



UC/FPCE-2013

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Psicopatologia e Ideação Suicida em Indivíduos Infetados pelo VIH/SIDA

Isa Matias Carreira (e-mail: isacarreira1990@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, Sub-especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas sob a orientação do Professor Doutor Eduardo Sá

Sintomatologia Psicopatológica e Ideação Suicida em Indivíduos Infetados pelo VIH/SIDA

Resumo

Os pacientes infetados pelo VIH têm sido objeto de interesse por parte dos profissionais de saúde mental pela dimensão do impacto psicológico do diagnóstico, evolução da infeção e a vulnerabilidade destes sujeitos. Seja como for, em traço de evolução da terapêutica, a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é, atualmente, uma doença tendencialmente crónica.

Entre as perturbações mentais, a depressão é descrita como uma das comorbidades mais frequentes nos indivíduos com VIH e que muitas vezes passa despercebida. Acompanha-se de elevada morbilidade e apresenta um impacto sócio-económico, sendo uma das causas mais frequentes de suicídio. Para além da incapacidade que se vai instalando progressivamente, os indivíduos são confrontados com o estigma social, carência de apoio social e isolamento.

Neste sentido, este estudo foi realizado com o intuito de chamar a atenção para a necessidade de intervenção psicoterapêutica com esta população, através da exploração dos sintomas psicopatológicos mais prevalentes (com especial destaque para a depressão e para a ideação suicida), tendo em consideração a progressão da doença e a as características socio-demográficas.

Palavras-chave: Depressão, Ideação Suicida, Psicopatologia, SIDA, VIH.

Psychopathological symptoms and Suicidal Ideation in Individuals Infected with HIV / AIDS

Abstract

Patients infected with HIV have been the object of interest on the part of mental health professionals due to the dimension of the psychological impact of the diagnosis, the course of infection and the vulnerability of these subjects. Anyway, in trait evolution of therapy, infection by the human immunodeficiency virus (HIV) is currently a chronic disease.

Among mental disorders, depression is described as one of the most frequent comorbidities in individuals infected with HIV and which often goes unnoticed. It is accompanied by high morbidity and presents a social-economic impact, being one of the most frequent causes of suicide. Beyond the progressively established disability, individuals face social stigma, lack of social support and isolation.

Thus, this study was conducted in order to draw attention to the need for psychotherapeutic intervention among this population, through the exploitation of the most prevalent psychopathological symptoms (with special emphasis on depression and suicidal ideation), taking into account the progression of this disease and the social-demographic characteristics.

Key Words: Depression, Suicidal Ideation, Psychopathology, AIDS, HIV.

Agradecimentos

A hora da despedida...

A realização desta dissertação marca o fim de uma importante etapa da minha vida. Desta forma, gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram de forma decisiva para a sua concretização.

À Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra manifesto respeito pela possibilidade de realização do presente trabalho e por todos os meios colocados à disposição.

Ao Professor Doutor Eduardo Sá, agradeço a excelência da formação prestada e conhecimentos transmitidos, a disponibilidade, a paciência, a dedicação e profissionalismo, que foram úteis para esta dissertação.

Aos utentes da Cáritas Diocesana de Coimbra que participaram neste projeto, o meu muito obrigada porque sem eles não seria possível a realização do mesmo.

A toda a equipa e técnicos da Cáritas Diocesana de Coimbra, pelo carinho que me acolheram e pela ajuda na recolha da amostra.

À mulher e ao homem da minha vida... Pais, muito obrigado! É com orgulho que finalizo este capítulo da minha vida com vocês ao meu lado.

Aos meus Avós, agradeço toda a experiência, valores, coragem e força que sempre me transmitiram.

À minha família em geral, agradeço todo o apoio incondicional ao longo destes anos.

Gostaria de fazer um agradecimento especial, à Tia Maria. Uma grande mulher que, apesar de já não estar presente, foi sem dúvida uma pessoa que me ajudou a ser aquilo que hoje sou e me despertou o interesse em conhecer o ser humano numa outra dimensão.

Aos meus amigos da FPCE-UC que iniciaram comigo esta “caminhada” agradeço a força, a amizade e confiança que depositaram em mim. São e serão, certamente, amigos para a vida.

Por último, aos amigos de longa data, aos que apareceram antes e aos que apareceram depois, um muito obrigado por serem tão especiais.

Muito Obrigado...

Índice

Introdução	1
1. VIH/SIDA – Aspetos introdutórios	2
1.1. Caraterização do Vírus	3
1.2. História Natural da Infeção pelo VIH	4
1.3. Epidemiologia	5
1.3.1. Infeção VIH/SIDA em Portugal	6
2. VIH e Psicopatologia	7
2.1. Depressão em indivíduos infetados pelo VIH/SIDA	9
2.2. Dificuldades na avaliação de sintomas psicopatológicos em indivíduos infetados pelo VIH/SIDA	10
2.3. Ideação Suicida em indivíduos infetados pelo VIH/SIDA	11
3. Estudo Empírico	12
3.1. Delineamento do problema	12
3.2. Objetivos	13
3.3. Metodologia	13
3.3.1. Procedimentos de investigação adotados	14
3.3.2. Procedimentos estatísticos	14
3.3.3. Caraterização da amostra	15
3.3.4. Instrumentos	17
4. Resultados	20
5. Discussão	27
6. Conclusões	35
Bibliografia	37
Anexos	

Introdução

“O aparecimento da SIDA¹ veio ressuscitar um medo atávico do poder da natureza numa época em que é cada vez mais generalizado o receio ante o poder da técnica” (Cascais, 2002, p.2).

“A SIDA é seguramente a epidemia mais globalizada da história, assumindo contornos de um fenómeno único na história da Humanidade, dada a sua disseminação, alcance, intensidade e impacto” (Pereira, 2008, p21).

Os dados epidemiológicos demonstram uma enorme expansão desta epidemia, revelando ser um problema ao qual ninguém está imune, sendo que todos os segmentos sociais, económicos e culturais são afetados (Silva, 2005). A SIDA matou mais de 20 milhões de pessoas nos últimos 20 anos e, até hoje, não foi possível encontrar nem cura, nem vacinas eficazes para lutar contra esta ameaça. Identificada em 1981 nos Estados Unidos, a SIDA propagou-se muito rapidamente e tornou-se pandémica, atingindo todo o Mundo (Vidinha, 2011).

A SIDA preenche os critérios para uma doença crónica pelo facto de ainda não haver nenhuma cura para a doença. 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 (Góis, 2009).

Estes doentes apresentam um risco aumentado de desenvolver sintomas psicopatológicos. Os sintomas psicopatológicos com a infeção pelo VIH não envolvem apenas os causados directamente pelo vírus, mas também a patologia prévia que dificulta o tratamento e a prevenção da infeção.

No contexto da infeção pelo VIH a depressão é a perturbação psiquiátrica mais estudada (Fernandes, 2010). Para além da depressão, a ideação suicida encontra-se cada vez mais presente na infeção pelo VIH/SIDA, na sociedade moderna e caracterizam-se, atualmente, como problemas de saúde pública (Barbosa, Vieira, Alves & Virgínio, 2012). É então compreensível que, quando se é confrontado com um evento traumático e ameaçador, como o diagnóstico de VIH, pensamentos suicidas podem surgir.

A SIDA é uma patologia que, apesar de muito estudada por todo o mundo, constitui, pelos piores motivos, um tema atual e interessante de estudo. Apesar de toda a informação que atualmente existe, nomeadamente, da sua forma de propagação, os números são bem esclarecedores, no que

¹ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. AIDS, na nomenclatura inglesa, que significa *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Pereira, 2008).

toca ao seu aumento (Barroso, 2008).

Assim, este estudo pretende explorar, de forma minuciosa, os sintomas psicopatológicos com maior prevalência na população infetada pelo VIH/SIDA (com especial destaque para a depressão e para a ideação suicida), tendo em consideração a progressão da doença e as características socio-demográficas.

1. VIH/SIDA – Aspetos introdutórios

A infeção pelo VIH² e a SIDA são considerados, atualmente, um dos grandes problemas de saúde pública. A imprevisibilidade da doença e a falta de informação das pessoas em geral possibilitaram a sua propagação ao longo de mais de 20 anos, dando origem ao fenómeno: pandemia VIH/SIDA (Amaral, 2004). Até hoje, não foi possível encontrar nem cura nem vacina eficazes para lutar contra esta ameaça que afeta pessoas de todas as idades, em todos os continentes (Barroso, 2008).

Relacionando os dados históricos, cedo se compreende que a causa de uma epidemia, mesmo quando relativa a uma doença infecciosa, não é apenas o seu agente patogénico. Ele é a condição necessária, mas não suficiente, depende de outros fatores (biológicos e sociais) (Ramalho, 2006). Não sendo o VIH/SIDA uma exceção, “aquilo que as grandes epidemias do passado têm realmente em comum pertence, não ao seio restrito da Medicina, mas à Psicologia e à Sociologia... Nas epidemias importantes observam-se sempre comportamentos que exprimem uma espécie de medo coletivo e a necessidade psicológica de medidas de proteção” (Grmek, 1993, p. 62)

Segundo dados do Ministério da Saúde (2007), a infeção pelo VIH e a SIDA representam, em todo o mundo, uma causa fundamental de doença e de morte, atingindo preferencialmente os adultos jovens, e afetando desta forma o desenvolvimento demográfico e social das populações mais desfavorecidas (Frade, 2008).

De acordo com alguns autores, verifica-se que os portugueses iniciam a sua atividade sexual e as condutas de risco cada vez mais cedo, devido à imaturidade e instabilidade emocionais dos adolescentes (Nunes, Abreu, Hirata, Nunes, Franco & Barbosa, 2005 & Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006). Em três décadas, as mulheres aproximaram a idade média de início da vida sexual à dos homens. A idade média do início da atividade sexual das mulheres passou de 21,2 para 17,2 anos em três décadas. Aproximaram-se, assim, da idade média dos homens que, no entanto, recuou também mais um ano: passou de 17,3 para 16,5 anos (Cabral & Ferreira, 2010).

As mulheres são, atualmente, o grupo mais vulnerável à SIDA, não só pelas suas condições anatomofisiológicas, mas também pela sua situação social, económica e cultural (Chaves, Ramalho, Carrilho & Araújo, 2005).

Para além disso, a resposta social aos indivíduos infetados com o vírus do VIH/SIDA assim como à sua prevenção é, muitas vezes, limitada pelo estigma que lhe está associado (Matos, Battistutta, Simões, Carvalhosa, Dias & Gonçalves, 2003).

² Vírus da Imunodeficiência Humana.

1.1. Caracterização do Vírus

O VIH refere-se ao vírus da imunodeficiência humana, o qual surge associado à imunodeficiência símia (VIS) ou felina (VIF). Tal leva-nos a pensar que o vírus da imunodeficiência não é exclusivamente humano, mas pode surgir noutros animais (Gomes, 2006).

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) é um retrovírus do grupo dos lentivírus, assim chamados pelo curso gradual da doença que provocam (Ouakinin, 1999). É um vírus com capacidade citolítica, com afinidade preferencial para os linfócitos T CD4+³ (Pereira, 2000). Estes linfócitos CD4 constituem um grupo de células brancas do sangue que, normalmente, são responsáveis pelo controlo do sistema imunológico (Lourenço & Afonso, 2009).

Quando o VIH destrói os linfócitos CD4, o corpo torna-se vulnerável a diversos tipos de infeções oportunistas, ou seja, infeções que têm a oportunidade de invadir o corpo humano porque as defesas imunitárias estão fragilizadas. Do ponto de vista médico, a infeção pelo VIH aumenta o risco de determinados cancros, de doenças neurológicas, debilitação do corpo e consequente morte (Lourenço & Afonso, 2009).

Foram até hoje identificados dois tipos de VIH. Em 1984, foi identificado o VIH de Tipo 1 (VIH 1) e é o mais frequente em todo o mundo, em 1985, o VIH 2 foi inicialmente identificado em África (Ogden, 2004) e é o mais parecido com o vírus da imunodeficiência dos símios (Gomes, 2006).

O VIH está presente no sangue, no esperma e nas secreções vaginais. A transmissão do vírus da imunodeficiência humana efetua-se por três vias principais: 1) Sexual (anal, oral e vaginal), através de relações heterossexuais e homossexuais com parceiro infetado, não utilizando preservativo; 2) Sanguínea (transfusões, utilização de agulhas contaminadas, acidentes por picada de material contaminado) e por transplante de órgãos; 3) Transmissão materno fetal (por transmissão vertical, transplacentária, durante o parto ou pelo aleitamento) (Barroso, 2008).

A transmissão sexual apresenta-se atualmente como a principal via de disseminação do VIH na população humana, sobretudo no triângulo prostituição – promiscuidade – toxicod dependência (Barroso, 2008).

Abrantes (2009) é mais minuciosa e acrescenta:

Fatores como, a elevada carga vírica, a presença de doenças sexualmente transmissíveis ulcerativas ou exsudativas, a existência de lesões na pele ou mucosas e o consequente tempo de contacto entre os fluidos infetados e a lesão, a deteção de sangue durante a relação sexual, a ausência de circuncisão no homem, o número de parceiros e contactos sexuais e a probabilidade de infeção do parceiro, a prática de sexo sem proteção, a toxicod dependência e

³ As células CD4 são, precisamente, os elementos do sistema imunológico que dão indicações às restantes células para a necessidade de proteger o organismo contra agentes invasores (Vidinha, 2011).

outras dependências, a prostituição e a indústria do sexo, contribuem para o aumento do risco de infecção no recetor com particular enfoque para a vulnerabilidade biológica, psicossocial e comportamental da mulher (p. 28-29).

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 infetados. 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 infetados sendo que existe maior risco para o recetor, quer sejam relações homossexuais ou heterossexuais (Góis, 2009).

1.2. História Natural da Infeção pelo VIH

A maioria das pessoas infetadas com o VIH não sabem que foram infetadas. Grande parte delas não se sentem mal imediatamente após a infecção. Apesar da infecção pelo VIH nem sempre cause sintomas iniciais, uma pessoa infetada pelo VIH é altamente infecciosa durante o período inicial e pode transmitir o vírus para outra pessoa. A única maneira de determinar se o VIH está presente no organismo de uma pessoa é testar os anticorpos do VIH ou para o próprio VIH. Depois do VIH produzir a deterioração progressiva do sistema imunitário, o aumento da suscetibilidade a infeções pode levar ao aparecimento de sintomas. (UNAIDS, 2008). O VIH é encenado na base de certos sinais, sintomas, infeções e cancro agrupados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴.

Straub (2005 citado por Dias, 2008) classifica o avanço da infeção por VIH em quatro estágios, que pode variar de pessoa para pessoa:

1º Estágio, que pode durar entre 1 a 8 semanas, sendo que nesta altura o sistema imunológico destrói a maioria do vírus, fazendo com que as pessoas façam a experiência de sintomas conhecidos, de forma moderada;

2º Estágio, que pode durar de meses a anos, sendo considerado um período de latência, pois não se observam sintomas óbvios.

3º Estágio, que segundo o autor afeta 30% das pessoas em cinco anos, sendo que nesta altura o funcionamento do sistema imunológico é diminuído, levando à manifestação de doenças oportunistas (tuberculose, pneumonia por “*Pneumocystis jiroveci*”) e neoplasias (“sarcoma de Kaposi”, linfoma Não-Hodgkin).

4º Estágio, onde a pessoa vê a sua condição alterar do VIH para SIDA. A maioria dos indivíduos infetados evolui para SIDA ao fim de sete a dez anos. As infeções oportunistas são as principais manifestações de diagnóstico de SIDA e a principal causa de morte (Barroso, 2008).

⁴ O aumento dos gânglios linfáticos, febres periódicas, incluindo suores noturnos, perda de peso, fadiga constante, diarreia, redução do apetite e aftas na boca fazem parte das características clínicas da doença VIH. O VIH pode também afetar o sistema nervoso central, causando lesões cerebrais e medulares (Lourenço & Afonso, 2009).

Com o objetivo de melhorar a avaliação da infecção pelo VIH-1, foram criados critérios de classificação da infecção por VIH baseados na contagem de linfócitos T CD4+, pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (Tabela 1).

Tabela 1: Critérios de classificação da infecção por VIH

Critérios de classificação da infecção por VIH			
Linfócitos T CD4+ (mm3)	Categoria clínica		
	A	B	C
≥ 500	A1	B1	C1
200 – 499	A2	B2	C2
200 (contagem indicadora de SIDA)	A3	B3	C3

A = Portador assintomático, primo-infecção, síndrome linfadenopático

B = Sintomático

C = Entidades definidoras de SIDA (área sombreada definidora de SIDA)

Nota. Adaptada de *Centers for Disease Control and Prevention*, 1993.

A SIDA preenche os critérios para uma doença crónica pelo facto dos tratamentos disponíveis tornarem a carga viral indetetável, porem não podem inteiramente erradicá-la do corpo e não erradicada, a carga viral repercutirá e, conseqüentemente, não há ainda nenhuma cura para a doença (Giovelli, 2009).

1.3. Epidemiologia

Entre Outubro 1980 e Maio 1981 foram diagnosticados nos EUA cinco casos de pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*⁵ e surgiram depois alguns casos de *sarcoma de Kaposi*⁶, ambos em jovens homossexuais. A SIDA foi, assim, identificada pela primeira vez como entidade nosológica distinta em 1981, nos EUA (Beaglehole et al, 2003). Desta forma, a sociedade associou que a doença teria algo a ver com as suas tendências sexuais (Rodrigues, 2006).

Em 1982, esta patologia fica conhecida como “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”. Síndrome porque inclui um conjunto de sinais e sintomas; Imunodeficiência devido à falência do sistema imunitário que permite o aparecimento de várias doenças ditas oportunistas e tumores; Adquirida porque não é uma doença congénita, mas que advém de uma infecção por um vírus (Gomes, 2006).

Continuaram a surgir casos. Robert Gallo, nos Estados Unidos, tinha isolado, há alguns anos, um conjunto de vírus (HTLV) que designou por “retrovírus”. Em 1983, uma equipa que trabalhava no Instituto “Pasteur”, em Paris, liderada por Montagnier enviou um representante aos E.U.A. que foi aprender a isolar os HTLV com Robert Gallo. Mais tarde, a equipa de Gallo

⁵ Microorganismo associado a imunodepressão.

⁶ Cancro de pele invulgar e associado a imunodepressão.

isolou outro vírus que designou de HTLV III – eram ambos o mesmo vírus, que futuramente se chamaria VIH-1 (Rodrigues, 2006, & Catarino, 2010).

Nesta mesma altura, no Hospital Egas, Champalimaud verificou que nos doentes portugueses os testes anti-VIH eram positivos e nos doentes africanos eram negativos e em 1985 identificaram o VIH-2 (Rodrigues, 2006).

Em Portugal, a infeção por VIH começou por atingir os homossexuais. Esta tendência manteve-se durante algum tempo, mas em seguida passou para os toxicodependentes; afetou também hemofílicos e a transmissão vertical (mãe – filho) também teve alguma importância (Rodrigues, 2006). A partir de 1999 assistiu-se a uma diminuição dos casos de SIDA devido à eficácia terapêutica e ao tipo de doente. Atualmente, o fenómeno cresce porque os heterossexuais não estão testados, constituindo os heterossexuais cerca de 53% dos novos casos de infeção em Portugal (Rodrigues, 2006).

1.3.1. Infeção VIH/SIDA em Portugal

Em Portugal, a avaliação epidemiológica do VIH/SIDA é efetuada 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 (Góis, 2009).

Portugal, apesar do registo da diminuição de novos casos de infeção VIH, encontra-se no 4.º lugar (dos países da União Europeia) em termos de incidência de infeção por VIH (dados de 2008, citado por Santos, 2011).

Além disto, as características mais marcantes da evolução da epidemia da SIDA em Portugal identificam-se com um elevado incremento dos casos declarados de SIDA no grupo dos toxicodependentes, deixando a Toxicodependência de ser há muito um problema individual, assumindo-se rapidamente com contornos de um grave problema social (Garcia, Reis, Franco, Luz, Miguel & Avilez, 2000).

A 31 de Dezembro de 2010, encontravam-se notificados 39 347 casos de infeção VIH/ SIDA nos diferentes estádios de infeção. Em 2010, os casos de SIDA apresentam novo padrão epidemiológico. Foram diagnosticados 350 casos, verificando-se um aumento proporcional do número de casos de transmissão heterossexual (59,4% do total de casos) e menor número de casos associados à toxicodependência (25,1%) para o ano em causa (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2011).

Da análise da distribuição de casos de SIDA por género, constata-se que 81,1% correspondem ao sexo masculino, 18,9% ao sexo feminino e em 1 caso não nos é dada qualquer indicação. Por grupo etário, nos casos em que a idade é conhecida verifica-se que 83% correspondem aos grupos etários entre os 20 e 49 anos (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2011).

