem apresentar uma baixa auto-estima, depressão, ansiedade, perda de suporte social e solidão

(Berger, Ferrans e Lashley, 2001). No estudo, verificou-se que os doentes que se sentem mais estigmatizados tendem a apresentar níveis de depressão mais elevados. O estigma face a esta patologia tem vindo a verificar-se com maior ou menor intensidade ao longo do tempo mediante contextos sócio-culturais e de poder específicos. Este constructo surgiu associado no início da epidemia, a grupos socialmente discriminados (homossexuais) portadores de infecção pelo VIH e traz repercussões do ponto de vista psicossocial (Liu *et al.*, 2006).

O olhar estigmatizante associado à doença interfere na forma como os doentes seropositivos enfrentam o VIH e se adaptam ao papel de doente. Por outro lado, o medo da discriminação e a dificuldade em revelar a notícia aos outros pode conduzir ao isolamento, incerteza e falta de apoio que se manifesta por quadros depressivos, que condicionam o processo de adaptação ao diagnóstico.

CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES

O intenso desenvolvimento médico-científico veio permitir definir a infecção pelo VIH como uma doença de carácter crónico e com tratamento sintomático. A introdução da terapêutica anti-retroviral veio aumentar a esperança de vida destes doentes, diminuindo a comorbilidade e a mortalidade e conferiu-lhes uma melhor qualidade de vida. O diagnóstico de seropositividade recai sobre o doente e restantes elementos que constituem a sua rede social como sendo, o parceiro, família e amigos, como uma ameaça à integridade física, emocional e relacional.

A adaptação ao diagnóstico envolve factores de cariz afectivo, psicológico e sócio-cultural que se reflectem em reacções emocionais diversas devendo por isso, ser analisadas para melhor compreensão deste processo complexo. Dada a complexidade de factores intervenientes no processo adaptativo ao diagnóstico, este fenómeno tem sido amplamente estudado, enfatizando diferentes dimensões da problemática.

Qualquer situação de doença crónica, independentemente das suas características requer uma reformulação dos projectos de vida e uma adaptação ao papel de doente crónico. A doença representa um acontecimento limitativo, uma ameaça perante a qual a pessoa adopta estratégias de coping que se poderão manifestar ineficazes (Penedo, 2003). As representações sociais da doença baseiam-se na experiência social acerca da mesma, na comunicação com o meio envolvente e na informação geral fornecida pelo meio cultural em que estão inseridos. Esta informação fornece dados acerca da identidade, consequências, causas (vias de transmissão), duração (cronicidade) e tratamento da doença (incurabilidade) e pode ser influenciada por associações efectuadas com grupos socialmente estigmatizados (toxicodependentes entre outros), contribuindo para uma conotação depreciativa da patologia (Holt *et al.*, 1998). Por conseguinte, o confronto com o diagnóstico de seropositividade representa um factor stressante devido ao estigma socialmente atribuído à doença (Green e Sobo, 2000). As repercussões sociais do estigma associado à SIDA materializam-se em questões do dia-a-dia, como sendo restrições no acesso a determinados empregos, a seguros de saúde entre outros.

As reacções emocionais a esta situação tida como stressante podem passar, em algumas fases de adaptação à doença, pela depressão (Miguel e Borges, 2002). Torna-se portanto necessário compreender estas reacções emocionais e quais as correlações com os factores sócio-demográficos, clínicos e psicológicos. Em pessoas seropositivas verificou-se que, na presença de sintomas depressivos, os níveis de auto-estima também se manifestavam baixos, tal como em estudos anteriores (Furegato *et al.*, 2006; Furegato, Santos e Silva, 2008).

O presente estudo apresenta algumas limitações, uma das quais se relaciona com o reduzido tamanho da amostra, não tendo permitido apresentar resultados mais estruturados e consistentes. O estigma percebido face à doença coloca um entrave ao recurso ao apoio da rede de suporte social, uma vez que fundamenta o receio de rejeição, conduzindo o doente seropositivo ao isolamento. A ansiedade despoletada por este sentimento antecipado de rejeição, conduz ao aparecimento de sintomas depressivos, quando na ausência de estratégias de coping eficazes (Berger, Ferrans e Lashley, 2001). A discriminação sentida por alguns seropositivos pode contribuir para uma maior dificuldade na adaptação ao diagnóstico, que se reflecte na manifestação de sintomas psicopatológicos como a depressão. A vulnerabilidade à aquisição de sintomas depressivos provocada pelo estigma percebido, pode-se reflectir do encurtamento da longevidade dos doentes seropositivos, assim como na diminuição da sua qualidade de vida devido ao compromisso da função imunitária (Leonard, 2000). O estigma percebido pode funcionar como factor limitativo da revelação do diagnóstico aos elementos da sua rede social devido ao receio de uma baixa receptividade por parte dos receptores da informação, impedindo a pessoa seropositiva de usufruir do apoio da rede social. Uma limitação do presente estudo revela-se no facto de não ter sido aplicado nenhum instrumento psicométrico de avaliação do apoio social.