2. Psicopatologia e Sida

A SIDA tem-se tornado objeto de interesse por parte de psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental essencialmente por duas razões: o tropismo do VIH pelo sistema nervoso central (SNC) e o impacto psicológico do diagnóstico e da evolução da infeção nos indivíduos afetados (Malbergier & Schoffel, 2001).

De acordo com Almeida e Labronici (2007) a doença é um período de transição na vida da pessoa, que desorganiza o seu ser, as suas relações e os seus ajustamentos à vida em sociedade, e precisamente, aqueles que estão mais próximos, como a família, o trabalho, os amigos, o lazer e as paixões.

A prevalência de perturbações mentais em indivíduos infetados com o VIH é substancialmente mais elevada do que na população em geral (Organização Mundial da Saúde, 2008). Deste modo, torna-se necessário destacar e distinguir:

- Perturbações mentais de adaptação à doença;
- Perturbações resultantes da sinergia entre o agravamento da doença e a sintomatologia mental prévia;
- Perturbações mentais consequentes ao diagnóstico da infeção pelo VIH.

As **perturbações mentais de adaptação à doença** observadas em pessoas com a infeção pelo VIH são semelhantes às que ocorrem em indivíduos que sofrem de outras doenças potencialmente fatais que têm um curso imprevisível, e que incluem uma série de reações psicológicas normais (tais como a negação, choque e angústia), bem como respostas anormais (tais como comportamento suicida e depressão major) (Catalan, 1997).

A Tabela 2 mostra de forma sintética os fatores associados com o desenvolvimento de perturbações mentais em pessoas infetadas pelo VIH.

Tabela 2. Fatores associados com o desenvolvimento de perturbações mentais em pessoas infetadas pelo VIH

Fatores associados com o desenvolvimento de perturbações mentais em pessoas infetadas pelo VIH
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatores do VIH relacionados com: a notificação da infeção pelo VIH, o declínio na saúde, o diagnóstico de SIDA, desfigurantes ou sintomas incapacitantes; ▪ História de problemas psiquiátricos; ▪ Falta de apoios sociais; ▪ Anulação e negação como forma habitual de lidar com a infeção; ▪ A exposição à dor devido à SIDA e outros acontecimentos adversos da vida; ▪ Características pessoais: idade avançada, "cérebro de reserva" reduzido, etnia e gênero, histórico / uso atual de drogas injetáveis .

Nota. Adaptada de *Catalan*, 1997, p.18.

As perturbações de adaptação caracterizam a reação psicológica ao VIH, são dominadas por aspetos depressivos ou ansiedade e podem ser desencadeadas devido à progressão da infeção VIH como queda abrupta na contagem das células CD4 ou determinada limitação ou incapacidade das atividades profissionais e sociais habituais (Gomes, 2006).

A "medicalização" intensiva a que geralmente são submetidos (séries

de análises e contra-análises, observações e exames, tomas de medicação...) alimenta a sensação de perda de identidade e de controlo. E, se o estado físico o exigir, o paciente poderá ser obrigado a interromper as suas ocupações, o que o coloca numa situação de dependência (Rendo, 2004). Também o estigma social associado ao VIH e SIDA, contribui muitas vezes para os problemas enfrentados por aqueles que tentam ajustar-se às consequências físicas da doença (Catalan, 1997).

No que que alude às **perturbações resultantes da sinergia entre o agravamento da doença e a sintomatologia mental prévia**, o estudo realizado por Margalho, Marques, Cabral, Oliveira, Saraiva da Cunha e Silvestre (2007) salienta a prevalência de doentes seropositivos com história prévia de depressão (27 %), alcoolismo (15 %) e toxicod dependência e distúrbio da personalidade (12 %). Indivíduos que já tenham apresentado alguma perturbação, podem estar relacionados com o consumo de drogas, particularmente heroína, cocaína e álcool, também pode existir indicações de perturbações de personalidade, distímia ou depressão “major”. (Ouakinin, 2001 citado por Gomes, 2006). Não nos podemos esquecer, então, que muitos indivíduos seropositivos já apresentavam anteriormente uma problemática psicopatológica, a qual é reativada pela situação de extremo *stress* que é a tomada de conhecimento de estar infetado pelo VIH (Gomes, 2006).

Relativamente às **perturbações mentais consequentes ao diagnóstico da infeção pelo VIH**, constata-se que as complicações do VIH relacionadas com o cérebro podem dar origem a síndromes, incluindo a demência (Catalan, 1997). Verifica-se que os pacientes infetados pelo VIH apresentam perturbações psicoemocionais e que os seropositivos, ainda sem ter desenvolvido quadros característicos de SIDA, podem desenvolver complexo demencial e quadros neurológicos graves (Carvalho, Braga & Galvão, 2004).

A Tabela 3 mostra de forma sintética os tipos de perturbações mentais nas pessoas infetadas ou afetadas pela infeção do VIH.

Tabela 3. Tipos de perturbações mentais nas pessoas infetadas ou afetadas pela infeção do VIH

Tipos de perturbações mentais nas pessoas infetadas ou afetadas pela infeção do VIH
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reações psicológicas anormais: perturbações de ajustamento, manifestações de perturbações da personalidade; ▪ Perturbações de humor e outras perturbações: depressão major e outros síndromes depressivos, comportamento suicida, episódios maníacos, disfunção sexual, perturbações da ansiedade, perturbação obsessiva-compulsiva, perturbações alimentares, associação com o abuso sexual infantil; ▪ Síndromes cerebrais orgânicas: síndromes cerebrais agudas e subagudas, demência associada ao VIH, comprometimento cognitivo menor associado ao VIH; ▪ Perturbações mentais em parceiros e familiares de pessoas infetadas pelo VIH; ▪ Crenças anormais em pessoas que procuram o teste de VIH.

Nota. Adaptada de Catalan, 1997, p.19.

O estudo realizado por Oliveira, Costa & Fonseca (2006) indicou que as principais perturbações psiquiátricas encontradas na literatura foram a depressão⁷, a ansiedade⁸ e a perturbação de pânico⁹.

A presença desta infeção pode causar ou exacerbar perturbações psicopatológicas e, ao invés, estas últimas conduzem ao aumento do risco de infeção, resultando num prognóstico mais reservado. Alguns estudos relataram fatores de comportamento de risco para a transmissão do VIH, entre 30% e 60% das pessoas com doenças mentais graves (Organização Mundial de Saúde, 2008). Além disso, o VIH tende a concentrar-se em países altamente vulneráveis, populações marginalizadas e estigmatizadas, em particular, os trabalhadores do sexo, homossexuais, usuários de drogas e os presos têm maiores níveis de perturbações mentais do que a população geral (Organização Mundial da Saúde, 2008).

No estado de infeção pelo VIH, o enfraquecimento das defesas imunitárias poderá correlacionar-se com o enfraquecimento das defesas psíquicas, parece que tanto o corpo, como o psiquismo estão fragilizados, enfraquecidos, estando o instinto de morte a comandar. Assim, o sujeito VIH positivo está atingido na sua integridade psicossomática, onde a unidade psicossomática perde a sua estabilidade, pois o corpo e o psíquico deixam de funcionar num processo de dinâmica saudável inter relacional (Ruffiot, 1990 citado por Gomes, 2006).

2.1. Depressão em indivíduos infetados pelo VIH/SIDA

Atualmente, a depressão é uma das comorbidades mais comuns da infeção pelo VIH, com estimativas de prevalência de grande transtorno depressivo entre pessoas infetadas (Nandakumar, 1999; Ciesla & Roberts, 2001); Morrison *et al*, 2002; Nunes, Abreu, Hirata, Nunes, Franco & Barbosa, 2005, & Simoni *et al*, 2011), isto é, com uma prevalência três vezes maior do que na população em geral (Kessler *et al*, 2008 & Beychok, 2005).

Entre as pessoas infetadas pelo VIH, são muitas vezes as mulheres que se encontram particularmente vulneráveis à depressão (ambiente com altos níveis de stress, nomeadamente violência, abuso sexual, desemprego, pobreza, discriminação, a experiência de eventos traumáticos). Nos homens predominam os sintomas físicos (cefaleias, distúrbios gastrointestinais, dor

⁷ A depressão é a perturbação mais frequente em pacientes infetados pelo VIH. Os sinais característicos são: alterações do apetite e do sono, perda do interesse pelas atividades normais, diminuição do interesse sexual, cansaço excessivo, agitação psicomotora ou retardamento, sentimento de culpa ou inutilidade (Oliveira, Costa & Fonseca, 2006).

⁸ A ansiedade é a manifestação psicológica mais comum em todas as fases da infeção e pode apresentar como sinais principais, inquietação, irritabilidade, pressão precordial, insónia e somatizações (Oliveira, Costa & Fonseca, 2006).

⁹ A perturbação de pânico caracteriza-se por surtos de ansiedade aguda, acompanhados de sintomas que podem simular diversas doenças cardíacas, respiratórias ou neurológicas. Ansiedade antecipada (medo de ter um mal estar súbito) e comportamentos fóbicos (medo de ficar em casa sozinho ou de ficar em lugares com muita gente) podem estar presentes (Oliveira, Costa & Fonseca, 2006).

crónica), um maior consumo de álcool e abuso de drogas, estratégia adotada de modo a lidar com a depressão e que conduz a uma dificuldade de diagnóstico desta perturbação afetiva, pois mascara a sua sintomatologia. O consumo de álcool e abuso de drogas poderá apresentar-se como um sintoma de depressão ou em duplo diagnóstico, por se desenvolver mais frequentemente nestes doentes (Fernandes, 2010).

Num estudo realizado em mulheres soropositivas nos EUA, os sintomas depressivos crónicos foram associados com a mortalidade relacionada à SIDA e com a rápida progressão da doença independentemente do tratamento e da comorbidade do uso de substâncias (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Existe evidência de maior prevalência da depressão em certos subgrupos de doentes infetados pelo VIH, nomeadamente naqueles com história de abuso de substâncias ilícitas (Cook *et al*, 2007) ou consumo de álcool (Sullivan *et al*, 2008).

Na sequência da investigação feita por Ciesla e Roberts (2001), o grau em que o VIH é associado a um risco maior de depressão parece ser o mesmo para homens homossexuais e bissexuais, como é para a população em geral de doentes infetados pelo VIH.

A depressão acentuada faz-se acompanhar por sentimentos de incapacidade e culpa existindo em 10% a 20% destes pacientes. Um número significativo de distúrbios orgânicos pode produzir sintomas de depressão (Gomes, 2006).

Os indivíduos infetados com o VIH encontram mais stressores do que aqueles que não se encontram infetados, já que aqueles têm que lidar não só com os stressores sintomatológicos da própria doença, como igualmente os decorrentes do estigma social perante a mesma (Moskowitz, 2003).

No contexto da soropositividade, o fenómeno da depressão possui características e implicações próprias por influenciar diretamente, dentre outros fatores, na adesão ao tratamento (Castanha, Saldanha, Coutinho, Ribeiro & Araújo, s.d.). Segundo Melchior (2000 citado por Castanha, Saldanha, Coutinho, Ribeiro & Araújo, s.d.), muitos são os fatores que podem interferir na adesão ao tratamento, dentre os quais pode-se citar as questões relacionadas à saúde mental. Segundo este autor, há uma menor aderência de pessoas com quadros depressivos e ansiedade. Ainda nesse sentido, Malbergier e Schöffel (2001), referem que um paciente deprimido tende a não aderir ao tratamento, a não tomar as medicações prescritas e a não acatar as orientações médicas, além do risco aumentado de suicídio.

2.2. Dificuldades na avaliação de sintomas psicopatológicos em indivíduos infetados pelo VIH/SIDA (emergência de quadros psicopatológicos latentes com a doença)

O diagnóstico de problemas de saúde mental em indivíduos infetados pelo VIH enfrenta diversas barreiras. Os pacientes muitas vezes não revelam o seu estado psicológico aos profissionais de saúde por medo de serem estigmatizados. Além disso, os profissionais de saúde muitas vezes não são qualificados na deteção de sintomas psicológicos e, mesmo quando o fazem,

muitas vezes deixam de tomar as medidas necessárias para uma posterior avaliação, gestão e encaminhamento (Organização Mundial de Saúde, 2008).

Para além disso, o reconhecimento das manifestações psicopatológicas nos doentes com VIH pode ser difícil devido à complexidade biológica, psicológica e social associada a esta entidade clínica. Os sintomas psicopatológicos passam, muitas vezes, despercebidos e, conseqüentemente, sem tratamento (Fernandes, 2010).

O diagnóstico de depressão em pacientes infetados pelo VIH pode ser dificultado pelo fato de que alguns dos indicadores de depressão (anorexia, fadiga, fraqueza e perda de peso) são de pouca valia como critério diagnóstico em algumas fases da doença (especialmente na fase avançada), já que os sintomas físicos debilitantes podem mimetizar tais indicadores (Malbergier & Schoffel, 2001).

Há infeções oportunistas que imitam depressão tais como pneumocistose pulmonar, toxoplasmose cerebral, meningite criptocócica e demência associada ao VIH, o que pode aumentar a prevalência e os níveis de depressão detetados (Leite, Motta, Junior, Araujo & Pupulin, 2007).

Na maioria das vezes, é complicado diferenciar os sintomas de depressão, daqueles que são gerados pelos efeitos colaterais de algumas medicações, dos sintomas comuns dos pacientes gravemente doentes ou daqueles com patologias orgânicas cerebrais (Rodin, Craven & Littlefield, 1991 citado por Vinhas, 2008).

Existem estudos que já mostraram que o tratamento anti-retroviral pode causar sintomas ansiosos, depressivos e, até mesmo, ideação suicida. Observa-se que os sintomas tendem a desaparecer com a continuidade do tratamento e que são mais severos de acordo com o nível plasmático da droga (Treisman & Kaplin, 2002 citado por Vinhas, 2008).

Portanto, a avaliação dos sintomas de depressão deve ser criteriosa e atenta ao estágio da doença. A Tabela 4 mostra os sintomas afetivos que devem ser valorizados na elaboração do diagnóstico de depressão e os sintomas somáticos que podem ser resultado da infeção (Ferrando, 2000 citado por Malbergiera & Schöffel, 2001).

Tabela 4. Sintomas depressivos observados em indivíduos infetados pelo VIH

Afetivos	Somáticos
Humor depressivo	Alterações do apetite, perda de peso
Perda de interesse	Alterações de sono
Culpa, desvalorização	Agitação/retardo
Desesperança	Fadiga
Ideação suicida	

Nota. Adaptada de Ferrando, 2000 citado por Malbergier & Schöffel, 2001, P.162.

2.3. Ideação Suicida em indivíduos infetados pelo VIH/SIDA

Neste contexto, é compreensível também que, quando se é confrontado com um evento traumático e ameaçador, como o diagnóstico de VIH, pensamentos suicidas podem surgir (Maris, 1982 citado por Siegel & Meyer, 1999).

Estes pacientes parecem preencher os critérios para integrar um grupo de risco no que diz respeito ao suicídio, já que enfrentam um acontecimento traumático recente, muitos estão deprimidos, alguns encontram-se social e familiarmente isolados, e poderão estar a fazer face a uma situação económica difícil (Rendo, 2004).

Para Vieira e Coutinho (2008), embora não exista nenhum acontecimento ou circunstância que possa prever o suicídio, existem certas vulnerabilidades que tornam alguns indivíduos mais propensos a cometer esse ato do que outros. Dentre essas vulnerabilidades, encontram-se as doenças mentais, com especial destaque para o transtorno depressivo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (s.d), os fatores de risco para o suicídio incluem distúrbios mentais, especialmente a depressão, e doenças neurológicas, cancro e infeção pelo VIH.

Tendo em consideração a investigação feita por Lyketsos et al (1996), existem evidências que a depressão encontra-se associada às elevadas taxas de ideação suicida observada nos doentes infetados, assim como ao elevado risco de suicídio entre os doentes com diagnóstico de SIDA.

Alguns estudos têm vindo a mostrar que os indivíduos infetados pelo VIH têm um risco significativamente maior de desenvolver pensamentos suicidas do que aos indivíduos não infetados (Beychok, 2005). Carrico (2010) salienta que a taxa de suicídio continua a ser três vezes maior entre as pessoas infetadas pelo VIH comparativamente à população em geral.

Segundo o estudo de Kalichman, Heckman, Kochman, Sikkema e Bergholte (2000), as pessoas de meia-idade e mais velhas que vivem com o VIH/SIDA também estão em risco de suicídio. Para estes autores, as questões relacionadas com a morte e o morrer são provavelmente diferentes nestas pessoas do que em pessoas mais jovens.

Para além disso, existem estudos que concluíram que o VIH, por si só, não é um forte risco para o suicídio e que os indivíduos infetados pelo VIH tinham outros fatores de risco associados, tais como o abuso de substâncias e fatores psicossociais associados à ideação suicida (Marzuk *et al.*, 1997; Kelly *et al.*, 1998 & Nandakumar, 1999).

No que concerne à variável homossexualidade, existem estudos que provam a existência de uma alta taxa de tentativa de suicídio tanto em homossexuais infetados pelo VIH como em homossexuais não infetados. Os resultados foram significativos em ambos os grupos, embora moderados entre indivíduos infetados pelo VIH, onde o resultado parece ser consequência direta da infeção (Cochand & Bovet, 1998 & Kelly *et al.*, 1998).

3. Estudo Empírico

3.1. Delineamento do problema

Com a revisão da literatura realizada, procurou-se mostrar que muitos sintomas psicopatológicos, com maior prevalência de sintomas depressivos e de ideação suicida, aparecem muitas vezes associados à infeção pelo VIH. No entanto, sabe-se que a infeção pode igualmente causar ou exacerbar perturbações psicopatológicas e, ao invés, estas últimas conduzirem ao aumento do risco de infeção. O problema que se coloca e deve ser

esclarecido é “Quais são os mecanismos que estão na base da psicopatologia nestes indivíduos e o que é que os faz serem detentores de ideação suicida ativa e, em último recurso, cometerem o suicídio?”

3.2. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral explorar, de forma minuciosa, os sintomas psicopatológicos com maior prevalência (a depressão e ideação suicida inclusive) na população infetada pelo VIH/SIDA, tendo em consideração a progressão infeção. Para além disso, pretende determinar a relação existente entre os sintomas psicopatológicos e as características sociodemográficas dos indivíduos.

De um modo específico, pretende-se investigar: quais os principais sintomas psicopatológicos encontrados na população-alvo; se os indivíduos infetados pelo VIH com a presença de uma história psiquiátrica ou neurológica, têm um risco maior de desenvolver problemas de saúde mental; se os indivíduos infetados pelo VIH com a presença de uma história psiquiátrica ou neurológica prévia ao diagnóstico de VIH têm mais ou menos sintomas psicopatológicos do que os indivíduos cuja doença psiquiátrica ou neurológica foi diagnosticada depois do diagnóstico da infeção; se os sintomas depressivos são mais intensos nos indivíduos em que o VIH foi detetado há mais tempo; se os sintomas depressivos e psicopatológicos, no geral, são mais intensos nos portadores sintomáticos comparativamente aos portadores assintomáticos; qual dos géneros se encontra particularmente vulnerável ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, especialmente a depressão; se existe evidência de maior prevalência da depressão em certos subgrupos de doentes infetados pelo VIH, nomeadamente naqueles com história de abuso de substâncias ilícitas; qual a orientação sexual correspondente a um risco maior de depressão; se os fatores de risco para o suicídio incluem sintomas psicopatológicos; se existem evidências que a depressão se encontra associada às elevadas taxas de ideação suicida observada nos doentes infetados pelo VIH; se os indivíduos mais velhos que vivem com o VIH/SIDA têm um risco maior de cometer o suicídio comparativamente com os indivíduos mais jovens.

3.3. Metodologia

Tomando em consideração o delineamento do problema, o estudo mais apropriado é o estudo exploratório, no sentido de solucionar e/ou aumentar a expectativa do pesquisador em função do problema determinado (Trivinõs, 1987). A pesquisa exploratória vem, neste sentido, desenvolver, esclarecer e modificar conceitos, com vista à formulação de problemas pesquisáveis (Gil, 1991). Assim, este estudo tem como finalidade familiarizar-se com o fenómeno da psicopatologia nos indivíduos infetados pelo VIH/SIDA ou obter uma nova perceção do mesmo e descobrir novas ideias.

Neste ponto, caracteriza-se o estudo de acordo com os procedimentos de investigação e estatísticos adotados, os instrumentos de avaliação e a amostra em causa.

3.3.1. Procedimentos de investigação adotados

Esta investigação, como tem vindo a ser mencionado, visa estudar, de forma detalhada, a psicopatologia mais frequente e a relação existente entre esta e as características sociodemográficas, numa amostra clínica específica. Assim, participam neste estudo indivíduos na condição de portadores do VIH/SIDA, que frequentam com regularidade o Centro de Atendimento e Acompanhamento Psicossocial “viHda+ e o Gabinete de Apoio a Toxicodependentes sem Enquadramento Sociofamiliar da Cáritas Diocesana de Coimbra.

Depois de receber a devida autorização¹⁰ para a recolha de amostra, as equipas técnicas foram esclarecidas acerca do protocolo de avaliação e a respetiva administração, com o propósito de auxiliar o estudo em indivíduos cuja abordagem seria mais difícil. Começou-se por explicar aos indivíduos a natureza do estudo, sublinhando o seu caráter voluntário, confidencial e anónimo através de um Consentimento Informado¹¹. A recolha da informação foi efetuada por mim (enquanto realizadora deste estudo) e por um técnico da Instituição em casos restritos, em formato de entrevista e de inventários/escalas de auto-resposta, atendendo às dificuldades de leitura e/ou de compressão que pudessem surgir na população-alvo. Esta recolha foi realizada num período de um mês (5 de Março de 2013 a 5 de Abril de 2013).

Seguidamente procedeu-se ao tratamento da informação recolhida através de uma análise estatística.

3.3.2. Procedimentos estatísticos

Para efeito de tratamento de dados recorreu-se ao software de análise estatística: O *Statistical Packadge for Social Sciences* (SPSS-versão 20.0).

Com base neste programa procedeu-se à construção da base de dados, a partir da qual foram extraídas as estatísticas descritivas que serviram de base a esta investigação. Relativamente às estatísticas de precisão do instrumento, foram extraídos os Alfas de *Cronbach* para avaliar a consistência interna. Os índices de consistência interna foram então classificados como marginalmente aceitáveis (≥ 0.65), aceitáveis (≥ 0.70) e ótimos (≥ 0.80) (Pestana & Gageiro, 2000; Alferes, 1997).

De forma a estudar a normalidade dos testes em causa foi efetuado o Teste de *Shapiro-Wilk* para testar se as variáveis em estudo possuem ou não distribuição normal. Diz-se que uma variável possui uma distribuição normal sempre que p (Sig.) > 0.05 . Sempre que esta condição não se verifique, ou seja, que p (Sig.) < 0.05 , considera-se que a distribuição não é normal. Recorreu-se então a este teste já que a amostra é de pequena dimensão ($n < 30$), situação em que o Teste *Kolmogorov-Smirnov* não se revela particularmente adequado (Marôco, 2011).

De acordo com os objetivos estabelecidos anteriormente, foram efetuadas correlações através do coeficiente de correlação de *Pearson* e de *V*

¹⁰ Ver Anexo I

¹¹ Ver Anexo II

de Cramer. Para interpretar os valores das correlações obtidas foi considerada a classificação de Cohen (1988): com valor de 0 a indicar correlações nulas, valores entre 0.01 e 0.09 correlações muito fracas, valores entre 0.10 e 0.29 correlações fracas, valores entre 0.30 e 0.49 correlações moderadas, valores entre 0.50 e 0.89 correlações fortes, valores entre 0.90 e 0.99 correlações muito fortes e valores iguais a 1.00 correlações perfeitas.

3.3.3. Caraterização da amostra¹²

A amostra deste estudo, como podemos ver no Quadro 1, foi constituída por um grupo de 22 (18 homens e 4 mulheres) utentes infetados pelo VIH/SIDA, recrutados através da Cáritas Diocesana de Coimbra.

O grupo era constituído por indivíduos dos 32 aos 56 anos de idade ($M= 45.14$; $DP= 6.592$), maioritariamente solteiros (63.6 %).

Quadro 1. Dados socio-demográficos da amostra em estudo

Sexo	N	Percentagem (%)
Masculino	18	81.8
Feminino	4	18.2
	M	DP
Idade	45.14	6.592
Estado Civil	N	Percentagem (%)
Solteiro	14	63.6
Casado	2	9.1
Separado (a)/ Divorciado (a)	4	18.2
Viúvo (a)	2	9,1

A maioria dos indivíduos deste grupo, como é descrito no Quadro 2, não relatou presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas (59.1 %). Dentro do grupo que relatou a presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas (40.9 %), a depressão foi descrita como a doença mais prevalente (13.6 %). No que concerne à idade do diagnóstico das doenças psiquiátricas ou neurológicas, contactou-se que a idade média é aproximadamente 3 anos ($M= 3.14$; $DP= 5.947$).

Quadro 2. Caraterização da amostra relativamente à história de Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas

Presença de Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas	N	Percentagem (%)
Sim	9	40.9
Não	13	59.1
Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas	N	Percentagem (%)
Nenhuma	13	59.1

¹² Ver Anexo VII

Quadro 2. Caracterização da amostra relativamente à história de Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas (Cont.)

Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas (Cont.)	N	Percentagem (%)
Depressão	3	13.6
Epilepsia	2	9.1
Esquizofrenia	1	4.5
Perturbação da Ansiedade	1	4.5
Depressão e Perturbação Bipolar	1	4.5
Claustrofobia, Esquizofrenia e Perturbação Bipolar	1	4.5
	M	DP
Idade do Diagnóstico da Doença Psiquiátrica	3.14	5.947

Relativamente ao consumo de drogas, como podemos ver no Quadro 3, a maioria dos indivíduos mencionou não consumir atualmente (68.2 %). Dentro do grupo que mencionou consumir (31.8 %), o Haxixe e o Álcool foram descritos como os mais abundantes. No que diz respeito à frequência dos consumos, a maioria relatou ter consumido apenas no passado (54.5 %).

Quadro 3. Caracterização da amostra relativamente ao Consumo de Drogas

Consumo de Drogas	N	Percentagem (%)
Sim	7	31.8
Não	15	68.2
Tipo de Drogas	N	Percentagem (%)
Nenhuma	15	68.2
Haxixe	2	9.1
Subutex	1	4.5
Cocaína e Psicotrópicas	1	4.5
Álcool e Cocaína	1	4.5
Álcool e Psicotrópicas	1	4.5
Álcool, Cocaína, Haxixe e Heroína	1	4.5
Frequência do Consumo de Drogas	N	Percentagem (%)
Nunca	3	13.6
No Passado	12	54.5
No Presente	1	4.5
No Passado e no Presente	6	27,3

Como é descrito no Quadro 4, a maioria dos indivíduos deste grupo relatou ser heterossexual (59.1%). No que alude à deteção do VIH/SIDA nestes indivíduos, a idade média do diagnóstico é aproximadamente 11 anos ($M= 10.55$; $DP= 4. 896$). Para além disso, relativamente à classificação da

infecção, a maioria dos indivíduos referiram ser portadores sintomáticos (63.6 %).

Por fim, relativamente à terapêutica antiretroviral, verificou-se que a maioria dos indivíduos faz a terapêutica desde que lhe foi diagnosticado o VIH/SIDA (81.8 %).

Quadro 4. Caracterização da amostra relativamente ao tipo de Comportamentos Sexuais e à história da Infecção por VIH

Tipo de Comportamentos Sexuais	N	Percentagem (%)
Não Respondeu	6	27.3
Heterossexual	13	59.1
Homossexual	1	4.5
Bissexual	2	9.1

	M	DP
Idade do Diagnóstico (VIH/SIDA)	10.55	4.896

Classificação da infecção por VIH	N	Percentagem (%)
Portador assintomático, primo-infecção, síndrome linfadenopática	8	36.4
Portador sintomático	14	63.6

Terapêutica Antiretroviral	N	Percentagem (%)
Sim	18	81.8
Não	4	18.2

Data aproximada da terapêutica antiretroviral	N	Percentagem (%)
Não fez	4	18.2
Sim, desde o diagnóstico	18	81,8

3.3.4. Instrumentos

O protocolo de avaliação é constituído pelos seguintes instrumentos:

3.3.4.1. Questionário para recolha de dados Socio-Demográficos¹³

Questionário elaborado para o presente estudo, destinado a recolher dados socio-demográficos (género, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, fonte de rendimentos). Dados referentes ao suporte social (quem são as pessoas com quem partilha os problemas e perceção do suporte facultado). Dados referentes à doença psiquiátrica ou neurológica (se há ou não diagnóstico de alguma doença psiquiátrica ou neurológica, qual o diagnóstico, idade em que foi diagnosticada e medicação). Caracterização do consumo de drogas (tipo e frequência). Caracterização da vida sexual (tipo de comportamento sexual: heterossexual, homossexual e bissexual).

¹³ Ver Anexo III

Dados referentes à data do diagnóstico, fator de transmissão do VIH/SIDA, se o fator de transmissão para o VIH/SIDA se associa com o consumo de substâncias psicoativas por via endovenosa e qual a atual situação do doente relativamente à toxicodependência. Classificação da infeção por VIH e Caracterização da terapêutica antiretrovítica (se o doente faz, ou fez em algum momento do curso da doença e em que altura foi feita).

3.3.4.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos¹⁴ (L. Derogatis, 1982; adaptado por M. C. Canavarro, 1999)

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

As dimensões que são avaliadas dizem respeito à somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo (Pinto, 2011).

A sub-escala da Somatização é constituída por sete itens (2, 7, 23, 30, 33 e 37), a das Obsessões-Compulsões é constituída por 6 itens (5, 15, 26, 27, 32 e 36), da Sensibilidade Interpessoal é constituída por 4 itens (20, 21, 22 e 42), a da Depressão é constituída por 6 itens (9, 16, 17, 18, 35 e 50), a da Ansiedade é constituída por 6 itens (1, 12, 19, 38, 45 e 49), a da Hostilidade é constituída por 5 itens (6, 13, 40, 41 e 46), a da Ansiedade Fóbica é constituída por cinco itens (8, 28, 31, 43 e 47), a da Ideação Paranoide é constituída por 5 itens (4, 10, 24, 48 e 51), e por último a sub-escala do Psicoticismo é constituída por 5 itens (3, 14, 34, 44 e 53). Os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem a nenhuma sub-escala, mas são considerados nos três índices (Pinto, 2011).

As características psicométricas da BSI revelam valores de alfa de Cronbach aceites, situando-se no intervalo 0.7 e 0.8, excepto as escalas de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo, que apresentam valores ligeiramente inferiores (Canavarro, 2007).

3.3.4.3. Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição¹⁵ (A. T. Beck, R. A. Steer, & G. K. Brown, 1996; adaptado por R. C. Campos, & B. Gonçalves, 2011)

¹⁴ Ver Anexo IV

¹⁵ Ver Anexo V

A depressão foi avaliada através do “Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição”. O BDI-II permite avaliar a presença e severidade da depressão em adultos e adolescentes com mais de 13 anos (Beck, Steer & Brown, 1996).

Este é um questionário de auto-resposta, de simples aplicação e cotação. É constituído por 21 itens que avaliam sintomas e atitudes: 1) Tristeza; 2) Pessimismo; 3) Fracassos Passados; 4) Perda de Prazer; 5) Sentimentos de Culpa; 6) Sentimentos de Punição; 7) Auto-Depreciação; 8) Auto-Crítica; 9) Pensamentos ou Desejos Suicidas; 10) Choro; 11) Agitação; 12) Perda de Interesse; 13) Indecisão; 14) Sentimentos de Inutilidade; 15) Perda de Energia; 16) Alterações no Padrão de Sono; 17) Irritabilidade; 18) Alterações no Apetite; 19) Dificuldades de Concentração; 20) Cansaço ou Fadiga; 21) Perda de Interesse Sexual (Beck, Steer & Brown, 1996).

O BDI-II requer, aproximadamente, 5 a 10 minutos de tempo de resposta. Pode ser administrado individualmente ou em grupo, por escrito ou oralmente. O modo de resposta a cada um dos itens tem o formato de *Guttman*, ou seja, são apresentadas 4 a 6 frases e destas, o sujeito terá de escolher a que melhor descreve a forma como se tem sentido ‘durante as últimas duas semanas’, incluindo o dia de preenchimento do inventário. Os resultados em cada um dos 21 itens vão de 0 (baixo) a 3 (alto), refletindo, este valor, a gravidade do sintoma a ser avaliado por cada item (0 = ausência do sintoma; 1 = sintomas ligeiros; 2 = sintomas moderados; e 3 = sintomas graves). Os pontos de corte (Beck, Steer & Brown, 1996) são: 0 a 13 - sintomatologia depressiva ‘mínima’, 14 a 19 - ‘ligeira’, 20 a 28 - ‘moderada’ e, mais de 29 - ‘grave’ ou ‘severa’.

Os estudos efetuados revelaram excelentes resultados em termos de fiabilidade e validade, comparáveis com os resultados publicados em revistas científicas e as características psicométricas da BSI revelam valores de alfa de *Cronbach* altos ($\alpha=0.91$) (Beck, Steer & Brown, 1996).

3.3.4.4. Escala de Ideação Suicida de Beck¹⁶ (A. T. Beck, & R. A. Steer, 1993; adaptada por J. A. Cunha, 2011)

A escala de ideação suicida de Beck, versão portuguesa de *Beck Scale for Suicide Ideation* (BSI; Beck & Steer, 1991), traduzida e adaptada por Cunha (2001), deteta a presença de ideação suicida e mede a extensão da motivação e planeamento de um comportamento suicida. É composta por 21 itens e as afirmações variam entre 0 a 2 (Beck, & Steer, 1993).

Os primeiros 19 itens avaliam a ideação suicida, designadamente o desejo de viver, desejo de morrer, razões para viver ou para morrer, tentativa de suicídio ativa, tentativa de suicídio passiva, duração dos pensamentos suicidas, frequência da ideação suicida, atitude perante a ideação suicida, controlo sobre a ideação suicida, obstáculos na tentativa de suicídio, razões das tentativas de suicídio, especificidade dos planos, disponibilidade e oportunidade para a execução do plano suicida e a capacidade para levar avante a tentativa de suicídio (Beck, & Steer, 1993).

¹⁶ Ver Anexo VI

Os itens 20 e 21 questionam acerca do número anterior de tentativas de suicídio. Ao nível da consistência interna, os estudos psicométricos revelam um coeficiente alfa de *Cronbach* alto ($\alpha=0.96$) (Beck, & Steer, 1993).

4. Resultados

Por uma questão de organização e de facilidade de leitura, apresentam-se os resultados de acordo com a ordem em que foi realizada a análise estatística.

Através do coeficiente de alpha de *Cronbach* avaliou-se a consistência interna. Na amostra do presente estudo, os valores do coeficiente de alpha de *Cronbach*¹⁷ situam-se entre 0.737 (Ansiedade Fóbica) e 0.897 (Ansiedade), reveladores de boas qualidades psicométricas para todas as sub-escalas do BSI, exceto no que diz respeito à sub-escala *Sensibilidade Interpessoal* ($\alpha=0.494$). Obteve-se um valor de 0.967 para a escala geral. Relativamente aos valores do coeficiente de alpha de *Cronbach* para o BDI-II ($\alpha=0.890$) e para o BSS-Deteção ($\alpha=0.943$), estes apresentam também ótimas qualidades psicométricas.

Foi efetuado também o Teste de *Shapiro-Wilk*, de modo a estudar a normalidade dos testes. No que concerne ao estudo da normalidade¹⁸ para a amostra em causa do Questionário Socio-demográfico, constatou-se que apenas as variáveis *Idade* ($p=0.589$), *Pessoas mais significativas com quem partilha os problemas* ($p=0.312$) e a *Idade do Diagnóstico (VIH/SIDA)* ($p=0.334$) foram reveladoras de uma distribuição normal. Relativamente ao BSI, unicamente as sub-escalas *Somatização* ($p=0.018$), *Ansiedade* ($p=0.017$), *Ansiedade Fóbica* ($p=0.004$) e *Psicoticismo* ($p=0.044$), não seguiram uma distribuição normal ao contrário das restantes sub-escalas. No que alude ao BDI-II e à BSS-Deteção, nenhum item foi revelador de uma distribuição normal ($p < 0.05$).

Foram realizadas estatísticas descritivas no sentido de caracterizar a amostra em termos socio-demográficos e no sentido de averiguar qual a sintomatologia psicopatológica mais frequente (através das pontuações obtidas nos instrumentos de avaliação) nesta população, de acordo com as características socio-demográficas.

Para avaliar os sintomas psicopatológicos de uma forma geral recorreu-se à utilização do *Inventário de Sintomas Psicopatológicos*. Para amostra em causa, foram obtidas as pontuações¹⁹ mais elevadas nas seguintes subescalas: *Ideação Paranoide* ($M=1.748$; $DP=0.945$), *Depressão* ($M=1.477$; $DP=0.909$), *Obsessão-Compulsão* ($M=1.386$; $DP=0.909$) e *Psicoticismo* ($M=1.164$; $DP=1.034$).

Segundo os estudos psicométricos mais recentes realizados em Portugal com o BSI, verificou-se que todas as pontuações obtidas permitiam discriminar entre indivíduos perturbados emocionalmente e indivíduos

¹⁷ Ver Anexo VIII

¹⁸ Ver Anexo IX

¹⁹ Ver Anexo X

pertencentes à população geral. Por esse motivo, optaram por utilizar o valor do ISP para determinar o ponto de corte entre os dois grupos considerados. Os estudos revelaram então que uma pontuação no ISP do BSI ≥ 1.7 era provável encontrar em pessoas perturbadas emocionalmente; e abaixo desse valor, em indivíduos da população geral (Canavarro, 2007).

Tendo em consideração a divisão feita no estudo mencionado anteriormente e com o objetivo de tornar este estudo mais preciso e consistente procurou-se dividir a amostra total em dois grupos: um cujas pontuações do ISP < 1.7 e outro cujas pontuações do ISP ≥ 1.7 . Neste sentido, verificou-se que ao fazer a respetiva divisão, apenas 7 dos 22 indivíduos se inseriam no grupo de pontuações esperado para a população geral e que os restantes 15 se inseriam no grupo de indivíduos perturbados emocionalmente. Importa referir ainda que, depois de realizada a divisão de acordo com o valor do ISP, os valores encontrados em ambos os grupos da população-alvo foram ligeiramente inferiores aos valores extraídos da estatística descritiva para as pontuações do BSI dos estudos psicométricos atuais²⁰.

De forma a avaliar os sintomas depressivos recorreu-se à utilização do *Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição*. Deste modo, os itens onde os indivíduos pontuaram mais²¹ dizem respeito ao Pessimismo ($M=1.41$; $DP=1.260$), à Auto-Crítica ($M=1.18$; $DP=1.006$), à Agitação ($M=1.18$; $DP=1.220$), ao Cansaço ou Fadiga ($M=1.18$; $DP=1.006$), à Perda de Energia ($M=1.14$; $DP=0.834$), à Incapacidade para Decidir ($M=1.09$; $DP=1.151$), aos Sentimentos de Culpa ($M=1.05$; $DP=0.722$) e ao Choro ($M=1.05$; $DP=1.290$).

De modo a avaliar a ideação suicida, utilizou-se a *Escala de Ideação Suicida de Beck*. Nesta escala, apenas nos interessou para este estudo a informação acerca de presença ou não de ideação suicida, ou se já realizou tentativas anteriores de suicídio. Não tendo sido avaliada a severidade dos desejos, atitudes e planos suicidas. Neste contexto, os itens onde os indivíduos obtiveram pontuações mais elevadas²² dizem respeito às *Razões para viver e para morrer* ($M=0.36$; $DP=0.658$) e à *Tentativa de Suicídio Ativa* ($M=0.27$; $DP=0.631$). Relativamente, ao número de anteriores tentativas de suicídio a maioria dos indivíduos relatou nunca ter tentado o suicídio (72.7 %). No entanto, 5 dos 22 indivíduos relatou ter tentado duas vezes ou mais (22.7 %) e apenas um sujeito relatou ter tentado o suicídio uma vez (4.5 %).

Um dos objetivos deste estudo consistiu em investigar se os indivíduos infetados pelo VIH com a presença de uma história psiquiátrica ou neurológica tinham um risco maior ou menor de desenvolver problemas de saúde mental. Para esse efeito dividiu-se a amostra em dois grupos: indivíduos com presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas e indivíduos com ausência de doenças psiquiátricas ou neurológicas. Como podemos ver no Quadro 5, os indivíduos com presença de doenças

²⁰ Ver Anexo XI

²¹ Ver Anexo XII

²² Ver Anexo XIII

psiquiátricas ou neurológicas obtiveram pontuações mais elevadas no BSI e no BDI-II comparativamente aos indivíduos com ausência de doenças psiquiátricas ou neurológicas, o que significa que os indivíduos infetados pelo VIH com a presença de uma história psiquiátrica ou neurológica têm um risco maior de desenvolver problemas de saúde mental.

Quadro 5. Estatísticas descritivas das pontuações totais do BSI e do BDI-II no grupo de indivíduos com e sem presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas²³

Presença de Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas	Pontuação Total do BSI			Pontuação Total do BDI-II	
	N	M	DP	M	DP
Sim	9	81.89	43.027	25.44	13.352
Não	13	49.46	29.753	14.46	7.986

Para além disso, procurou-se saber se os indivíduos infetados pelo VIH com a presença de uma história psiquiátrica ou neurológica prévia ao diagnóstico de VIH tinham mais ou menos sintomas psicopatológicos do que os indivíduos cuja doença psiquiátrica ou neurológica foi diagnosticada depois do diagnóstico da Infecção pelo VIH. Para esse efeito dividiu-se a amostra dos indivíduos com presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas em dois grupos: indivíduos com presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas prévias ao diagnóstico de VIH e indivíduos com presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas consequentes ao diagnóstico de VIH. Como podemos ver no Quadro 6 os indivíduos com presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas consequentes ao diagnóstico de VIH obtiveram pontuações mais elevadas no BSI e no BDI-II comparativamente aos indivíduos com presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas prévias ao diagnóstico de VIH.