A decisão acerca revelação do diagnóstico aos elementos da rede social e selectividade dos mesmos é antecedida por uma análise pessoal do custo-benefício da partilha desta informação com outros elementos (Liu *et al.*, 2006). No estudo verificou-se que, perante a decisão de informar elementos da rede social, o diagnóstico foi maioritariamente partilhado com a mãe e a irmã. Após a informação, os doentes seropositivos referiram essencialmente apoio, em detrimento de reacções de afastamento. A receptividade por parte da rede social,

pode contribuir para a redução do stress inerente a uma diagnóstico de doença de infecção pelo VIH, com todas as particularidades socio-psicológicas adstritas. Consequentemente, pode reduzir a manifestação de sintomas psicopatológicos. A condição de doente torna inevitável ter que lidar com o estigma internalizado do VIH e por outro lado, a ter que enfrentar os medos relacionados com as reacções sociais externas. Ambos têm implicação no processo de adaptação ao diagnóstico de doença que pode ser mal-adaptativo, com o desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

A fim de compreender o impacto do diagnóstico de seropositividade para o VIH, teria sido importante a aplicação do questionário com os respectivos instrumentos psicométricos, a um grupo de pessoas sem diagnóstico de seropositividade para posterior comparação. Dada a complexidade de factores envolvidos nesta problemática, teria sido importante utilizar outros instrumentos psicométricos para avaliação do estigma percebido, das estratégias de coping utilizadas, assim como da qualidade de vida do doente seropositivo.

A adaptação ao diagnóstico de seropositividade implica a reestruturação do projecto de vida individual mediante as novas vivências. Os serviços de saúde deverão ser um factor facilitador no processo de adaptação ao novo diagnóstico, acompanhando o doente seropositivo nesta caminhada, nem sempre conotada de sentimentos positivos. É fundamental a aplicação de estratégias de intervenção no sentido de evitar ou reduzir as repercussões de uma adaptação ineficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonzo, Â.A. e Reynolds, N.R., (1995) – Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory. *Social Science & Medicine*, 41(3), 303.

Antoni, M. H., Schneiderman, N., Fletcher, M. A., Goldstein, D. A., Ironson, G. e Laperriere, A. (1990) – Psychoneuroimmunology and HIV-1. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58 (1): 38-49.

Araújo, M. T. (2005) – SIDA no feminino – Percepções e implicações na sexualidade e maternidade. Coimbra: Formasau.

Ashton, E., Vosvick, M., Chesney, M., Gore-Felton, C., Koopman, C., O’Shea, K., Maldonado, J., Bachmann, M. H., Israelski, D., Flamm, J. e Spiegel, D. (2005) – Social support and maladaptive coping as predictors of the change in physical health symptoms among persons living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs*. 9(19): 587-598.

Bancroft, J., Carnes, L., Janssen, E. (2005) – Unprotected anal intercourse in HIV-positive and HIV-negative gay men: The relevance of sexual arousability, mood, sensation seeking, and erectile problems. *Archives of Sexual Behavior*. 34(3): 299-305.

Barta, W. D., Kiene, S. M., Tennen, H., Abu-Hasaballah, K. S. & Ferrer, R. (2007) – The idiographic study of inconsistent condom use behavior of persons living with HIV. *AIDS Care*. 19(8): 1058-1064.

Baumeister, R. F. (1999) – The Self in Social Psychology. Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Taylor & Francis*. 105-236.

Berger, B.E., Ferrans, C.E. & Lashley, F.R. (2001) – Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assesment of the HIV stigma scale. *Nursing & Health*. 24: 518-529.

Berger-Greenstein, J. A., Cuevas, C. A., Brady, S. M., Trezza, G., Richardson, M. A. e Keane, T. M. (2007) – Major depression in patients with HIV/AIDS and substance abuse. *AIDS Patient Care and DTDs*, 21(12).

Bharat, S. (2007) - Meeting the sexual and reproductive health needs for people living with HIV: Challenges for health care providers. *Reproductive Health Matters*. 15(29): 93-112.

Boyle, M. C., Godin, G., Hogben, M., Sherr, L. e Bastos, F. I. (2005) - The impact of the transmission dynamics of the HIV/AIDS epidemic on sexual behavior: A new hypothesis to explain recent increases in risk taking-behavior among men who have sex with men. *Medical Hypotheses*. 65: 215-226.

Catania, J. A., Turner, H. A., Choi, K. e Coates, T. J. (1992) – Coping with death anxiety: Help-seeking and social support among gay men with various HIV diagnoses. *AIDS*. 6:999-1005.

Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2008) – Infecção VIH/SIDA. A situação em Portugal. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Ministério da Saúde. Lisboa.

Chesney, M., Morin, M. e Sherr, L. (2000) – Adherence to HIV combination therapy. *Social Science and Medicine*. 50: 1599-1605.

Ciccarone, D. H., Kanouse, D. E., Collins, R. L., Miu, A., Chen, J. L., Morton, S. C. e Stall, R. (2003) – Sex without disclosure of positive serostatus in a US probability sample of persons receiving medical care for HIV infection. *American Journal of Public Health*. 93(6): 949-954.

Clingerman, E. (2004) – Psysical activity, social support and health-related quality of life among persons with HIV disease. *Lournal of Community Health Nursing*. 21(3): 179-197.

Cohen, S, e Syme, S.L. eds (1985) – *Social Support and Health*. Phyladelphia: Academic

Press.

Daudel, R. e Montagnier, L. (1994) – A SIDA. Lisboa: Instituto Piaget.

Davis, M. C. e Swan, P. D. (1999) – Association of negative and positive social ties with fibrinogen levels in young women. *Health Psychology*. 18: 131-139.

Derlega, V. J., Winstead, B. A., Oldfield, E. C., Barbee, A. P. (2003) – Close relationships and social support in coping with HIV: A test of sensitive interaction systems theory. *AIDS and Behavior*. 2(7):119-129.

DSM IV – TR (2002) - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. American Psychiatric Association. CLIMEPSI.

Dunst, C. e Trivette, C. (1985) – A guide to measures of social support and family behaviors. Washington: Special Education Programs.

Duque, V. (2002) – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Perspectiva epidemiológica. Coimbra: Minerva.

Evan, E. E., Kaufman, M., Cook, A. B. e Zeltzer, L. K. (2006) – Sexual health and self-esteem in adolescents and Young adults with câncer. *American Cancer Society*. 107(7): 1672-9.

Faria, L. e Fontaine, A. M. (1990) – Avaliação do Conceito de Si Próprio de Adolescentes. Adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa. *Cadernos de Consulta Psicológica*. 6: 97-105.

Faria, L. e Silva, S. (2000) – Promoção do auto-conceito e prática de ginástica de academia. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*. 1: 45-57.

Faria, L., Pepi, A., Alesi, M. (2004) – Concepções pessoais de inteligência e auto-estima: Que diferenças entre estudantes portugueses e italianos? *Análise psicológica*. 4 (XXII):

747-764.

Fisher, L., Goldschmidt, R. H., Hays, R. B., Catania, J. A. (1993) – Families of homosexual men: Their knowledge and support regarding sexual orientation and HIV disease. *National Institute of Mental Health*. 1(6).

Flaskerud, J. H. (1992) – AIDS/ Infecção pelo VIH. Aspectos psicossociais e neuropsiquiátricos. Rio de Janeiro: Medsi.

Folkman, S., Chesney, M. A., Pollack, L. e Phillips, C. (1992) – Stress, coping and high-risk sexual behaviour. *Health Psychology*. 11: 218-222.

Fonseca, A. F. (1987) – Psiquiatria e Psicopatologia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Vol II

Furegato, A. R. F., Silva, E. C., Campos, M. C. e Cassiano R. P. T. (2006) - Depressão e auto-estima entre académicos de enfermagem. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 33(5): 239-244.

Furegato, A. R. F., Santos, J. L. F. e Silva, E. C. (2008) - Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à auto-estima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 16(2).