Quadro 6. Estatísticas descritivas das pontuações totais do BSI e do BDI-II no grupo de indivíduos com presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas prévias ou consequentes ao diagnóstico de VIH²⁴

Presença de Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas	Pontuação Total do BSI			Pontuação Total do BDI-II	
	N	M	DP	M	DP
Prévias ao Diagnóstico de VIH	4	64.50	38.717	19.00	13.089
Consequentes ao Diagnóstico de VIH	5	95.80	45.102	30.60	12.381

Com o propósito de averiguar se os sintomas depressivos seriam mais intensos nos indivíduos em que o VIH foi detetado há mais tempo, fez-se uma correlação entre os Sintomas Depressivos e a Idade do Diagnóstico do VIH através do coeficiente de correlação de *Pearson*, como podemos ver no Quadro 7. Os resultados apontam para correlações muito fracas entre os

²³ Ver Anexo XIV

²⁴ Ver Anexo XV

Sintomas Depressivos e a Idade do Diagnóstico do VIH. Para além de fracas, as correlações não são estatisticamente significativas ($p > 0.05$). Ou seja, o grau com que os indivíduos tendem a desenvolver sintomas depressivos parece não estar a ser influenciado pelo número de anos que tem o diagnóstico do VIH.

Quadro 7. Correlação entre os Sintomas Depressivos e a Idade do Diagnóstico do VIH, efetuada através do coeficiente de correlação de Pearson

Sintomas Depressivos	Idade do Diagnóstico do VIH	
	Pearson	p (Sig.)
BSI - Sub-escala Depressão	0.037	0.871
Pontuação Total do BDI-II	0.041	0.855

Com o objetivo de avaliar se os sintomas depressivos e psicopatológicos, no geral, eram mais intensos nos portadores sintomáticos comparativamente aos portadores assintomáticos, dividiu-se a amostra em dois grupos: indivíduos que relataram ser portadores assintomáticos (ausência de sintomas óbvios, próprios da infeção) e indivíduos que relataram ser portadores sintomáticos (presença de sintomas óbvios, próprios da infeção). Como podemos ver no Quadro 8, indivíduos que relataram ser portadores assintomáticos obtiveram pontuações mais elevadas no BSI, na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II comparativamente indivíduos que relataram ser portadores sintomáticos. Contudo, é necessário ter em consideração que os valores foram resultado do auto-relato da população-alvo, pelo que os resultados são meramente indicativos e não estatisticamente significativos.

Quadro 8. Estatísticas descritivas da pontuação total obtida no BSI, na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II, de acordo com a classificação da infeção por VIH, relatada pela população-alvo²⁵

Classificação da infeção por VIH	Sintomas Psicopatológicos			Sintomas Depressivos			
	Pontuação Total do BSI			BSI - Sub-escala Depressão		Pontuação Total do BDI-II	
	N	M	DP	M	DP	M	DP
Portador assintomático, primo-infeção, síndrome linfadenopático	8	72.00	44.948	1.69	0.965	22.88	14.257
Portador sintomático	14	57.43	34.866	1.36	0.888	16.71	9.675

De modo a avaliar qual dos géneros se encontraria particularmente vulnerável ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, especialmente a depressão, dividiu-se a amostra em dois grupos: indivíduos do género

²⁵ Ver Anexo XVI

masculino e indivíduos do género feminino. Como podemos ver no Quadro 9, os indivíduos do género feminino obtiveram pontuações mais elevadas no BSI, na sub-escala depressão do BSI e no BDI-II, comparativamente aos indivíduos do género masculino. Estes resultados parecem indicar que as mulheres se encontram particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos no geral e de sintomas depressivos. Contudo, importa ter em atenção as limitações da amostra ao nível da dimensão e da heterogeneidade, pelo que os resultados são meramente indicativos e não estatisticamente significativos.

Quadro 9. Estatísticas descritivas da pontuação total obtida no BSI, na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II, de acordo com o género²⁶

Género	Sintomas Psicopatológicos			Sintomas Depressivos			
	Pontuação Total do BSI			BSI - Sub-escala Depressão		Pontuação Total do BDI-II	
	N	M	DP	M	DP	M	DP
Masculino	18	58.00	38.626	1.35	0.936	17.06	10.919
Feminino	4	84.00	33.912	2.04	0.551	27.50	12.234

Outro objetivo crucial deste estudo foi investigar se existia evidência de maior prevalência de depressão em certos subgrupos de doentes infetados pelo VIH, nomeadamente naqueles com história de abuso de substâncias ilícitas. Com esse propósito, dividiu-se a amostra em quatro grupos de acordo com a frequência dos consumos de drogas (nunca; no passado; no presente; no passado e no presente). Tendo em consideração que a amostra não é homogénea relativamente à frequência dos consumos, importa ter em atenção apenas os indivíduos que nunca consumiram e aqueles que consumiram no passado e ainda consumem. Deste modo, como podemos ver no Quadro 10, os indivíduos que sempre consumiram droga (no passado e no presente) obtiveram pontuações mais elevadas na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II comparativamente aos indivíduos que nunca consumiram. Importa também salientar que os indivíduos que consumiram apenas no passado obtiveram pontuações mais baixas na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II comparativamente aos indivíduos que ainda continuam a consumir (no passado e no presente).

²⁶ Ver Anexo XVII

Quadro 10. Estatísticas descritivas da pontuação total obtida na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II, de acordo com a frequência do consumo de drogas²⁷

Frequência do Consumo de Drogas	BSI - Sub-escala Depressão			Pontuação Total do BDI-II	
	N	M	DP	M	DP
Nunca	3	1.61	0.585	17.33	13.650
No Passado	12	1.08	0.857	15.42	9.895
No Presente	1	3.33	-	45.00	-
No Passado e no Presente	6	1.89	0.664	22.50	9.711

Com o objetivo de avaliar qual a orientação sexual correspondente a um risco maior de depressão, dividiu-se a amostra em quatro grupos de acordo com o tipo de comportamento sexual (não assumido; heterossexual; homossexual; bissexual). Tendo em consideração que a amostra não é homogénea, será apenas pertinente considerar os indivíduos que se recusaram a assumir a sua orientação sexual e os indivíduos heterossexuais. Deste modo, como podemos ver no Quadro 11, os indivíduos heterossexuais obtiveram pontuações mais elevadas na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II comparativamente aos indivíduos que não assumiram a sua orientação sexual. Todavia, uma vez mais, importa ter em atenção as limitações da amostra ao nível da dimensão e da heterogeneidade, pelo que os resultados são meramente indicativos e não estatisticamente significativos.

Quadro 11. Estatísticas descritivas da pontuação total obtida na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II, de acordo com o tipo de comportamento sexual²⁸

Tipo de Comportamento Sexual	BSI - Sub-escala Depressão			Pontuação Total do BDI-II	
	N	M	DP	M	DP
Não assumido	6	1.31	0.878	16.83	9.020
Heterossexual	13	1.36	0.884	18.00	12.028
Homossexual	1	3.00	-	31.00	-
Bissexual	2	2.00	0.943	25.50	20.506

De forma a avaliar se os fatores de risco para o suicídio incluíam sintomas psicopatológicos, fez-se uma correlação entre o Risco de Suicídio e os Sintomas Psicopatológicos, através do coeficiente de correlação de *Pearson* e de *V de Cramer*, como podemos ver no Quadro 12. Os resultados indicam uma correlação forte entre a pontuação total do BSS - Detecção e a pontuação total do BSI, sendo esta correlação estatisticamente significativa ($p < 0.05$). Para além disso, os resultados apontam também para uma correlação perfeita entre número de anteriores tentativas de suicídio e a pontuação total do BSI, todavia esta correlação não é estatisticamente

²⁷ Ver Anexo XVIII

²⁸ Ver Anexo XIX

significativa ($p > 0.05$). Isto é, parece haver indícios de que os sintomas psicopatológicos nesta população constituem um fator de risco para o suicídio.

Quadro 12. Correlação entre o Risco de Suicídio e os Sintomas Psicopatológicos, efetuada através do coeficiente de correlação de *Pearson* e de *V de Cramer*

Risco de Suicídio	Pontuação Total do BSI	
	<i>Pearson</i>	<i>p</i> (Sig.)
Pontuação Total – BSS - Detecção	0.646	0.001*
	<i>V de Cramer</i>	<i>p</i> (Sig.)
Número de anteriores tentativas de suicídio	1.000	0.306

(* $p < 0.05$)

Com o objetivo de avaliar se existiam evidências que a depressão se encontrava associada às elevadas taxas de ideação suicida observada nos doentes infetados pelo VIH, fez-se uma correlação entre os Sintomas Depressivos e a Ideação Suicida, através do coeficiente de correlação de *Pearson*, como podemos ver no Quadro 13. Os resultados apontam para correlações fortes entre os sintomas depressivos e a ideação suicida, sendo estas correlações estatisticamente significativas ($p < 0.05$). Ou seja, parece haver indícios de que os sintomas depressivos nesta população se encontram associados a elevadas taxas de ideação suicida.

Quadro 13. Correlação entre os Sintomas Depressivos e a Ideação Suicida, efetuada através do coeficiente de correlação de *Pearson*

Sintomas Depressivos	Pontuação Total – BSS - Detecção	
	<i>Pearson</i>	<i>p</i> (Sig.)
BSI - Sub-escala Depressão	0.638	0.001*
Pontuação Total do BDI-II	0.766	0.000*

(* $p < 0.05$)

Com o intuito de averiguar se os indivíduos mais velhos que vivem com o VIH/SIDA têm um risco maior de cometer o suicídio comparativamente com os indivíduos mais jovens, fez-se uma correlação entre o Risco de Suicídio e a Idade do Sujeito através do coeficiente de correlação de *V de Cramer*, como podemos ver no Quadro 14. Os resultados apontam para uma correlação muito forte entre a pontuação total do BSS e a idade e para uma correlação forte entre o número de anteriores tentativas de suicídio e a idade, embora as correlações não sejam estatisticamente significativas ($p > 0.05$). Isto é, parece haver indícios que os indivíduos mais velhos têm um risco maior de cometer o suicídio comparativamente com os indivíduos mais jovens.

Quadro 14. Correlação entre o Risco de Suicídio e a Idade do Sujeito, efetuada através do coeficiente de correlação de *V de Cramer*

Risco de Suicídio	Idade do Sujeito	
	<i>V de Cramer</i>	<i>p</i> (Sig.)
Pontuação Total– BSS - Detecção	0.903	0.143
Número de anteriores tentativas de suicídio	0.670	0.923

Deste modo, entre os resultados acima mencionados, destacam-se como representativos os seguintes: a maioria dos indivíduos insere-se no grupo de indivíduos perturbados emocionalmente; os sintomas psicopatológicos mais frequentes são a ideação paranoide, a depressão, a obsessão-compulsão e o psicoticismo; a idade do diagnóstico do VIH e a progressão do vírus parece não estar a ser condição necessária para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos; a maioria dos indivíduos parecem ter menos razões para viver e uma tentativa de suicídio ativa.

Com a revisão da literatura realizada e os resultados obtidos, mostrou-se que muitos sintomas psicopatológicos, com maior prevalência de sintomas depressivos aparecem associados à infeção pelo VIH. O problema que se coloca neste momento e importa esclarecer é “Quais são os mecanismos que estão na base da psicopatologia nestes indivíduos e o que os faz serem detentores de uma ideação suicida ativa e, em último recurso, cometerem o suicídio? Que fundamentos tem a Psicanálise para justificar esta problemática?”

5. Discussão

Este estudo pretendeu retratar o impacto psicológico do diagnóstico de VIH e os sintomas psicopatológicos a ele associados, nos indivíduos afetados pelo VIH.

Num primeiro momento e antes de refletirmos acerca dos resultados propriamente ditos, importa ter em atenção as limitações da amostra ao nível da dimensão e da heterogeneidade, pelo que a maioria dos resultados são meramente indicativos e não estatisticamente significativos. É preciso ter em consideração que alguns protocolos foram aplicados oralmente, atendendo às dificuldades de leitura e/ou de compressão surgidas, o que poderá ter enviesado o estudo em algum momento do seu percurso. Para além disso, o reconhecimento destes sintomas nos doentes com VIH pode ser difícil devido à complexidade biológica, psicológica e social associada a esta entidade clínica (Fernandes, 2010).

Refletindo de forma crítica acerca dos resultados obtidos, tomaremos em consideração a população-alvo deste estudo e a teoria/investigação empírica retratada na literatura.

A infeção por VIH parece não possuir, intrinsecamente, nenhum componente que justifique as alterações psicológicas nas pessoas afetadas, salvo naqueles casos nos quais a doença prejudicou estruturas neurológicas (Remor, 1997). Porém, empiricamente, observou-se que a maioria dos indivíduos afetados se insere no grupo de indivíduos perturbados emocionalmente. Desde o momento do diagnóstico, o portador do VIH sofre

um grande impacto, gerando uma sobrecarga emocional que leva às mudanças de comportamento e do modo de viver e perceber a vida. O isolamento do paciente com VIH/SIDA é exacerbado pelos temores ou rejeição observados nas pessoas sadias (Carvalho, Braga & Galvão, 2004). Da mesma forma, para o paciente apareceram conteúdos de forte conotação emocional envolvendo a estigmatização, o efeito psicológico e as necessidades da pessoa infetada. A responsabilidade por ter provocado a própria doença e a rejeição pela família reforçam o estigma com relação ao paciente (Carvalho, Braga & Galvão, 2004).

As perturbações emocionais emergem, assim, a partir da convergência entre o conhecimento do VIH positivo e a ideia da morte eminente. Perante esta convergência, é comum estes indivíduos suspenderem as suas atividades sexuais após o conhecimento do diagnóstico (Gouvêa, 2004). Em caso de doença, o indivíduo tende a focar todas as suas energias no Eu, ou seja, ao ser atormentado pela dor orgânica e pelos incómodos a ela associados tende a desinteressar-se pelas coisas do mundo exterior que não digam respeito ao seu sofrimento (Freud, 1914). Neste contexto, encontramos a faceta do “anúncio” da mortalidade mediante a descoberta do diagnóstico de VIH. Esse acontecimento produz uma “ferida” narcísica, que ocorre pela contingência da realidade, que desnuda a concretude fria da impossibilidade da vida eterna (Freud (1914). Perante a impossibilidade da fruição do desejo se organizar de uma forma satisfatória para a economia psíquica, é comum aparecerem, nestes indivíduos os rituais obsessivos, nos quais a autoacusação não descansa, indispensável como expressão superegógica (Naves & Féres-Carneiro, 2008). Parece bastante plausível o reconhecimento do sofrimento causado pela destruição dos seus sonhos e projetos construídos no campo do Ideal do Eu. O superego parece cumprir um papel importante, na medida em que gera uma culpa profunda e imputa ao indivíduo a responsabilidade pela soroconversão (Gouvêa, 2004). Deste modo, parece que quanto mais a ameaça de morte vem de dentro mais paranoide ela se torna.

As defesas usadas, frequentemente, por estes indivíduos, aparentam ser a cisão, a negação, a destruição do perseguidor, a idealização, não favorecendo a percepção da realidade objetiva. A vivência de angústia de aniquilamento iminente, incessante, cria um estado depressivo definido como “deprimido pela perseguição”. A pessoa com tais fatores internos (ausência de uma rede de objetos internos satisfatória, que destacaremos de seguida) interage confusamente com os fatores externos, encontrando soluções geralmente pouco ou pouquíssimo adequadas. Estes indivíduos tendem, assim, a usar a fragmentação do objeto e da própria capacidade de percepção para se livrar da frustração e da angústia, dificultando o contato com a realidade externa (Simon, 2000).

A limitada possibilidade de percepção destes indivíduos faz com que ao mesmo tempo, tanto individualizem o seu estar no mundo quanto o limitem no conhecimento que eles têm desse mesmo mundo (Naves & Féres-Carneiro, 2008). Assim, a própria possibilidade ilusória destes indivíduos falha e eles vão ficando cada vez para paranoicos. A possibilidade de dar um sentido à sua vida está comprometida – há, portanto,

falha da ilusão que lhe daria eficácia. Mas parece ser esta uma maneira peculiar através da qual alguns destes indivíduos se sacrificam, em detrimento de um certo bem-estar possível, na procura de uma oceânica e mítica, porém relativa, inscrição no mundo (Naves & Féres-Carneiro, 2008).

Com o intuito de reparar a perda da condição saudável prévia ao diagnóstico da infeção pelo VIH, estes sujeitos tendem a criar uma nova realidade, novas perceções, sendo essa operação efetuada de maneira radical por meio da alucinação, produções delirantes ou paramnésias, que pelas suas formas aflitivas, revelam a violência das forças que estão em oposição à tal transformação (Braga, 2012).

A reação deliroide, nestes indivíduos, acaba por ser produzida, na tentativa de sair da doença, de se curarem. Estas reações parecem ser uma defesa do doente diante do vírus (VIH) que o invade, independente da sua vontade e do seu controlo (Freud, 1911). O restabelecimento alcançado após a produção delirante não é integral; a relação do indivíduo com o mundo não será mais afetuosa como antes, mas, hostil, ou seja, o processo de repressão funda-se num desligamento da libido relacionado às pessoas e objetos. A ideação paranoide aparenta ser o resultado de uma libido que regride ao estado de narcisismo. Esta regressão desencadeia um decréscimo da autoestima destes indivíduos. A perceção da impotência, da própria incapacidade de amar tem o efeito de rebaixar fortemente o autoconceito (Freud, 1914).

Uma vida cheia de subjetividade, (in) certezas, (des) crenças e, principalmente, dúvidas, que torna compreensível a emergência de perturbações emocionais nesta população (Gouvêa, 2004).

Para a amostra em causa, os sintomas psicopatológicos mais frequentes são a ideação paranoide, a depressão, a obsessão-compulsão e o psicoticismo, ligeiramente diferente do estudo realizado por Oliveira, Costa & Fonseca (2006), onde as principais perturbações psiquiátricas encontradas na literatura foram a depressão, a ansiedade e a perturbação de pânico.

Os indivíduos com presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas consequentes ao diagnóstico de VIH obtiveram mais sintomas psicopatológicos comparativamente aos indivíduos com presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas prévias ao diagnóstico de VIH. Isto é facilmente explicado pela teoria psicanalítica. Quando existe uma ameaça externa ou um conflito interno que não pode ser mitigado pelas defesas psíquicas, a pessoa experimenta diferentes graus de ansiedade. A depressão também pode ser experimentada no momento da ameaça ou perda e de conflitos não resolvidos (Kent & Blumenfeld, 2011).

Atualmente, a depressão é uma das comorbidades mais comuns da infeção pelo VIH, com estimativas de prevalência de grande transtorno depressivo entre pessoas infetadas (Nandakumar, 1999; Ciesla & Roberts, 2001); Morrison et al, 2002; Nunes, Abreu, Hirata, Nunes, Franco & Barbosa, 2005, & Simoni et al, 2011). No que diz respeito ao relatado pela população em causa, a maioria dos indivíduos não relatou presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas quando questionados. Contudo, dentro do grupo que relatou a presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas, a depressão foi descrita como a doença mais prevalente.

Os resultados obtidos para a amostra em causa indicaram que grau com que os indivíduos tendem a desenvolver sintomas depressivos parece não estar a ser influenciado pelo número de anos que tem o diagnóstico do VIH. Para além disso, os indivíduos que relataram ser portadores assintomáticos obtiveram mais sintomas psicopatológicos comparativamente aos indivíduos que relataram ser portadores sintomáticos, podendo ser consequência direta do relato e da limitação da amostra.

Segundo o estudo efetuado por Malbergier e Schöffel (2001), os sintomas depressivos em pacientes infetados pelo VIH estão associados a vários fatores: descoberta da infeção, início dos sintomas físicos, progressão da doença e das limitações por ela impostas e as complexas questões psicossociais envolvidas; invasão do sistema nervoso central pelo VIH, por infeções oportunistas ou por tumores intracranianos; desencadeamento de episódio depressivo em populações vulneráveis. No entanto, para a amostra em causa, a idade do diagnóstico do VIH e a progressão do vírus parece não estar a ser condição necessária para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, nomeadamente sintomas depressivos. O VIH, por si só, parece não ser um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, mas sim todos os outros fatores associados. Neste sentido, parece haver outros fatores de risco para a emergência de sintomas depressivos, sem ser exclusivamente a penetração do VIH no organismo dos indivíduos.