Gameiro, Manuel Henriques (1999) – Sofrimento na doença. Estudo da estrutura dimensional das experiências subjectivas de sofrimento na doença e da relação com outras variáveis biopsicossociais da pessoa doente. Coimbra: Quarteto.

Green, G. (1996) – Stigma and Social Relationships of People with HIV: Does gender make a difference? In: Sherr, L., Hankins, C., Bennett, L. (eds.), *Social Aspects of AIDS: AIDS as a Gender issue. Psychosocial perspectives*. London: Taylor & Francis. 46-60.

Green, G. e Sobo, E.J. (2000) – The endangered self. Managing the social risks of HIV. London: Routledge.

Goffman, E. (1980) – Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 3ªed. Zahar editores, Rio de Janeiro.

Hale, C. J., Hannum, J. W. e Espelage, D. L. (2005) – Social Support and Physical Health: The importance of belonging. *Journal of American College Health*. 6(53).

Hart, T. A., Wolitski, R. J., Purcell, D. W., Parsons, J. T., Gómez, C. A. e Seropositive Urban Men's Study Team (2005) – Partner awareness of the serostatus of HIV-Seropositive men who have sex with men: Impact on unprotected sexual behavior. *AIDS and Behavior*. 2(9):155-166.

Hays, R. B., Chauncey, S. e Tobey, L. A. (1990) – The social support networks of gay men with AIDS. *Journal of Community Psychology*. 18: 374-385.

Kadushin, G. (2000) – Family secrets: Disclosure of HIV status among gay men with HIV/AIDS to the family of origin. *Social Work in Health Care*, 30(3).

Kalichman, S.C., DiMarco, M., Austin, J., Luke, W. e DiFonzo, K. (2003) – Stress, social support, and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(26).

Kernis, M. H e Goldman, B. M. (2003) – Self-concept and self-esteem in Handbook of the self and identity. New York: Guilford Press.

Körner, H. (2007) – Negotiating cultures: Disclosure of HIV-positive status among people from minority ethnic communities in Sydney. *Culture, Health & Sexuality*. Sydney. 9(2): 137-152. ISSN 1369-1058.

Kubler-Ross, E. (1989) – SIDA. O desafio final. Lisboa: Difusão cultural.

Yang, H., Li, X., Stanton, B., Fang, X., Lin, D., Naar-King, S. (2006) – HIV-related knowledge, stigma, and willingness to disclosure: A mediation analysis. *AIDS Care*. 18(7):

717-724.

Holt, K., Court, P., Vedhara, K., Nott, K.H., Holmes, J. e Snow, M.H. (1998) – The role of disclosure in coping with HIV infection. *AIDS Care*. 10(1): 49-60.

Larkins, S., Reback, C. J., Shoptaw, S. & Veniegas, R. (2005) – Methamphetamine-dependent gay men's disclosure of their HIV status to sexual partners. *AIDS Care*. 17(4): 521-532.

Lazarus, R., Folkman, S. (1984) – Stress, Apraisal, and Coping. New York: Springer.

Leonard, B. (2000) - Stress, depression and the activation of the immune system. *World Journal of Biological Psychiatry*. 1: 17-25.

Lichtenstein, B., Laska, M. K. e Clair, J. M. (2002) – Chronic sorrow in the HIV-positive patient: Issues of race, gender and social support. *AIDS Patient Care*. 16(1): 27-38.

Liu, H., Hu, Z., Li, X., Stanton, B., Naar-King, S. e Yang, H. (2006) – Understanding interrelationships among HIV-related stigma, concern about HIV infection, and intent to disclose HIV serostatus: A pretest-posttest study in a rural area of eastern China. *AIDS Patient Care and STDs*, 2(20).

Major, B. e Eccleston, C. (2005) – The social psychology of inclusion and exclusion. Stigma and social exclusion. New York: Psychology Press.

Mansergh, G., Marks, G. e Simoni, M. (1995) – Self-disclosure of HIV infection among men who vary in time since seropositive diagnosis and symptomatic status. *AIDS*. 9: 639-644. ISSN 0269-9370.

Marks, G., Bundek, N. I., Richardson, J. L., Ruiz, M. S., Maldonado. N., Mason, H. R. C. (1992) – Self-disclosure of HIV infection: Preliminary results from a sample of hispanic men. *Health psychology*. 11(5): 300-306.

Marques, A. R., Santos, G., Firmino, H., Santos, Z., Vale, L., Abrantes, P., Barata, P., Moniz, M., Amaral, A. P., Galvão, M. J., Clemente, V., Pissarra, A., Albuquerque, E., Gomes, A. A., Morais, I. (1991) – Reacções emocionais à doença grave: como lidar...SIDA: Aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Psiquiatria Clínica*, 1ª ed

Miguel, M. C. e Borges, L. (2002) – Aspectos psicológicos da doença crónica. *Boletim do Hospital Pulido Valente*. XV.3: 101-105

Miranda, A. M. (2003) – Evolução natural da infecção por VIH – Aspectos clínicos. Dossier VIH e SIDA. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19: 587-597.

Montagnier, L. (1994) – Vírus e Homens. O combate contra a SIDA. Lisboa: Instituto Piaget.

Montgomery, J.P., Mokotoff, E.D., Gentry, A.C. e Blair, J.M. (2003) – The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, Taylor & Francis. 6(15): 829-837.

Nossa, P. N. (2000) – Epidemiologia, mobilidade e comportamento social – o caso do VIH. Sociedade e Cultura I. Cadernos do Noroeste. Série Sociologia. Vol I.

Oliveira, J., Meliço-Silvestre, A. (2003) – História natural da infecção pelo VIH. O HIV no Mundo Lusófono. 3rd AIDS virtual congress. SIDAnet.

Osmond, D. H., Pollack, L. M. e Catania, J. A. (2007) – Changes in prevalence of HIV infection and sexual risk behaviour in men who have sex with men in San Francisco: 1997-2002. *Public Health*. 97(9): 1677-1683.

Parsons, J., Schrimshaw, E. W., Bimbi, D., S., Wolitski, R. J., Gómez, C. A., Halkitis, P. N. (2005) – Consistent, inconsistent, and non-disclosure to casual sexual partners among HIV-seropositive gay and bisexual men. *AIDS*. 19(1): 87-97.

Penedo, F. J., Gonzalez, J. S., Davis, C., Dahn, J., Antoni, M. H., Ironson, G., Malow, R.,

- Schneiderman, N. (2003) – Coping and psychological distress among symptomatic HIV + men who have sex with men. Miami: The Society of Behavioral Medicine. 25(3): 203-213.
- Petrak, J. A., Doyle, A. M., Smith, A., Skinner, C., Hedge, B. (2001) – Factors associated with self-disclosure of HIV serostatus to significant others. London: *British Journal of Health Psychology*. 6: 69-79.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1998) – Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva.
- Radley, A. (1994) – Making sense of illness. The social psychology of health and disease. London: Sage.
- Reis, H. T. e Franks, P. (1994) – The role of intimacy and social support in health outcomes: two processes or one? *Pers Relatory*. 1: 185-197.
- Rosenberg, M. (1965) – Society and the adolescent self-image. Princeton: University Press. 326.
- Rosenberg, M. (1979) – Conceiving the self. New York: Basic Books.
- Ryff, C. D. e Singer, B. H. eds (2001) – Integrating emotion into the study of social relationships and health. *Emotion, Social relationships and Health*. New York: Oxford University Press. 3: 22.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F. e Lucio, P. B. (2006) – Metodologia de Pesquisa. São Paulo: McGraw-Hill Interamericana do Brasil. 3ª ed.
- Serovich, J. M., Brucker, P. S. e Kimberly, J. A. (2000) – Barriers to social support for persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care*. 12: 651-662.
- Serovich, J. M. (2001) – A test of two HIV disclosure theories. *AIDS Education Prevention*. 13(4): 355-364.

Serovich, J.M., Esbensen, A. e Mason, T.L. (2005) – HIV disclosure by men who have sex with men to immediate family over time. *AIDS Patient Care STDs*. 19(8): 506-517.

Serovich, J. M., Oliver, D. G., Smith, S. A. e Mason, T. L. (2005) – Methods of HIV disclosure by men who have sex with men to casual sexual partners. *AIDS Patient Care STDs*. 19(12): 823-832.

Serovich, J.M., Esbensen, A. e Mason, T.L. (2007) – Disclosure of positive HIV serostatus by men who have sex with men to family and friends over time. *AIDS Patient Care STDs*. National Institut of Health. 21(7): 492-500.

Serra, Miguel Nunes (2005) – Aprender a ser doente: Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar. Loures: Lusociência.