De acordo com Malbergier e Schöffel (2001), os fatores de risco para depressão nestes indivíduos são: distúrbio de personalidade e transtorno depressivo prévio (o que se verifica para a amostra em causa, visto que a depressão foi descrita como a perturbação prévia mais prevalente); história familiar de depressão; uso de álcool e drogas (a maioria destes indivíduos consumiu drogas no passado e alguns ainda continuam a consumir); sexo feminino; desemprego, sintomas relacionados à SIDA (emagrecimento, diarreia, manchas na pele); múltiplas perdas; pouco suporte social (solidão, conflito social); luto; doença avançada; falha terapêutica. Ainda em conformidade com os autores acima mencionados, as medicações utilizadas no tratamento da infeção pelo VIH poderão induzir sintomas depressivos. Visto que a maioria dos indivíduos da amostra em causa sempre efetuou a terapêutica antirretroviral desde que o VIH foi diagnosticado, os sintomas depressivos podem ser facilmente explicados pelo recurso à medicação e não pela progressão da doença.

Por outro lado, as relações de objeto são facilmente descritas como fenómenos psicológicos relacionados com as representações dos objetos dentro da mente. Essas representações tendem a ser influenciados pela fantasia inconsciente, que constitui um produto da história desenvolvimental do indivíduo (Moore & Fine, 1992 citados por Marques, 2000). Neste sentido, os níveis de depressão, talvez, sejam resultado das relações de objeto parciais, geralmente fragmentados, angústias de aniquilamento do próprio self e dos objetos. Em consequência da representação das relações de objeto insatisfatórias, os objetos, para estes indivíduos, tendem a ser geralmente maus ou persecutórios, a realidade psíquica tende a ser dominada por fantasias destrutivas (e, tentativa de suicídio ativa, que discutiremos

pormenorizadamente a seguir), as quais, por identificações projetivas, criam relações de objeto narcísicas, tornando dificilmente distinguíveis os objetos dos mundos externo e interno. (Simon, 2000). Desta forma, os níveis de depressão parecem depender mais da ausência de uma rede de objetos internos satisfatória do que do tempo de diagnóstico.

Os sinais mais característicos para a depressão desta população são o pessimismo, a auto-crítica, a agitação, a fadiga ou cansaço, a perda de energia, a incapacidade para decidir, os sentimentos de culpa e o choro. A depressão, no contexto da seropositividade, parece ser um sintoma que compõe um quadro maior, isto é, um estado patológico mais grave: a melancolia (Teixeira, 2007).

Estes indivíduos, ao experienciarem sintomas depressivos de forma mais pura e grave, parecem inserirem-se num quadro de melancolia. Através do desânimo profundamente penoso, da cessação de interesse pelo mundo externo, da perda de amor-próprio e da capacidade de amar, da inibição de toda e qualquer atividade e da diminuição dos sentimentos de auto-estima, estes indivíduos chegam a ponto de encontrar a expressão na auto-recriminação, culminando numa expectativa delirante de punição (Freud, 1917).

A perda, nestes indivíduos, parece ir para além da morte, resultando da frustração e da decepção em relação ao objeto ou aos ideais. Diante da perda (condição de pessoa saudável), estes indivíduos não tendem a enlutar-se, pois o que tende a ocorrer é uma perda objetual retirada da consciência e a redução da auto-estima, o que leva a um empobrecimento do ego. Desta forma, o indivíduo infetado pelo VIH parece fazer questão de provar que é a pior pessoa do mundo, de exaltar as suas fraquezas e se dizer merecedora de punições. Este objeto, que foi perdido, passa a ser odiado e criticado devido ao deslocamento das recriminações do objeto para o próprio ego (Freud, 1917). O objeto perdido parece ser o próprio motivo da condição trágica destes indivíduos, na medida em que a ambivalência passa a assumir o seu caráter violento na relação com o objeto. Identificado, paradoxalmente, ao objeto perdido, estes indivíduos entram num movimento de assassinato de si mesmo. Prevalece então a raiva contra o objeto perdido que reflui sobre o próprio (Coimbra de Matos, 2002). Neste sentido, estes indivíduos não fazem o luto da perda objetual, sendo esta recusada, e, através da identificação narcísica, mantém o objeto dentro de si (Pinheiro, Quintella & Verztman, 2010).

O mecanismo da identificação narcísica consiste, assim, em retirar a libido do objeto e recolhê-la no ego, dá origem às autoacusações nas quais o indivíduo se submerge (Freud, 1917). Perceberemos que, na realidade, a perda consiste numa perda ligada às bases narcísicas do psiquismo. Nestes indivíduos, parece ocorrer um prejuízo de um Eu que ignora o objeto (Freud, 1917). Desta forma, amor e ódio são vividos como incompatíveis, causando um conflito de difícil resolução para o indivíduo (Teixeira, 2007). Este conflito parece resultar da ambivalência entre as instâncias do ego e superego, entre o Eu-Real e o Eu-Ideal, implicando o uma escolha narcísica e, conseqüentemente, o sentimento de culpa no sujeito (Berlink & Fedida, 2002 citados por Teixeira, 2005). O indivíduo prefere acabar consigo

mesmo em vez de destruir objeto. Assim, observamos como, realmente, para estes indivíduos, o seu narcisismo está depositado no objeto e não no ego.

A comparação que estes indivíduos fazem, constantemente, determina que o sucesso alheio os faça sentir uma insuportável sensação de derrota, fracasso e humilhação, o que determina um ferimento na sua auto-estima. O indivíduo desde criança é educado segundo “como” e a “quem” ele deve, e não deve, ser, e quais os papéis que deverá desempenhar na sua vida, de modo a garantir o amor dos pais e de jamais trair as expectativas que estes depositam nele. Acontece que a rutura dos papéis programados pode acarretar uma falha de ingratidão e a ameaça de perda dessas figuras de que ele necessita, além do inevitável surgimento do sentimento de culpa. (Zimerman, 1999). Este sentimento de culpa pode ser devido a um superego estruturado como sendo rígido, punitivo e todo-poderoso, ao ódio do ego contra o próprio id, às culpas imputadas pelos outros, à obtenção de êxitos, à descrença do ego relativamente às suas capacidades reparatórias e à assunção das culpas de outros (Zimerman, 1999). Nestes indivíduos parece haver uma falta de motivação para continuar a viver e até para lamentar-se, daí a gravidade quanto a um possível risco de suicídio e uma associação estatisticamente significativa entre sintomas depressivos e a ideação suicida, que discutiremos pormenorizadamente a seguir. (Zimerman, 1999).

Segundo a literatura, entre as pessoas infetadas pelo VIH, são muitas vezes as mulheres que se encontram particularmente vulneráveis à depressão (ambiente com altos níveis de stress, nomeadamente violência, abuso sexual, desemprego, pobreza, discriminação, a experiência de eventos traumáticos) (Fernandes, 2010). Também de acordo com os resultados obtidos, são as mulheres seropositivas que se encontram particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos no geral e de sintomas depressivos.

Esta vulnerabilidade a nível psicopatológico parece ser consequência direta da vulnerabilidade ao VIH, comparativamente aos homens. Esta vulnerabilidade deve-se a diversos fatores. A nível biológico, a mulher é duas a quatro vezes mais vulnerável que o homem à infeção numa relação heterossexual e a superfície exposta e o tempo de exposição são maiores, pois o sémen contem mais vírus. Para além disso, as mulheres tendem a ter uma auto-estima mais baixa e conseqüente reduzido poder de negociação de sexo seguro, o que a dispõe para potenciais condutas de risco (Nunes, 2010). Por outro lado, a vivência do VIH exige recursos internos de adaptação que muitas vezes são frágeis ou inexistentes associando-se sintomas psicopatológicos, nomeadamente a depressão porque as mulheres seropositivas tendem a deprimir mais do que os homens, estimando-se que 60% das mulheres apresentam sintomatologia depressiva. As desigualdades de género assim como as crenças do que é próprio do feminino relegam a mulher para papéis de submissão e passividade. As desigualdades de género promovem a desigualdade económica relegando a mulher para a dependência e maior risco de pobreza – à mulher está associada uma maior fragilidade à crise que é visível nos índices de desemprego de longa duração (Nunes, 2010). Todos estes fatores têm um papel crucial na emergência de quadros psicopatológicos na mulher e tornam-na, desta forma, mais

vulnerável a sintomas psicopatológicos (nomeadamente a depressão), comparativamente aos homens. Trata-se de um vírus que não escolhe sexo, orientação sexual, religião, estatuto social ou económico, mas cujo impacto afeta desigualmente homens e mulheres (Nunes, 2011).

De acordo com a literatura, a sintomatologia psicopatológica tende a concentrar-se em populações marginalizadas e estigmatizadas, em particular, os usuários de drogas (Organização Mundial da Saúde, 2008), visto que a toxicod dependência deixou de ser há muito um problema individual, assumindo-se rapidamente com contornos de um grave problema social (Garcia, Reis, Franco, Luz, Miguel & Avilez, 2000). O consumo de álcool e o abuso de drogas poderá apresentar-se como uma tentativa de resolução dos problemas destes indivíduos e/ou como um sintoma de depressão ou em duplo diagnóstico, por se desenvolver mais frequentemente nestes doentes (Fernandes, 2010). Os resultados obtidos parecem ir ao encontro do postulado na literatura, pois os indivíduos que sempre consumiram droga (no passado e no presente) apresentaram mais sintomas depressivos comparativamente aos indivíduos que nunca consumiram. Para além disso, os indivíduos que consumiram apenas no passado obtiveram menos sintomas depressivos comparativamente aos indivíduos que ainda continuam a consumir (no passado e no presente).

Segundo os resultados obtidos para a população-alvo, os indivíduos heterossexuais obtiveram mais sintomas depressivos comparativamente aos indivíduos que não assumiram a sua orientação sexual. Se tivermos como ponto de referência a epidemiologia, sabemos que os primeiros casos foram diagnosticados em jovens homossexuais e que inicialmente se pensou que a doença teria algo a ver com as suas tendências sexuais (Rodrigues, 2006). Deste modo, o fenómeno tem crescido atualmente porque os heterossexuais não estão testados, constituindo os indivíduos heterossexuais a maioria de casos de infeção em Portugal (Rodrigues, 2006, & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2011). Assim, facilmente se compreende que sentimentos de culpa por parte dos indivíduos heterossexuais e consequentemente sintomas depressivos possam surgir com maior prevalência.

Para a amostra em causa, parece haver indícios de que os sintomas psicopatológicos nesta população constituem um fator de risco para o suicídio. Segundo a literatura, os sintomas psicopatológicos observados nesta população incluem uma série de reações psicológicas normais, bem como respostas anormais (depressão e comportamento suicida) (Catalan, 1997). Também na amostra em causa, os resultados obtidos retratam a presença de sintomas depressivos associados a elevadas taxas de ideação suicida, de acordo com o anteriormente mencionado e com a investigação realizada por Lyketsos et al (1996). São essas reações anormais que merecem preocupação e que precisam de ser valorizadas.

No que diz respeito ao risco de suicídio, os itens onde os indivíduos obtiveram pontuações mais elevadas dizem respeito às Razões para viver e para morrer e à Tentativa de suicídio ativa. Relativamente, ao número de anteriores tentativas de suicídio, a maioria dos indivíduos relatou nunca ter tentado o suicídio. No entanto, 5 dos 22 indivíduos relatou ter tentado duas

vezes ou mais, o que corresponde a um fator de risco para o suicídio.

Estes indivíduos parecem viver dominados por dois instintos básicos: Eros (instinto de vida, do amor) e Tanatos (instinto de morte, destrutivo) (Freud, 1917). A finalidade do Eros é estabelecer unidades cada vez mais extensas e preservá-las, ou seja, uni-las. Já a finalidade do Tanatos é romper vínculos e, assim, destruir coisas, ou seja, levar o que é vivo a um estado inorgânico. O conflito entre estes dois instintos básicos dá procedência ao ato suicida. Nestes indivíduos, o instinto de vida tende a ceder de forma a induzir o indivíduo a buscar a morte (Senna et al, 2004).

Assim, o Ego só pode matar-se se puder tratar a si mesmo como objeto, ou seja, se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade contra um objeto do mundo externo. Como foi discutido anteriormente, há a presença de um objeto narcísico que faz parte do indivíduo e a perda desse objeto configura a perda de si mesmo. Deste modo, o indivíduo pode destruir-se com o objetivo de não ter de se confrontar com a falta do objeto (condição de pessoa saudável) e, por consequência, de si próprio (Freud, 1917). A mágoa tende, portanto, a esconder os sentimentos inconscientes e ódio. Uma vez que eles não podem aceitar esses sentimentos, o objeto de amor perdido identifica-se com o próprio ego dos indivíduos. Então, o que é que acontece? O ódio inconsciente, em vez de se dirigir para o objeto de amor perdido, é desencaminhado contra o próprio indivíduo (Freud, 1917). O suicídio, para esta população, parece ser por outro lado um ataque ao objeto internalizado, sendo que esse ataque é seletivo e visa, simultaneamente, aniquilar a parte má do objeto e preservar a parte boa (Melanie Klein, 1935 citado por Saraiva, 2011). Estes indivíduos parecem estar, assim, num dilema permanente entre o luto, em presença, de si próprios, e a denegação luto, porque há medida que ocorre uma perda objetual retirada da consciência (deceção em relação a um ideal) e a redução da auto-estima, parece existir em simultâneo uma perda antecipatória de si mesmo associada a ideia de morte eminente.

Nestes indivíduos, existe a presença de culpa e hostilidade muito intensas de forma que o objeto torna-se fantasioso, morto pelo indivíduo (luto patológico). Desta forma, o objeto torna-se um perseguidor interno e paranoico que exige vingança (Senna et al, 2004). Ou seja, quanto mais o vulto de morte é exuberante mais estes indivíduos aparentam sentir um impulso maníaco para a autodestruição, antes que o vírus os mate por dentro. Para além disso, poderá existir um instinto de morte em que a meta é levar o indivíduo para um estado de calma ou serenidade, caracterizado pela não - existência. Quando este instinto se torna mais forte que o instinto de vida, pode levar ao ato suicida, sendo, o equilíbrio entre os dois impulsos que mantém o controlo da vida. (Holmes, 2001 citado por Senna et al, 2004)

Em Portugal, Coimbra de Matos (1982) na obra “A propósito do carácter masoquista” expõe quatro aspetos masoquistas e narcisistas explicativos do desejo de morrer: obter o amor total e duradouro do objeto (desejo de fusão); vulnerabilidade narcísica; intolerância à dor da perda com aumento do penar para obter perdão e amor; impossibilidade de suportar o orgulho ferido e a derrocada da onnipotência.

Por seu turno, Sá (2001 citado por Saraiva, 2011) também dá a sua

contribuição, referindo que ninguém se mata para morrer, mas antes como forma desesperante de comunicar a dor. Considera então cinco formas de comportamentos suicidários: desespero do abandono (separação sentida como queda no abismo); raiva narcísica (impulso para a morte); ruminação obsessiva (ninguém consegue entender ou ajudar); para destruir a dor (dor aguda que absorva toda a vida interior) e, para destruir as pessoas que foram abandonadas (vingança).

Segundo o estudo de Kalichman, Heckman, Kochman, Sikkema e Bergholte (2000), as pessoas de meia-idade e mais velhas que vivem com o VIH/SIDA também estão em risco de suicídio. Para estes autores, as questões relacionadas com a morte e o morrer são provavelmente diferentes nestas pessoas do que em pessoas mais jovens. Os resultados obtidos parecem ir ao encontro do estudo acima mencionado, ou seja, parece haver indícios que os indivíduos mais velhos têm um risco maior de cometer o suicídio comparativamente com os indivíduos mais jovens.

A crise permanente em que estes indivíduos (mais velhos) vivem parecem ser resultado da necessidade de adaptação a novas e diversas solicitações existentes no ambiente social, que os levam a cair em situações de conflito, de angústia, não satisfazendo suficientemente a multiplicidade das suas pulsões instintivas, sendo um fator desencadeante de suicídio (Seabra, 2006).

Nos indivíduos mais velhos, reproduzem-se todas as patologias dos indivíduos mais jovens, com especial relevo para a depressão (Seabra, 2006). Em consequência da infeção pelo VIH e da idade, o isolamento social é visível em grande escala. Tendo em conta que a idade média da amostra em causa é de 45 anos e que a maioria dos indivíduos são solteiros, é normal que possam surgir sentimentos de solidão. A solidão acaba por ser um estado permanente de sofrimento emocional que emerge quando estes indivíduos se sentem deslocados, não compreendidos ou rejeitados pelos outros e/ ou quando não têm parceiros sociais adequados para atividades pretendidas, em particular atividades que proporcionem um sentimento de integração social e oportunidades de intimidade emocional (Rook, 1984; Carvalho, 2000, citados por Seabra, 2006). Assim, parece-nos facilmente traçado o caminho que vai da solidão ao suicídio.

6. Conclusões

Este estudo teve como finalidade familiarizar-se com o fenómeno da psicopatologia nos indivíduos infetados pelo VIH/SIDA e da ideação suicida a eles associados, obter uma nova perceção do mesmo e descobrir novas ideias.

Com base no estudo realizado, as perturbações emocionais, nesta população parecem emergir a partir da convergência entre o conhecimento do VIH positivo e a ideia da morte eminente. Quanto mais a ameaça de morte vem de dentro mais paranoide ela tende a torna-se. O delírio, nestes indivíduos, acaba por ser um sintoma produzido, na tentativa de sair da doença, de se curarem. Para amostra em causa, os sintomas psicopatológicos mais frequentes foram a ideação paranoide, a depressão, a obsessão-compulsão e o psicoticismo.

A depressão foi descrita como a doença mais prevalente. No que concerne à idade do diagnóstico do VIH e a progressão do vírus, estas parecem não estar a ser condição necessária para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, nomeadamente sintomas depressivos. Os níveis de depressão parecem depender mais da ausência de uma rede de objetos internos satisfatória do que do tempo de diagnóstico.

Estes indivíduos, ao experienciarem sintomas depressivos de forma mais pura e grave, parecem inserirem-se num quadro de melancolia, chegando ao ponto de encontrar a expressão na auto-recriminação, culminando numa expectativa delirante de punição. O indivíduo prefere acabar consigo mesmo em vez de destruir objeto.

É retratada, também, a presença de sintomas depressivos associados a elevadas taxas de ideação suicida. Nestes indivíduos, o instinto de vida tende a ceder de forma a induzir o indivíduo a buscar a morte. O suicídio parece ser um ataque ao objeto internalizado, sendo que esse ataque é seletivo e visa, simultaneamente, aniquilar a parte má do objeto e preservar a parte boa. Estes indivíduos parecem estar, assim, num dilema permanente entre o luto, em presença, de si próprios, e a denegação luto, porque há medida que ocorre uma perda objetual retirada da consciência (deceção em relação a um ideal) e a redução da auto-estima, parece existir em simultâneo uma perda antecipatória de si mesmo associada à ideia de morte eminente. Para além disso, parece haver indícios que os indivíduos mais velhos têm um risco maior de cometer o suicídio comparativamente com os indivíduos mais jovens.

Os resultados obtidos parecem indicar que são as mulheres seropositivas que se encontram particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos no geral e de sintomas depressivos e que o consumo de álcool e o abuso de drogas poderá apresentar-se como uma tentativa de resolução dos problemas destes indivíduos e/ou como um sintoma de depressão ou em duplo diagnóstico. No que diz respeito à orientação sexual, os indivíduos heterossexuais obtiveram mais sintomas depressivos comparativamente aos indivíduos que não assumiram a sua orientação sexual.

As limitações deste estudo reportam-se à dimensão e heterogeneidade da amostra, pelo que a maioria dos resultados são meramente indicativos e não estatisticamente significativos. É preciso ter em consideração que alguns protocolos foram aplicados oralmente, atendendo às dificuldades de leitura e/ou de compressão surgidas, o que poderá ter enviesado o estudo em algum momento do seu percurso.

Além disso, visto que a Ideação Paranoide foi um fator com grande prevalência e que a “ferida” narcísica parece ser um elemento constituinte do funcionamento psíquico destes indivíduos, talvez fosse interessante, num estudo futuro, averiguar de que forma é que a Ideação Paranoide e o Narcisismo serão determinantes no desenvolvimento de uma Patologia Narcísica/ Borderline nesta população.

De acordo com o anteriormente mencionado, este estudo torna-se pertinente, na medida em que chama a atenção para o impacto do VIH na vida destes indivíduos e, conseqüentemente, para a urgência de intervir,

psicoterapeuticamente, com esta população. Trata-se de indivíduos que são exatamente iguais a quaisquer outros, exceto o facto de estarem a viver com o VIH. Cada indivíduo vivencia o VIH de forma diferente, existem contudo traços comuns. A forma como se veem a eles próprios, como os outros os veem, a forma como se relacionam e a forma como veem o futuro altera-se.

Deste modo, é crucial ter em atenção a importância o papel do Psicólogo neste contexto. A avaliação fornecida pelos Psicólogos no trabalho de equipa torna-se necessária tanto para o diagnóstico como para certas decisões tratamentos; o seu papel terapêutico vem ao encontro das necessidades destes indivíduos, ajudando-os a encarar a doença que ainda reúne estigma, a vivência de preconceitos, rejeição, medos, luto antecipado, culpa e acusação, em que é necessário trabalhar cognitiva e emocionalmente aspetos mais amplos e mais escondidos da sexualidade e do abuso de drogas. Para muitos destes indivíduos, o psicoterapeuta pode ser a única pessoa como quem podem falar livremente. Com o Psicólogo, poderão trabalhar o processo de aceitação de si próprios, da sua condição, da sua sexualidade, do seu corpo, da sua família, dos seus sentimentos de raiva, medo e culpa.

Apesar de todos os recursos médicos colocados à disposição, não existe cura para os pacientes já infetados, apenas existem meios que ajudam a reduzir a transmissão do vírus. Desta forma, a cura para a SIDA torna-se um caminho longo a percorrer. Perante esta realidade, é essencial que médicos, psiquiatras e psicólogos se coliguem numa equipa multidisciplinar de modo a que estes sujeitos tenham acesso a um suporte mais amplo. Um controlo antirretroviral e uma intervenção psicoterapêutica em simultâneo serão necessários, de forma a reduzir os sintomas psicopatológicos e a ideação suicida nesta população.

Bibliografia

- Abrantes, C. I. P. L. L. (2009). *Procedimentos Normalizados para Pesquisa de Informação Clínica sobre Reações Adversas no âmbito da Infecção VIH/SIDA*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra, Portugal.
- Alferes, V. R. (1997). *Investigação Científica em Psicologia: Teoria e prática*. Lisboa: Almedina.
- Almeida, M.R.C.B., & Labronici, L.M. (2007). A trajetória silenciosa de Pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciência: Saúde Coletiva*, 12 (1), 263-274.
- Amaral, G. M. M. S. (2004). *Controlo de Náuseas, Vômitos e Diarreia no Doente Infectado pelo VIH/SIDA*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Barbosa, K. K. S., Vieira, K. F. L., Alves, E. R. P., & Virgínio, N. A. (2012). Sintomas Depressivos e Ideação Suicida em Enfermeiros e Médicos da Assistência Hospitalar. *Rev Enferm UFSM*, 2(3), 515-522.
- Barroso, A. P. D. (2008). *Conhecimentos dos enfermeiros face à infecção VIH/SIDA*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de

- Medicina - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Beaglehole, R et al. (2003). *Epidemiologia básica* (1ª ed.) (M. F. Barata, & C. P. Mendes, Trad.). Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. (Obra original publicada em 1993).
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Scale For Suicide Ideation – Manual*. Estados Unidos da América: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory – Second Edition – Manual*. Estados Unidos da América: The Psychological Corporation.
- Beychok, T. (2005). Depression/Suicide Higher in Women With HIV and IPV. *Psychiatric Times*, 22(5), 31.
- Braga, R. J. (2012). Jean-Jacques Rousseau à Luz da Psicanálise: Algumas Aonsiderações Teóricas acerca da Paranóia. *Revista Cogitationes*, 2(5), 53-73.
- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2010). *Sexualidades em Portugal: comportamentos e riscos* (1ª ed.). Lisboa: Bizâncio.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa*. Vol. III (305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carrico, A. W. (2010). Elevated Suicide Rate Among HIV-Positive Persons Despite Benefits of Antiretroviral Therapy: Implications for stress and Coping Model of Suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 167(2), 117 -119.
- Carvalho, C. M.L., Braga, V. A. B., & Galvão, M. T. G. (2004). AIDS e Saúde Mental: Revisão Bibliográfica. *DST – J bras Doenças Sex Transm*, 16 (4), 50-55.
- Cascais, A. F. (2002). Da virulência. [em linha]. *Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação (BOCC)*. Acedido Janeiro 26, 2013, em <http://www.bocc.ubi.pt/pag/cascais-antonio-fernando-virulencia.pdf>
- Castanha, A. R., Saldanha, A. A. W., Coutinho, M. P. L., Ribeiro, C. G., & Araújo, L. F. (s.d.). A Aids e o Fenômeno da Depressão. [em linha]. *AIDS Congress*. Acedido Fevereiro 04, 2013, em http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=84
- Castro, K. G., Ward, J. W., Slutsker, L., Buehler, J.W., Jaffe, H. W., & Berkelman, R. L. (1993). 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults [em linha]. *Centers for Disease Control and Prevention*. Acedido Janeiro 23, 2013, em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>
- Calalan, J. (1997). The Psychiatry of HIV Infection. *Advances in Psychiatric Treatment*, 3, 17-24.

- Catarino, J. M. N. (2010). *Qualidade de Vida Relacionada com o VIH*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Chaves, C., Ramalho, M. J., Carrilho, A., & Araújo, T. (2005). SIDA e a Mulher. [em linha]. *Instituto Politécnico de Viseu*. Acedido Fevereiro 03 2013, em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium31/8.pdf>
- Ciesla, J. A. & Roberts, J. E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 725-30.
- Cochand, P., & Bovet, P. (1998). HIV infection and suicide risk: an epidemiological inquiry among male homosexuals in Switzerland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 230-234.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Coimbra de Matos, A. (1982). *A propósito do carácter masoquista*. Porto: Tip. Costa Carregal.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *O desespero: Aquém da depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Cook, J. A., Grey, D. D., Burke-Miller, J. K., Cohen, M. H., Vlahov, D., Kapadia, F., ... Levine, A. M. (2007). Illicit drug use, depression and their association with highly active antiretroviral therapy in HIV-positive women. [em linha]. *DeepDyve*. Acedido Janeiro 23, 2013, em <http://www.deepdyve.com/lp/elsevier/illicit-drug-use-depression-and-their-association-with-highly-active-UxTmXLkYZu#>
- Dias, C. A. C. (2008). *A Doença Mental nas Pessoas Portadoras do VIH/SIDA*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Eng, K. T., Liu, E. S., Silverman, M. S., & Berger, A. R. (2000). Lipemia Retinalis in Acquired Immunodeficiency Syndrome Treated With Protease Inhibitors [em linha]. *JAMA Ophthalmology*. Acedido Janeiro 23, 2013, em <http://archophth.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=412925#qundefined>
- Fernandes, P. B. (2010). *Estudo da Depressão nos doentes infectados pelo VIH*. Monografia de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade do Porto, Portugal.
- Frade, M. F. G. (2008). *Conhecimentos, comportamentos e atitudes de mulheres infectadas pelo VIH/SIDA*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Freud, S. (1911). The Case of Schreber: Papers on Technique and Other Works. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol.7. London: The Hogarth Press and the Institute Of Psycho-Analysis.
- Freud, S. (1913). Totem e Tabu e outros trabalhos. Vol. 8. [em linha]. *Plano Nacional de Leitura*. Acedido Julho 15, 2013, em

- http://www.planonacionaldeleitura.gov.pt/clubedeleituras/uploa d/e_livros/clle000164.pdf
- Freud, S. (1914). Introdução ao Narcisismo. In Introdução ao Narcisismo, Ensaio de Metapsicologia e outros textos. Vol. 12. [em linha]. *Companhia das Letras*. Acedido Julho 15, 2013, em <http://www.companhiadasletras.com.br/trechos/12900.pdf>
- Freud, S. (1957). Mourning and Melancholia. In *Complete Psychological Works of S. Freud* (Vol. 14, pp. 243-258). London: Hogart Press. (Obra original publicada em 1917).
- Garcia, A. B., Reis, T. N., Franco, R., Luz, E. C., Miguel, N., & Avilez, F. (2000). Atitudes de risco e seroprevalência do VIH em indivíduos toxicodependentes atendidos no CAT Taipas – Estudo Retrospectivo (1987-1997). *Revista Toxicodependências*, 6 (1), 23-30.
- Gil, A. C. (1991). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (1ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Giovelli, G. R.M. (2009). *Relação entre sintomas de depressão, suporte social, qualidade de vida e adesão ao tratamento em pessoas que vivem com HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Góis, A. C. R. M. (2009). *Impacto Psicossocial do Teste VIH Positivo*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Gomes, A. (2006). *Imagem Corporal na Toxicodependência e VIH / SIDA*. Dissertação de Doutoramento, Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Gouvêa, G. (2004). *Os Estigmas da Promiscuidade e da Morte – Impactos subjetivos diante do diagnóstico da AIDS*. Monografia de Graduação, Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro.
- Grmek, M. (1994). *História da SIDA*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2011). Infecção VIH/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010 [em linha]. *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*. Acedido Janeiro 22, 2013, em http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/DoenacasInfeciosas/Documento_VIH_SIDA_142_31_12_2010.pdf
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2008). Fast Facts about VIH. [em linha]. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*. Acedido Janeiro 17, 2013, em http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimpor t/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_en.pdf
- Kalichman, S. C., Heckman, T., Kochman, A., Sikkema, K., & Bergholte, J. (2000). Depression and Thoughts of Suicide Among Middle-Aged and Older Persons Living With HIV-AIDS. *Psychiatric Services*, 51(7), 903-07.
- Kelly, B., Raphael, B., Judd, F., Perdices, M., Kernutt, G., Burnett, P.,

- ... Burrows, G. (1998). Suicidal ideation, suicide attempts, and HIV infection. *Psychosomatics*, 39 (5), 405-15.
- Kent, L. K. & Blumenfeld, M. (2011). Psychodynamic Psychiatry in the General Medical Setting. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 39(1) 41–62.
- Kessler, R. C. et al. (2008). Comorbid Major Depression and Generalized Anxiety Disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychol Med*, 38(3), 365–374.
- Leite, V. S., Motta, D. D., Junior, M. S., Araujo, S. M., & Pupulin, A. R. R. (2007). Depressão, estresse e alexitimia em pacientes com infecção pelo vírus HIV. *Acta Sci. Health Sci*, 29 (1), 67-71.
- Lyketsos, C. G., Hoover, D. R., Guccione, M. S. M., Dew, M. A., Wesch, J. E., Bing, E. G., & Treisman, G. J. (1996). Changes in depressive symptoms as AIDS develops. *The American Journal of Psychiatry*, 153 (11), 1430-37.
- Lourenço, S. R. P. N., & Afonso, H. G. M. (2009). VIH no feminino: vivência psicológica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 119-24.
- Malbergier, A., & Schöffel, A. C. (2001). Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 160-7.
- Margalho, R. J., Marques, N., Cabral, S., Oliveira, J., Saraiva da Cunha, A. A., & Silvestre, A. M. (2007). Doença Mental e VIH. [em linha]. *O Portal dos Psicólogos*. Acedido Fevereiro 03, 2013, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0364.pdf>
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (1ª ed.). Pero Pinheiro: Report Number.
- Marques, M. A. S. (2000). *A Depressão na Interação Familiar: Um estudo qualitativo da depressão na interação familiar*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Brasil.
- Martinho, A., Barros, P. & Barros, P. (2004). *A Diversidade de Linfócitos T e a sua Importância na Resposta Imunitária Celular Específica*. Manuscrito não publicado. Departamento de Biologia Imunologia – Universidade de Évora, Portugal.
- Marzuk, P. M., Tardiff, K., Leon, A. C., Hirsch, C. S., Hartwell, N., Portera, L., & Iqbal, M. I. (1997). HIV seroprevalence among suicide victims in New York City, 1991-1993. *The American Journal of Psychiatry*. 154(12), 1720-25.
- Matos, M. G., Battistutta, D., Simões, C., Carvalhosa, S. F., Dias, S., & Gonçalves, A. (2003). Conhecimentos e Atitudes sobre o VIH/SIDA em Adolescentes Portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (1), 3-20.
- Monteiro, M. J., & Vasconcelos-Raposo, J. (2006). Contextualizar os Conhecimentos, Atitudes e Crenças face ao VIH/SIDA: Um Contributo para Aperfeiçoar o Caminho a Percorrer. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (1), 125-136.

- Morrison, M. F., et al. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 159, 789-96.
- Moskowitz, J. T. (2003). Positive Affect Predicts Lower Risk of AIDS Mortality. *Psychosomatic Medicine*, 65, 620–626.
- Nandakumar, R. (1999). Depression, suicidality, and HIV. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (5), 801-802.
- Naves, J. O. V., & Féres-Carneiro, T. (2008). A transitoriedade: uma nova leitura. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 11 (4), 626-639.
- Nunes, S. O. V., Abreu, R. E., Hirata, A. L., Nunes, M. V. A., Franco, R. M., & Barbosa, L. R. (2005). Determinação dos diagnósticos de depressão, tentativa de suicídio, gravidez, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doenças sexualmente transmissíveis (DST) em adolescentes e adultos jovens. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 26 (2), 109-118.
- Nunes, I. (2010). Lutar contra o VIH Sida [em linha]. *Abraço VIH notícias*. Acedido Junho 17, 2013, em <https://vihsidanoticias.wordpress.com/2010/04/23/lutar-contr-o-vih-sida/>
- Nunes, I. (2011). *Poderia sere eu: biografias de mulheres que (con)vivem com o VIH* (1ª ed.). Lisboa: Chiado Editora.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (C. Patrocínio, & F. Andersen, Trad.). Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, A. S. (2005). *Impacto do Hospital-Dia nos Níveis de Depressão e Ansiedade de Pacientes HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pelotas, Brasil.
- Oliveira, A. M., Costa, L. F., & Fonseca, C. A. (2006). A Farmáco-Psiquiatria e as Reações Adversas no Uso de Anti-Retrovirais. *Revista Eletrônica de Farmácia*, 3 (2), 31-33.
- Ouakinin, S. (1999). Mediadores de Integração entre o Sistema Nervoso Central e o Sistema Imunitário - A SIDA numa abordagem Psiconeuroimunológica. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1(002), 91-111.
- Pereira, J. (2000). Vírus da Imunodeficiência Humana: introdução histórica. [Em linha]. *Faculdade de Farmácia de Lisboa*, Acedido Janeiro 14, 2013, em <http://www.ordembilogos.pt/Publicacoes/Biologias/HIV%20--%2001Jan01.pdf>.
- Pereira, M. D. A. (2008). *Adaptação na transição para a maternidade em mulheres seropositivas para o VIH: Trajectórias determinantes*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinheiro, M. T. S., Quintella, R. R., & Verztman, J. S. (2010). Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia.

- Psic. Clin., Rio de Janeiro*, 22 (2), 147 – 168.
- Pinto, R. D. P. M. (2011). *Ideação Suicida e Sintomatologia Psicopatológica em Indivíduos Toxicodependentes*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Ciências da Educação e do Património - Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Portugal.
- Prata, M. I. R. B. (2008). *Influência da Terapêutica Anti-retroviral na História Natural da Infecção por VIH*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Ramalho, M. J. (2006). *Ajustamento à Dor na Infecção VIH/SIDA: Estudo Comparativo entre Doentes Infetados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e Doentes Oncológicos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Remor, E. (1997). Contribuições do modelo psicoterapêutico cognitivo na avaliação e tratamento psicológico de uma portadora de HIV. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 10, 249-261.
- Rendo, G. S. C. (2004). *Coerência, complexidade e multiplicidade narrativas no confronto com a seropositividade para o VIH*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia, Departamento de Psicologia - Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Rodrigues, F. J. B. (2006). *Estudo dos comportamentos e riscos nos infectados pelo VIH com e sem co-infecção pelo VHB e/ou VHC*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Santos, J. M. S. (2011). *Alteração do Paradigma da Gestão dos Cuidados à Pessoa com Infecção VIH: Um Modelo centrado nos Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Saraiva, C. B. (2011). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31, (3), 185-205.
- Seabra, D. (2006). Idades Avançadas, da Solidão ao Suicídio. In B. Peixoto, C. B. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Senna, A. C. M. B., Leite, A. F. P., Duarte, C. P., Platon, D., Martins, J. G., Silva, L. C., ... Biagi, N. (2004). Suicídio: Diversos Olhares da Psicologia. *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia*, 5(1), 77-92.
- Siegel, K., & Meyer, I. H. (1999). Hope and resilience in suicide ideation and behavior of gay and bisexual men following notification of HIV infection. *AIDS Education and Prevention*, 11 (1), 53-64.
- Silva, C. I. M. (2005). *Factores de Risco e Vulnerabilidade face ao VIH em Doentes Psiquiátricos*. Dissertação de Mestrado,

- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Simon, R. (2000). Variedades de Depressão e a Teoria da Adaptação: Considerações Psicoterapêuticas [em linha]. In *Palestra sobre Depressão e a Teoria da Adaptação apresentada aos psicólogos e estagiários da Divisão de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP*, São Paulo, 24 Mar. 2000.
- Simoni, J. M., Safren, S. A., Manhart, L. E., Lyda, K., Grossman, C. I., Rao, D., ..., R., Wilson, I. B. (2011). Challenges in Addressing Depression in HIV Research: Assessment, Cultural Context, and Methods. *AIDS and Behavior*, 15, 376–388.
- Sullivan, L. E., Saitz, R., Cheng, D. M., Libman, H., Nunes, D., & Samet, J. K. (2008). The impact of alcohol use on depressive symptoms in HIV – infected patients. *Addiction*. 103(9), 1461–1467.
- Teixeira, M. A. R. (2007). *A Concepção Freudiana de Melancolia: Elementos para uma metapsicologia dos estados de mente melancólicos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil.
- Trivinhos, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Vidinha, M. F. M. (2011). *Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH: a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação de Beja, Portugal.
- Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. P. L. (2008). Representações Sociais da Depressão e do Suicídio Elaboradas por Estudantes de Psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (4), 714-727.
- Vinhas, R. S. A. (2008). *A expressão da Ansiedade e da Depressão em pacientes com VIH/SIDA*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- World Health Organization. (2008). HIV/AIDS and mental health. [Em linha]. *World Health Organization (WHO)*, Acedido Fevereiro 03, 2013, em http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-en.pdf/
- World Health Organization. (s.d.). Suicide. [Em linha]. *World Health Organization (WHO)*, Acedido Janeiro 28, 2013, em <http://www.emro.who.int/health-topics/suicide/>
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos – Teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed editográfica.

Índice de Anexos

- Anexo I.** Autorização da Cáritas Diocesana de Coimbra para a recolha da amostra
- Anexo II.** Consentimento Informado
- Anexo III.** Questionário para recolha de dados Socio-Demográficos
- Anexo IV.** Inventário de Sintomas Psicopatológicos
- Anexo V.** Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição
- Anexo VI.** Escala de Ideação Suicida de Beck
- Anexo VII.** Caraterização da amostra
- Anexo VIII.** Consistência Interna
- Anexo IX.** Estudo da normalidade
- Anexo X.** Caraterização da amostra relativamente às variáveis do BSI
- Anexo XI.** Estatística descritiva para as pontuações do BSI dos estudos psicométricos atuais
- Anexo XII.** Caraterização da amostra relativamente ao BDI-II
- Anexo XIII.** Caraterização da amostra relativamente ao BSS
- Anexo XIV.** Estatísticas descritivas da pontuação total do BSI e do BDI-II no grupo de indivíduos com e sem presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas
- Anexo XV.** Estatísticas descritivas da pontuação total do BSI e do BDI-II no grupo de indivíduos com presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas prévias e consequentes ao diagnóstico de VIH
- Anexo XVI.** Estatísticas descritivas da pontuação total obtida no BSI, na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II, de acordo com a classificação da infeção por VIH, relatada pela população-alvo
- Anexo XVII.** Estatísticas descritivas da pontuação total obtida no BSI, na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II, de acordo com o género
- Anexo XVIII.** Estatísticas descritivas da pontuação total obtida na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II, de acordo com a frequência do consumo de drogas
- Anexo XIX.** Estatísticas descritivas da pontuação total obtida na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II, de acordo com o tipo de comportamento sexual

Anexo I – Autorização da Cáritas Diocesana de Coimbra para a recolha da amostra



Isa Carreira <isacarreira1990@gmail.com>

RE: Amostra para uma Tese de Mestrado da Universidade de Coimbra.

2 mensagens

Sónia Ferreira <soniaferreira@caritascoimbra.pt>

4 de Dezembro de 2012 às 15:16

Responder a: soniaferreira@caritascoimbra.pt

Para isacarreira1990@gmail.com

Cc: sonialopes@caritascoimbra.pt

Ex.ma Senhora

Isa Correia

Vimos pelo presente comunicar a aceitação do seu pedido para efetuar a recolha uma amostra de sujeitos no CAAPviHda+.

Deverá contactar com a Dr.ª Sónia Lopes (925765096) a fim de agendar os dias em que se deslocará ao Centro.

Com os melhores cumprimentos,



Sónia Ferreira

Cáritas Diocesana de Coimbra

Telemóvel 925 418 698

Anexo II - Consentimento Informado

Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, escreva a suas iniciais no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua importante contribuição para esta investigação.

Eu, _____, confirmo que tomei conhecimento dos objetivos do referente estudo e do que tenho de fazer para participar no mesmo. Fui esclarecido (a) sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Compreendi que a minha participação é voluntária e que tenho o direito de abandonar o estudo em qualquer altura, e que isso não terá consequências para mim. Deste modo, declaro que aceito participar na investigação “VIH/SIDA e Psicopatologia”.