Shumaker, S. A. e Hill, D. R. (1991) – Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology*. 10(2): 102-111.

Simoni, J. e Pantalone, D. W. (2004) – Secrets and safety in the age of AIDS: Does HIV disclosure lead to safer sex? *International AIDS Society*. 4(12): 109-118.

Sousa, M. M. (2001) – SIDA: e a vida continua. Impacto da doença na qualidade de vida da pessoa com SIDA. Uma perspectiva de enfermagem. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Spiegel, D. (1993) – Living beyond limits. New hope and help for facing life-threatening illness. New York: Random House. 225-241.

Stroebe, W. e Stroebe, M. S. (1995) – Psicologia social e saúde. Instituto Piaget.

Thomas, B.E., Rehman, F., Suryanarayanan, D., Josephine, K., Dilip, M., Dorairaj, V. S., Swaminathan, S. (2005) – How stigmatizing is stigma in the life of people living with HIV: a study on HIV positive individuals from Chennai, South Índia. *AIDS Care*

UNAIDS/WHO (2008) – 2008 Report on the Global AIDS Epidemic. Online em <http://www.data.unaids.org./pub/GlobalReport/2008>

Vanable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C., Littlewood, R. A. (2006) – Impact of HIV-related stigma on health behaviours and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS Behavior*. 10(5): 473-482.

Vandervoort, D. (1999) – Quality of social support in Mental and Physical Health. *Current Psychology: developmental, learning, personality, social*. 2(18): 205-222.

Van Kesteren, M. N., Hospers, H. J. e Kok, g. (2006) – Sexual risk behaviour among HIV-positive men who have sex with men: a literature review. *Patient Educational Council*. 65(1): 5-20.

Van Keresten, N. H. C., Hospers, H. J., Van Empelen, P., Van Breukenen, G., e Kok, G. (2007) - Sexual decision-making in HIV-positive men who have sex with men: How moral concerns and sexual motives guide intended condom use with steady and casual sex partners. *Archive of Sexual Behavior*. 36: 437-449.

Van-Servellen, G., Sarna, L., Nyamathi, A. Padilla, G., Brecht, M. L. e Jablonski, M. (1998) – Emotional distress in women with symptomatic HIV disease. *Issues Mental Health Nursing*. 19: 173-188.

Vaz Serra, A. (1986) – A importância do auto-conceito. *Coimbra: Psiquiatria Clínica*. 7(2): 57-66.

Vaz Serra, A. (1994) - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão. *Coimbra: Psiquiatria Clínica*. 1ªed

Vaz Serra, A. (1995) - IACLIDE (Inventário de avaliação Clínica da Depressão. *Provas Psicológicas em Portugal*. 1: 181-191.

Vranceanu, A. M., Safren, S. A., Lu, M., Coady, W. M., Skolnik, P. R., Rogers, W. H., Wilson, I. B. (2008) – The relationship of post-traumatic stress disorder and depression to antiretroviral medication adherence in persons with HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 4(22).

Wolitski, R.J., Gómez, C.A., Parsons, J.T. and the Sumit study group (2005) – Effects of a peer-led behavioral intervention to reduce HIV transmission and promote serostatus disclosure among HIV-seropositive gay and bisexual men. Lippincott Williams & Wilkins. *AIDS*. 19: 99-109.

Yang, H., Li, X., Stanton, B., Fang, X., Lin, D., Naar-King, S. (2006) – HIV-related knowledge, stigma, and willingness to disclose: A mediation analysis. *AIDS Care*. 18(7): 717-724.

Yoshioka, M.R. e Schustack, A. (2001) – Disclosure of HIV status: Cultural issues of asian patients. *AIDS Patient Care and STDs*. New York: Columbia University School of Social Work. 2(15).

Zaleski, E. H., Levey-Thors, C. e Schiaffino, K. M. (1998) – Coping mechanisms, stress, social support and health problems in college students. *Applied Developmental Science*. 2: 127-137.

Zea, M.C., Reisen, C.A., Poppen, P.J., Echeverry, J.J. e Bianchi, F.T. (2004) – Disclosure of HIV-positive status to latino gay men's social networks. *American Journal of Community Psychology*, 33.

Zuckerman, M. J. e Antoni (1995) – Social support and its relationship of Psychological, Physical Health and Immune variables in HIV-infection. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2(4): 210-219.