Assinatura _____

Data _____

Anexo III - Questionário para recolha de dados Socio-Demográficos

Questionário para recolha de dados Socio-Demográficos

Por favor assinale com o X que melhor se ajusta ao seu caso ou quando necessário, preencha os espaços.

Data: _____

1. Sexo: M F
2. Idade: _____
3. Estado Civil: Solteiro (a) Casado (a) Separado (a)/ Divorciado (a)
Viúvo (a)
4. Escolaridade: Sem escolaridade 1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo
Ensino Secundário Curso Técnico-Profissional Bacharelato
Licenciatura Mestrado ou >
5. Situação Profissional:
 Empregado. (Profissão) _____
 Curso de Formação Profissional. (Qual?)

 Reformado
 Desempregado
6. Fonte de Rendimentos: Ordenado Reforma Rendimento Social de
Inserção Bolsa de Formação Familiares Outros

7. Quais são para si as pessoas mais importantes, com quem partilha os seus
problemas?
 Familiares Companheiro (a) Amigos Ninguém Outros

8. Considera que as pessoas mais significativas para si, lhe dão um suporte/
apoio emocional:
 Muito Bom Bom Suficiente Mau Muito Mau
9. Já lhe foi diagnosticada alguma doença psiquiátrica? Sim Não
Se sim, Qual? _____ Que idade tinha? _____

10. Faz alguma medicação atualmente?

Sim. Qual? _____

Não

11. Consome drogas / álcool? Sim Não

Se sim, Quais? _____

Com que frequência? _____

12. Tipo/s de comportamentos sexuais:

Heterossexual

Homossexual

Bissexual

Infeção VIH/SIDA:

1. Data do diagnóstico: _____

2. Fator de transmissão do VIH/SIDA:

Transmissão sexual:

a) Por contacto heterossexual

b) Por contacto homossexual

c) Por contacto bissexual

Transmissão sanguínea:

a) Por transfusão de sangue ou derivados

b) Por consumo de substâncias psicoativas

Transmissão profissional/ Exposição ocupacional

Desconhece-se o fator de transmissão

3. Se o fator de transmissão para o VIH/SIDA se associa com o consumo de substâncias psicoativas por via endovenosa, qual a atual situação do doente relativamente à toxicodependência?

É consumidor ativo

Encontra-se em programa terapêutico de substituição

Encontra-se em programa terapêutico de abstinência

Está totalmente abstinente. Há quanto tempo? _____

4. Classificação da infeção por VIH

Portador assintomático, primo-infeção, síndrome

linfadenopático

Portador sintomático

Entidade definidora de SIDA

5. O doente faz, ou fez em algum momento do curso da doença, terapêutica antiretroviral? Em que altura foi feita (data aproximada)?

Anexo IV - Inventário de Sintomas Psicopatológicos

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>				
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>				
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>				
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>				
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>				
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>				
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>				
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>				
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>				
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>				
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>				
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>				
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>				
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>				
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>				
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>				
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>				
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>				
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>				
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>				
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>				
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>				
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>				
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>				
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>				
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>				

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortijamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo V - Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição

BDI – II

(Beck, 1971, versão portuguesa Ponciano et al, 2004)

INSTRUÇÕES

Este questionário é constituído por 21 grupos de afirmações. Leia cuidadosamente cada grupo e escolha a frase, **apenas uma frase**, em cada grupo que melhor descreve a maneira como se tem sentido nas **últimas duas semanas, incluindo hoje**. Faça um círculo em torno do algarismo junto da afirmação que escolheu. Se várias afirmações, no mesmo grupo, lhe parecem igualmente adequadas assinale o algarismo mais elevado para esse grupo. Verifique se só respondeu a uma afirmação em cada grupo, incluindo o grupo 16 (Alterações do Padrão do Sono) ou o grupo 18 (Alterações do Apetite).

<p>1. Tristeza</p> <ol style="list-style-type: none">0. Não me sinto triste1. Sinto-me triste a maior parte do tempo2. Estou sempre triste3. Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar <p>2. Pessimismo</p> <ol style="list-style-type: none">0. Não estou desanimado quanto ao futuro1. Sinto-me mais desanimado quanto ao futuro do que habitualmente2. Não tenho esperança que as coisas se resolvam para mim3. Não tenho esperança no meu futuro e penso que só pode piorar <p>3. Fracasso</p> <ol style="list-style-type: none">0. Não me sinto um fracasso1. Falhei mais do que devia2. Quando olho para trás o que vejo é um monte de fracassos3. Acho que, como pessoa, sou um fracasso total	<p>4. Perda de Prazer</p> <ol style="list-style-type: none">0. Tiro prazer das coisas de que gosto como sempre tirei1. Não tiro prazer das coisas como costumava tirar2. Tiro muito pouco prazer das coisas de que costumava gostar3. Não consigo tirar nenhum prazer das coisas de que costumava gostar <p>5. Sentimentos de Culpa</p> <ol style="list-style-type: none">0. Não me sinto particularmente culpado1. Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou que deveria ter feito2. Sinto-me culpado na maior parte do tempo3. Sinto-me permanentemente culpado <p>6. Sentimentos de Punição</p> <ol style="list-style-type: none">0. Não acho que esteja a ser punido1. Acho que posso ser punido2. Estou à espera de ser punido3. Acho que estou a ser punido
--	---

7. Auto-Depreciação

0. Sinto o que sempre senti em relação a mim mesmo
1. Perdi a confiança em mim mesmo
2. Estou decepcionado comigo mesmo
3. Não gosto de mim

8. Auto-Crítica

0. Não me critico ou culpo mais do que o habitual
1. Sou mais crítico comigo do que costumava ser
2. Critico-me por todas as minhas faltas
3. Culpo-me por tudo o que de mal me acontece

9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

0. Não tenho quaisquer ideias de me matar
1. Tenho ideias de me matar, mas não as executaria
2. Gostaria de me matar
3. Matava-me se tivesse oportunidade

10. Choro

0. Não choro mais do que o costume
1. Choro mais do que costumava
2. Choro por pequenas coisas
3. Sinto vontade de chorar mas não consigo

11. Agitação

0. Não estou mais inquieto ou agitado do que o costume
1. Sinto-me mais inquieto do que o costume
2. Estou tão inquieto ou agitado que é difícil manter-me quieto
3. Estou tão inquieto ou agitado que tenho de estar constantemente a mexer-me ou a fazer alguma coisa

12. Perda de Interesse

0. Não perdi o interesse por outras pessoas ou actividades
1. Estou menos interessado noutras pessoas ou coisas do que costumava estar
2. Perdi a maior parte do interesse por outras pessoas ou coisas
3. É difícil interessar-me por qualquer coisa

13. Incapacidade de Decidir

0. Tomo tão bem decisões como sempre
1. Acho mais difícil tomar decisões do que o costume
2. Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que costumava ter
3. Tenho dificuldade em tomar qualquer decisão

14. Falta de valor pessoal

0. Sinto que não sou um inútil
1. Não me considero tão valioso como antes
2. Sinto-me inútil quando me comparo com outras pessoas
3. Sinto-me completamente inútil

15. Perda de energia

0. Tenho tanta energia como sempre tive
1. Tenho menos energia do que costumava ter
2. Não tenho energia suficiente para fazer grande coisa
3. Não tenho energia suficiente para fazer qualquer coisa, seja o que for

16. Alterações do Padrão do Sono

0 Não sofri nenhuma alteração do meu padrão de sono

1a Durmo um pouco mais que o habitual

1b Durmo um pouco menos que o habitual

2a Durmo bastante menos que o habitual

2b Durmo bastante mais que o habitual

3a Durmo a maior parte do dia

3b Acordo 1 a 2 horas mais cedo e não consigo voltar adormecer

17. Irritabilidade

0. Não ando mais irritável do que o costume
1. Ando mais irritável do que o costume
2. Ando muito mais irritável do que o costume
3. Ando permanentemente irritável

18. Alterações do Apetite

0 Não notei nenhuma mudança no meu apetite

1a Tenho um pouco menos de apetite do que o costume

1b Tenho um pouco mais de apetite do que o costume

2a Tenho muito menos apetite do que antes

2b Tenho muito mais apetite do que antes

3a Não tenho apetite nenhum

3b Tenho um desejo constante de comer

19. Dificuldade de Concentração

0. Consigo concentrar-me tão bem como sempre
1. Não consigo concentrar-me tão bem como de costume
2. É difícil manter a minha atenção, nalguma coisa, por muito tempo
3. Noto que não me consigo concentrar em nada

20. Cansaço ou Fadiga

0. Não estou mais cansado ou fatigado do que o costume
1. Canso-me ou fatigo-me mais do que o costume
2. Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer muitas das coisas que costumava fazer
3. Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer

21. Perda de interesse em Sexo

0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
1. Estou menos interessada por sexo do que costumava
2. Estou muito menos interessado por sexo, agora
3. Perdi completamente o interesse por sexo

Pontuação Total

Anexo VI - Escala de Ideação Suicida de Beck

BSS

INSTRUÇÕES

Por favor leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo. Assinale a questão, em cada grupo, que melhor descreve como se tem sentido na **última semana, incluindo hoje**. Confirme que leu todas as afirmações em cada grupo antes de fazer uma escolha.

Parte 1

<p>1.</p> <p>0. Eu tenho um desejo moderado a forte de viver</p> <p>1. Eu tenho um desejo fraco de viver</p> <p>2. Eu não tenho qualquer desejo de viver</p> <p>2.</p> <p>0. Eu não tenho qualquer desejo de morrer</p> <p>1. Eu tenho um desejo fraco de morrer</p> <p>2. Eu tenho um desejo moderado a forte de morrer</p> <p>3.</p> <p>0. As minhas razões para viver superam as minhas razões para morrer</p> <p>1. As minhas razões para viver e morrer são ambas iguais</p> <p>2. As minhas razões para morrer superam as minhas razões para viver</p>	<p>4.</p> <p>0. Eu não tenho qualquer desejo de me matar</p> <p>1. Eu tenho um desejo fraco de me matar</p> <p>2. Eu tenho um desejo moderado a forte de me matar</p> <p>5.</p> <p>0. Eu tentaria salvar a minha vida se me encontrasse numa situação de ameaça de vida</p> <p>1. Eu deixaria ao acaso viver ou morrer se me encontrasse numa situação de ameaça de vida</p> <p>2. Eu não tomaria os passos necessários para evitar a morte se me encontrasse numa situação de ameaça de vida</p> <p>Se assinalou as afirmações zero em ambos os grupos 4 e 5 acima, avance para o grupo 20. Se marcou um 1 ou 2, quer no grupo 4 quer no 5, então vire a página e vá para o grupo 6.</p>
--	--

<p>20.</p> <p>0. Eu nunca tentei o suicídio</p> <p>1. Eu tentei o suicídio uma vez</p> <p>2. Eu tentei o suicídio duas ou mais vezes</p> <p>Se anteriormente tentou o suicídio, por favor continue com o próximo grupo de afirmações.</p> <p>21.</p> <p>0. O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era baixo</p> <p>1. O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era moderado</p> <p>2. O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era elevado</p>

_____ **Subtotal Parte 1**

_____ **Subtotal Parte 2**

_____ **Pontuação Total**

<p>6.</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Eu tenho breves períodos de pensamento acerca de me matar, que passam rapidamente 1. Eu tenho períodos de pensamento acerca de me matar, que duram um tempo moderado 2. Eu tenho longos períodos de pensamento acerca de me matar <p>7.</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Eu raramente ou apenas ocasionalmente penso em me matar 1. Eu tenho pensamentos constantes acerca de me matar 2. Eu penso continuamente em me matar <p>8.</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Eu não aceito a ideia de me matar 1. Eu não aceito nem rejeito a ideia de me matar 2. Eu aceito a ideia de me matar <p>9.</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Eu consigo conter-me de cometer suicídio 1. Eu estou incerto de que consigo conter-me de cometer suicídio 2. Eu não consigo conter-me de cometer suicídio <p>10.</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Eu não me mataria por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc. 1. Eu estou algo preocupado acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc. 2. Eu não estou preocupado ou apenas um pouco acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc. 	<p>11.</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. As minhas razões para querer cometer suicídio são apontadas primariamente a influenciar outras pessoas, como a vingarme de pessoas, fazer pessoas mais felizes, fazer prestarem-me atenção, etc. 1. As minhas razões para querer cometer suicídio não estão apenas apontadas a influenciar outras pessoas, mas também representam um meio de resolver os meus problemas 2. As minhas razões para querer cometer suicídio são baseadas primariamente em escapar aos meus problemas <p>12.</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Eu não tenho um plano específico acerca de como me matar 1. Eu tenho considerado formas de me matar, mas não trabalhei os detalhes 2. Eu tenho um plano específico para me matar <p>13.</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Eu não tenho acesso a um método ou a uma oportunidade para me matar 1. O método que eu usaria para cometer suicídio demora tempo, e eu realmente não tenho uma boa oportunidade para usar esse método 2. Eu tenho acesso ou antecipo ter acesso ao método que eu escolheria para me matar e também tenho ou terei a oportunidade para o usar <p>14.</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Eu não tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio 1. Eu estou incerto de que tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio 2. Eu tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio <p>15.</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Eu não espero fazer uma tentativa de suicídio 1. Eu estou incerto de que farei uma tentativa de suicídio 2. Eu estou certo de que farei uma tentativa de suicídio
---	---

Parte 2

<p>16.</p> <ul style="list-style-type: none">0. Eu não fiz quaisquer planos para cometer o suicídio1. Eu fiz alguns planos para cometer o suicídio2. Eu quase acabei ou completei os meus planos para cometer o suicídio <p>17.</p> <ul style="list-style-type: none">0. Eu não escrevi um recado/carta de suicídio1. Eu pensei em escrever um recado/carta de suicídio ou comecei a escrever um/a, mas ainda não o/a completei2. Eu completei um/a recado/carta de suicídio <p>18.</p> <ul style="list-style-type: none">0. Eu não fiz quaisquer planos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio1. Eu pensei acerca de fazer alguns planos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio2. Eu fiz planos definitivos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio	<p>19.</p> <ul style="list-style-type: none">0. Eu não escondi o meu desejo de me matar das outras pessoas1. Eu contive-me de contar às pessoas acerca de querer matar-me2. Eu tentei esconder, ocultar, ou mentir acerca de querer cometer o suicídio
	<p>Vá para o grupo 20.</p>

Anexo VII - Caracterização da amostra

Quadro 1. Caracterização da amostra relativamente às variáveis Sociodemográficas

Questionário Socio-Demográfico	N	M	DP
Sexo	22	1.18	0.395
Idade	22	45.14	6.592
Estado Civil	22	1.73	1.077
Escolaridade	22	1.95	1.046
Situação Profissional	22	3.27	1.077
Profissão	22	0.14	0.468
Curso de Formação Profissional	22	0.05	0.213
Fonte de Rendimentos	22	3.32	1.524
Pessoas mais significativas com quem partilha os problemas	22	4.36	1.814
Qualidade de apoio emocional das pessoas mais significativas	22	2.41	1.333
Presença de Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas	22	1.59	0.503
Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas	22	1.68	2.514
Idade do Diagnóstico da Doença Psiquiátrica	22	3.14	5.947
Medicação (antirretrovirais não incluídos)	22	1.41	0.590
Tipo de Medicação	22	2.42	3.168
Consumo de Drogas	22	1.68	0.477
Tipo de Drogas	22	2.09	3.463
Frequência do Consumo de Drogas	22	1.45	1.057
Tipo de Comportamentos Sexuais	22	0.95	0.844
Idade do Diagnóstico (VIH/SIDA)	22	10.55	4.896
Fator de transmissão do VIH/SIDA	22	2.14	1.125
Transmissão Sexual	22	3.05	1.463
Transmissão Sanguínea	22	0.77	0.922
Situação do doente relativamente à toxicodependência	22	1.32	1.673
Tempo de Abstinência	22	0.96	3.621
Classificação da infeção por VIH	22	1.64	0.492
Terapêutica Antiretrovívica	22	1.18	0.395
Data aproximada da terapêutica antiretrovívica	22	0.82	0.395

Quadro 2. Caracterização da amostra relativamente à variável “Sexo”

	N	Percentagem (%)
Masculino	18	81.8
Feminino	4	18.2
Total	22	100.0

Quadro 3. Caracterização da amostra relativamente à variável “Idade”

	N	Percentagem (%)
32	1	4.5
34	1	4.5
36	1	4.5
39	1	4.5
41	1	4.5
42	2	9.1
43	1	4.5
44	4	18.2
45	1	4.5
46	1	4.5
48	1	4.5
49	1	4.5
50	1	4.5
53	3	13.6
55	1	4.5
56	1	4.5
Total	22	100.0

Quadro 4. Caracterização da amostra relativamente à variável “Estado Civil”

	N	Percentagem (%)
Solteiro	14	63.6
Casado	2	9.1
Separado (a)/ Divorciado (a)	4	18.2
Viúvo (a)	2	9.1
Total	22	100.0

Quadro 5. Caracterização da amostra relativamente à variável “Escolaridade”

	N	Percentagem (%)
Sem Escolaridade	1	4.5
1.º Ciclo	9	40.9
2.º Ciclo	2	9.1
3.º Ciclo	10	45.5
Total	22	100.0

Quadro 6. Caracterização da amostra relativamente à variável “Profissão”

	N	Percentagem (%)
Nenhuma	20	90.0
Ajudante de Ação Direta	1	4.5
Várias	1	4.5
Total	22	100.0

Quadro 7. Caracterização da amostra relativamente à variável “Curso de Formação Profissional”

	N	Percentagem (%)
Nenhum	21	95.5
Assistente Administrativo	1	4.5
Total	22	100.0

Quadro 8. Caracterização da amostra relativamente à variável “Fonte de Rendimentos”

	N	Percentagem (%)
Reforma	7	31.8
RSI	10	45.5
Bolsa de Formação	1	4.5
Não tem	3	13.6
Outros	1	4.5
Total	22	100.0

Quadro 9. Caracterização da amostra relativamente à variável “Pessoas mais significativas com quem partilha os problemas”

	N	Percentagem (%)
Familiares	2	9.1
Amigos	6	27.3
Outros	3	13.6
Familiares e Amigos	5	22.7
Familiares. Companheiro (a) e Amigos	1	4.5
Familiares e Outros	1	4.5
Ninguém	4	18.2
Total	22	100.0

Quadro 10. Caracterização da amostra relativamente à variável “Qualidade de apoio emocional das pessoas mais significativas”

	N	Percentagem (%)
Não Respondeu	1	4.5
Muito Bom	6	27.3
Bom	3	13.6
Suficiente	9	40.9
Mau	1	4.5
Muito Mau	2	9.1
Total	22	100.0

Quadro 11. Caracterização da amostra relativamente à variável “Presença de Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas”

	N	Percentagem (%)
Sim	9	40.9
Não	13	59.1
Total	22	100.0

Quadro 12. Caracterização da amostra relativamente à variável “Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas”

	N	Percentagem (%)
Nenhuma	13	59.1
Depressão	3	13.6
Epilepsia	2	9.1
Esquizofrenia	1	4.5
Perturbação da Ansiedade	1	4.5
Depressão e Perturbação Bipolar	1	4.5
Claustrofobia. Esquizofrenia e Perturbação Bipolar	1	4.5
Total	22	100.0

Quadro 13. Caracterização da amostra relativamente à variável “Idade do Diagnóstico da Doença Psiquiátrica ou Neurológica (em anos)”

	N	Percentagem (%)
0	13	59.1
1	2	9.1
2	3	13.6
13	1	4.5
14	1	4.5
16	1	4.5
18	1	4.5
Total	22	100.0

Quadro 15. Caracterização da amostra relativamente à variável “Medicação (antirretrovirais não incluídos)”

	N	Percentagem (%)
Sim	10	45.5
Não	12	54.5
Total	22	100.0

Quadro 16. Caracterização da amostra relativamente à variável “Tipo de Medicação (antirretrovirais não incluídos)”

	N	Percentagem (%)
Nenhuma	12	54.5
Ansiedade	1	4.5
Epilepsia	2	9.1
Hepatite C	1	4.5
Asma	1	4.5
Calmanes	1	4.5
Depressão	2	9.1
Diabetes	1	4.5
Calmanes e Depressão	1	4.5
Total	22	100.0

Quadro 17. Caracterização da amostra relativamente à variável “Consumo de Drogas”

	N	Percentagem (%)
Sim	7	31.8
Não	15	68.2
Total	22	100.0

Quadro 18. Caracterização da amostra relativamente à variável “Tipo de Drogas”

	N	Percentagem (%)
Nenhuma	15	68.2
Haxixe	2	9.1
Subutex	1	4.5
Cocaína e Psicotrópicas	1	4.5
Álcool e Cocaína	1	4.5
Álcool e Psicotrópicas	1	4.5
Álcool. Cocaína. Haxixe e	1	4.5
Heroína		
Total	22	100.0

Quadro 19. Caracterização da amostra relativamente à variável “Frequência do Consumo de Drogas”

	N	Percentagem (%)
Nunca	3	13.6
No Passado	12	54.5
No Presente	1	4.5
No Passado e no Presente	6	27.3
Total	22	100.0

Quadro 20. Caracterização da amostra relativamente à variável “Tipo de Comportamentos Sexuais”

	N	Percentagem (%)
Não Respondeu	6	27.3
Heterossexual	13	59.1
Homossexual	1	4.5
Bissexual	2	9.1
Total	22	100.0

Quadro 21. Caracterização da amostra relativamente à variável “Idade do Diagnóstico (VIH/SIDA) em anos”

	N	Percentagem (%)
2	1	4.5
4	3	13.6
8	4	18.2
9	2	9.1
10	3	13.6
11	1	4.5
12	1	4.5
14	2	9.1
15	1	4.5
17	1	4.5
18	2	9.1
19	1	4.5
Total	22	100.0

Quadro 22. Caracterização da amostra relativamente à variável “Fator de transmissão do VIH/SIDA”

	N	Percentagem (%)
Transmissão Sexual	7	31.8
Transmissão Sanguínea	10	45.5
Desconhece-se o fator de transmissão	5	22.7
Total	22	100.0

Quadro 23. Caracterização da amostra relativamente à variável “Transmissão Sexual”

	N	Percentagem (%)
Não Respondeu	1	4.5
Por contato Heterossexual	5	22.7
Por contato Homossexual	1	4.5
Outro fator de transmissão	15	68.2
Total	22	100.0

Quadro 24. Caracterização da amostra relativamente à variável “Transmissão Sanguínea”

	N	Percentagem (%)
Por transfusão de sangue ou derivados	3	13.6
Por consumo de substâncias psicoativas	7	31.8
Outro fator de transmissão	12	54.5
Total	22	100.0

Quadro 25. Caracterização da amostra relativamente à variável “Situação do doente relativamente à toxicod dependência”

	N	Percentagem (%)
O fator de transmissão para o VIH/SIDA não se associa com o consumo de substâncias psicoativas por via envenenosa	12	54.5
É consumidor ativo	1	4.5
Encontra-se em programa terapêutico de substituição	4	18.2
Está totalmente abstinente	5	22.7
Total	22	100.0

Quadro 26. Caracterização da amostra relativamente à variável “Tempo de Abstinência (em anos)”

	N	Percentagem (%)
0.00	17	77.3
0.08	1	4.5
0.42	1	4.5
1.50	1	4.5
2.00	1	4.5
17.00	1	4.5
Total	22	100.0

Quadro 27. Caracterização da amostra relativamente à variável “Classificação da infeção por VIH”

	N	Percentagem (%)
Portador assintomático. primo-infeção. síndrome linfadenopático	8	36.4
Portador sintomático	14	63.6
Total	22	100.0

Quadro 28. Caracterização da amostra relativamente à variável “Terapêutica Antiretroviral”

	N	Percentagem (%)
Sim	18	81.8
Não	4	18.2
Total	22	100.0

Quadro 29. Caracterização da amostra relativamente à variável “Data aproximada da terapêutica antiretroviral”

	N	Percentagem (%)
Não fez	4	18.2
Desde o Diagnóstico	18	81.8
Total	22	100.0

Anexo VIII – Consistência Interna

Quadro 1. Consistência interna do BSI na amostra em estudo

	N	Itens	α
BSI - Geral	22	53	0.967
BSI - Somatização	22	7	0.849
BSI – Obsessão- Compulsão	22	6	0.832
BSI – Sensibilidade Interpessoal	22	4	0.494
BSI - Depressão	22	6	0.800
BSI - Ansiedade	22	6	0.897
BSI - Hostilidade	22	5	0.750
BSI – Ansiedade Fóbica	22	5	0.737
BSI – Ideação Paranoide	22	5	0.754
BSI - Psicoticismo	22	5	0.860

Quadro 2. Consistência interna do BDI – II na amostra em estudo

	N	Itens	α
BDI - II	22	21	0.890

Quadro 3. Consistência interna do BSS na amostra em estudo

	N	Itens	α
BSS - Detecção	22	5	0.943

Anexo IX – Estudo da normalidade

Quadro 1. Teste de Normalidade do Questionário Socio-Demográfico na amostra em estudo (Teste de *Shapiro-Wilk*)

Questionário Socio-Demográfico	N	Statistic	p (Sig.)
Sexo	22	0.474	0.000
Idade	22	0.965	0.589
Estado Civil	22	0.692	0.000
Escolaridade	22	0.764	0.000
Situação Profissional	22	0.692	0.000
Profissão	22	0.333	0.000
Curso de Formação Profissional	22	0.221	0.000
Fonte de Rendimentos	22	0.750	0.000
Pessoas mais significativas com quem partilha os problemas	22	0.950	0.312
Qualidade de apoio emocional das pessoas mais significativas	22	0.905	0.038
Presença de Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas	22	0.628	0.000
Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas	22	0.719	0.000
Idade do Diagnóstico da Doença Psiquiátrica	22	0.577	0.000
Medicação (antirretrovirais não incluídos)	22	0.738	0.000
Tipo de Medicação	22	0.762	0.000
Consumo de Drogas	22	0.590	0.000
Tipo de Drogas	22	0.652	0.000
Frequência do Consumo de Drogas	22	0.779	0.000
Tipo de Comportamentos Sexuais	22	0.761	0.000
Idade do Diagnóstico (VIH/SIDA)	22	0.951	0.334
Fator de transmissão do VIH/SIDA	22	0.768	0.000
Transmissão Sexual	22	0.644	0.000
Transmissão Sanguínea	22	0.703	0.000
Situação do doente relativamente à toxicodependência	22	0.726	0.000
Tempo de Abstinência	22	0.290	0.000
Classificação da infeção por VIH	22	0.613	0.000
Terapêutica Antiretrovítica	22	0.474	0.000
Data aproximada da terapêutica antiretrovítica	22	0.474	0.000

Quadro 2. Teste de Normalidade do BSI na amostra em estudo (Teste de Shapiro-Wilk)

BSI	N	Statistic	p (Sig.)
Somatização	22	0.889	0.018
Obsessão-Compulsão	22	0.931	0.127
Sensibilidade Interpessoal	22	0.958	0.441
Depressão	22	0.967	0.640
Ansiedade	22	0.888	0.017
Hostilidade	22	0.930	0.121
Ansiedade Fóbica	22	0.856	0.004
Ideação Paranoide	22	0.935	0.159
Psicoticismo	22	0.908	0.044

Quadro 3. Teste de Normalidade do BDI-II na amostra em estudo (Teste de Shapiro-Wilk)

BDI-II	N	Statistic	p (Sig.)
Tristeza	22	0.740	0.00
Pessimismo	22	0.814	0.001
Fracasso	22	0.813	0.001
Perda de Prazer	22	0.833	0.002
Sentimentos de Culpa	22	0.794	0.000
Sentimentos de Punição	22	0.690	0.000
Auto-Depreciação	22	0.689	0.000
Auto-Crítica	22	0.859	0.005
Pensamentos ou Desejos Suicidas	22	0.651	0.000
Choro	22	0.717	0.000
Agitação	22	0.804	0.001
Perda de Interesse	22	0.642	0.000
Incapacidade de Decidir	22	0.812	0.001
Falta de Valor Pessoal	22	0.687	0.000
Perda de Energia	22	0.812	0.001
Alterações do Padrão do Sono	22	0.804	0.001
Irritabilidade	22	0.730	0.000
Alterações do Apetite	22	0.787	0.000
Falta de Valor Pessoal	22	0.687	0.000
Dificuldades de Concentração	22	0.812	0.001
Cansaço ou Fadiga	22	0.859	0.005
Perda de Interesse em Sexo	22	0.714	0.000

Quadro 4. Teste de Normalidade do BSS - Detecção na amostra em estudo (Teste de Shapiro-Wilk)

BSS - Detecção	N	Statistic	p (Sig.)
Desejo de Viver	22	0.423	0.000
Desejo de Morrer	22	0.496	0.000
Razões para Viver ou para Morrer	22	0.603	0.000
Tentativa de Suicídio Ativa	22	0.489	0.000
Tentativa de Suicídio Passiva	22	0.333	0.000

Anexo X – Caracterização da amostra relativamente às variáveis do BSI

Quadro 1. Caracterização da amostra relativamente às variáveis do BSI-Geral

	N	M	DP	Mínimo	Máximo
Somatização	22	0.890	0.748	0.00	2.43
Obsessão-Compulsão	22	1.386	0.909	0.17	3.33
Sensibilidade Interpessoal	22	1.125	0.747	0.00	2.50
Depressão	22	1.477	0.909	0.00	3.33
Ansiedade	22	0.917	0.873	0.00	2.83
Hostilidade	22	1.064	0.820	0.00	2.60
Ansiedade Fóbica	22	0.700	0.748	0.00	2.80
Ideação Paranoide	22	1.748	0.945	0.20	3.20
Psicoticismo	22	1.164	1.034	0.00	3.20
Pontuação Total BSI	22	62.73	38.438	7	142
Índice Geral de Sintomas	22	1.184	0.725	0.13	2.68
Total de Sintomas Positivos	22	30.59	14.831	5	50
Índice de Sintomas Positivos	22	1.953	0.495	1.09	3.23

Quadro 2. Caracterização da amostra relativamente às variáveis do BSI-População Geral (ISP < 1.7)

	N	M	DP	Mínimo	Máximo
Somatização	7	0.449	0.416	0.00	1.00
Obsessão-Compulsão	7	0.714	0.405	0.17	1.33
Sensibilidade Interpessoal	7	0.679	0.718	0.00	2.00
Depressão	7	0.929	0.719	0.00	2.17
Ansiedade	7	0.548	0.516	0.00	1.33
Hostilidade	7	0.829	0.734	0.00	1.60
Ansiedade Fóbica	7	0.400	0.693	0.00	1.60
Ideação Paranoide	7	0.971	0.836	0.20	2.20
Psicoticismo	7	0.400	0.503	0.00	1.20
Pontuação Total BSI	7	35.57	24.946	7	76
Índice Geral de Sintomas	7	0.671	0.471	0.13	1.43
Total de Sintomas Positivos	7	24.00	14.967	5	45
Índice de Sintomas Positivos	7	1.421	0.202	1.09	1.69

Quadro 3. Caracterização da amostra relativamente às variáveis do BSI-Perturbações Emocionais (ISP \geq 1.7)

	N	M	DP	Mínimo	Máximo
Somatização	15	1.095	0.789	0.14	2.43
Obsessão-Compulsão	15	1.700	0.916	0.33	3.33
Sensibilidade Interpessoal	15	1.333	0.686	0.25	2.50
Depressão	15	1.733	0.893	0.50	3.33
Ansiedade	15	1.089	0.963	0.00	2.83
Hostilidade	15	1.173	0.858	0.00	2.60
Ansiedade Fóbica	15	0.840	0.753	0.00	2.80
Ideação Paranoide	15	2.107	0.774	0.80	3.20
Psicoticismo	15	1.520	1.033	0.00	3.20
Pontuação Total BSI	15	75.40	37.532	21	142
Índice Geral de Sintomas	15	1.423	0.708	0.40	2.68
Total de Sintomas Positivos	15	33.67	14.216	11	50
Índice de Sintomas Positivos	15	2.202	0.377	1.86	3.23

Quadro 4. Caracterização da amostra relativamente às variáveis do BSI-População Geral (ISP <1.7) comparativamente às variáveis do BSI-Perturbações Emocionais (ISP \geq 1.7)

	População Geral			Perturbações Emocionais		
	N	M	DP	N	M	DP
Somatização	7	0.449	0.416	15	1.095	0.789
Obsessão-Compulsão	7	0.714	0.405	15	1.700	0.916
Sensibilidade Interpessoal	7	0.679	0.718	15	1.333	0.686
Depressão	7	0.929	0.719	15	1.733	0.893
Ansiedade	7	0.548	0.516	15	1.089	0.963
Hostilidade	7	0.829	0.734	15	1.173	0.858
Ansiedade Fóbica	7	0.400	0.693	15	0.840	0.753
Ideação Paranoide	7	0.971	0.836	15	2.107	0.774
Psicoticismo	7	0.400	0.503	15	1.520	1.033
Pontuação Total BSI	7	35.57	24.946	15	75.40	37.532
Índice Geral de Sintomas	7	0.671	0.471	15	1.423	0.708
Total de Sintomas Positivos	7	24.00	14.967	15	33.67	14.216
Índice de Sintomas Positivos	7	1.421	0.202	15	2.202	0.377

Anexo XI – Estatística descritiva para as pontuações do BSI dos estudos psicométricos atuais [Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa. Vol. III* (305-331). Coimbra: Quarteto Editora]

Variáveis	População Geral		Perturbações Emocionais	
	M	DP	M	DP
Somatização	0.573	0.916	1.355	1.004
Obsessão-Compulsão	1.290	0.878	1.924	0.925
Sensibilidade Interpessoal	0.958	0.727	1.597	1.003
Depressão	0.893	0.722	1.828	1.051
Ansiedade	0.942	0.766	1.753	0.940
Hostilidade	0.894	0.784	1.411	0.904
Ansiedade Fóbica	0.418	0.663	1.020	0.929
Ideação Paranoide	1.063	0.789	1.532	0.850
Psicoticismo	0.668	0.614	1.403	0.825
ÍGS	0.835	0.480	1.430	0.705
TSP	26.993	11.724	37.349	12.166
ISP	1.561	0.385	2.111	0.595

Anexo XII – Caracterização da amostra relativamente ao BDI-II

Quadro 1. Caracterização da amostra relativamente às variáveis do BDI-II

Itens	N	M	DP
Tristeza	22	0.73	0.935
Pessimismo	22	1.41	1.260
Fracasso	22	0.91	0.750
Perda de Prazer	22	0.91	0.921
Sentimentos de Culpa	22	1.05	0.722
Sentimentos de Punição	22	0.82	1.181
Auto-Depreciação	22	0.77	1.110
Auto-Crítica	22	1.18	1.006
Pensamentos ou Desejos Suicidas	22	0.64	1.049
Choro	22	1.05	1.290
Agitação	22	1.18	1.220
Perda de Interesse	22	0.59	1.008
Incapacidade de Decidir	22	1.09	1.151
Falta de Valor Pessoal	22	0.55	0.858
Perda de Energia	22	1.14	0.834
Alterações do Padrão do Sono	22	0.82	0.733
Irritabilidade	22	0.64	0.902
Alterações do Apetite	22	0.86	1.037
Dificuldades de Concentração	22	0.95	0.785
Cansaço ou Fadiga	22	1.18	1.006
Perda de Interesse em Sexo	22	0.50	0.673

Quadro 2. Caracterização da amostra relativamente ao Ponto de Corte do BDI-II

	Frequência	Percentagem
Sintomatologia depressiva “mínima”	7	31.8
Sintomatologia depressiva “ligeira”	6	27.3
Sintomatologia depressiva “moderada”	4	18.2
Sintomatologia depressiva “grave” ou “severa”	5	22.7
Total	22	100.0

Anexo XIII – Caracterização da amostra relativamente ao BSS

Quadro 1. Caracterização da amostra relativamente às variáveis do BSS – Detecção

Itens	N	M	DP
Desejo de Viver	22	0.18	0.501
Desejo de Morrer	22	0.23	0.528
Razões para Viver ou para Morrer	22	0.36	0.658
Tentativa de Suicídio Ativa	22	0.27	0.631
Tentativa de Suicídio Passiva	22	0.14	0.468

Quadro 2. Caracterização da amostra relativamente ao “número de anteriores tentativas de suicídio” do BSS

	Frequência	Percentagem
Nenhuma	16	72.7
Uma tentativa	1	4.5
Duas ou mais tentativas	5	22.7
Total	22	100.0

Anexo XIV – Estatísticas descritivas da pontuação total do BSI e do BDI-II no grupo de indivíduos com e sem presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas

Quadro 1. Estatísticas descritivas da pontuação total do BSI no grupo de indivíduos com e sem presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas

Presença de Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas	Pontuação Total do BSI				
	N	M	DP	Min.	Máx.
Sim	9	81.89	43.027	7	142
Não	13	49.46	29.753	12	111

Quadro 2. Estatísticas descritivas da pontuação total do BDI-II no grupo de indivíduos com e sem presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas

Presença de Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas	Pontuação Total do BDI-II				
	N	M	M	Min.	Máx.
Sim	9	25.44	25.44	3	45
Não	13	14.46	14.46	4	29

Anexo XV – Estatísticas descritivas da pontuação total do BSI e do BDI-II no grupo de indivíduos com presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas prévias e consequentes ao diagnóstico de VIH

Quadro 1. Estatísticas descritivas da pontuação total do BSI no grupo de indivíduos com presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas prévias e consequentes ao diagnóstico de VIH

Presença de Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas	Pontuação Total do BSI				
	N	M	DP	Min.	Máx.
Prévias ao Diagnóstico de VIH	4	64.50	38.717	7	88
Consequentes ao Diagnóstico de VIH	5	95.80	45.102	40	142

Quadro 2. Estatísticas descritivas da pontuação total do BDI-II no grupo de indivíduos com presença de doenças psiquiátricas ou neurológicas prévias e consequentes ao diagnóstico de VIH

Presença de Doenças Psiquiátricas ou Neurológicas	Pontuação Total do BDI-II				
	N	M	DP	Min.	Máx.
Prévias ao Diagnóstico de VIH	4	19.00	13.089	3	32
Consequentes ao Diagnóstico de VIH	5	30.60	12.381	15	45

Anexo XVI – Estatísticas descritivas da pontuação total obtida no BSI, na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II, de acordo com a classificação da infecção por VIH, relatada pela população-alvo

Quadro 1. Estatísticas descritivas da pontuação total obtida no BSI, de acordo com a classificação da infecção por VIH, relatada pela população-alvo

Classificação da infecção por VIH	Pontuação Total do BSI				
	N	M	DP	Min.	Máx.
Portador assintomático, primo-infecção, síndrome linfadenopático	8	72.00	44.948	12	142
Portador sintomático	14	57.43	34.866	7	114

Quadro 2. Estatísticas descritivas da pontuação total obtida na sub-escala Depressão do BSI, de acordo com a classificação da infecção por VIH, relatada pela população-alvo

Classificação da infecção por VIH	BSI - Sub-escala Depressão				
	N	M	DP	Min.	Máx.
Portador assintomático, primo-infecção, síndrome linfadenopático	8	1.69	0.965	0.50	3.33
Portador sintomático	14	1.36	0.888	0.00	3.00

Quadro 3. Estatísticas descritivas da pontuação total obtida no BDI-II, de acordo com a classificação da infecção por VIH, relatada pela população-alvo

Classificação da infecção por VIH	Pontuação Total do BDI-II				
	N	M	DP	Min.	Máx.
Portador assintomático, primo-infecção, síndrome linfadenopático	8	22.88	14.257	5	45
Portador sintomático	14	16.71	9.675	3	31

Anexo XVII – Estatísticas descritivas da pontuação total obtida no BSI, na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II, de acordo com o gênero

Quadro 1. Estatísticas descritivas da pontuação total obtida no BSI, de acordo com o gênero

Gênero	Pontuação Total do BSI				
	N	M	DP	Min.	Máx.
Masculino	18	58.00	38.626	7	142
Feminino	4	84.00	33.912	45	127

Quadro 2. Estatísticas descritivas da pontuação total obtida na sub-escala Depressão do BSI, de acordo com o gênero

Gênero	BSI - Sub-escala Depressão				
	N	M	DP	Min.	Máx.
Masculino	18	1.35	0.936	0.00	3.33
Feminino	4	2.04	0.551	1.33	2.67

Quadro 3. Estatísticas descritivas da pontuação total obtida no BDI-II, de acordo com o gênero

Gênero	Pontuação Total do BDI-II				
	N	M	DP	Min.	Máx.
Masculino	18	17.06	10.919	3	45
Feminino	4	27.50	12.234	11	40

Anexo XVIII – Estatísticas descritivas da pontuação total obtida na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II, de acordo com a frequência do consumo de drogas

Quadro 1. Estatísticas descritivas da pontuação total obtida na sub-escala Depressão do BSI, de acordo com a frequência do consumo de drogas

Frequência do Consumo de Drogas	BSI - Sub-escala Depressão				
	N	M	DP	Min.	Máx.
Nunca	3	1.61	0.585	1.00	2.17
No Passado	12	1.08	0.857	0.00	3.00
No Presente	1	3.33	-	3.33	3.33
No Passado e no Presente	6	1.89	0.664	1.00	2.67

Quadro 2. Estatísticas descritivas da pontuação total obtida no BDI-II, de acordo com a frequência do consumo de drogas

Frequência do Consumo de Drogas	Pontuação Total do BDI-II				
	N	M	DP	Min.	Máx.
Nunca	3	17.33	13.650	5	32
No Passado	12	15.42	9.895	3	31
No Presente	1	45.00	-	45	45
No Passado e no Presente	6	22.50	9.711	15	40

Anexo XIX – Estatísticas descritivas da pontuação total obtida na sub-escala Depressão do BSI e no BDI-II, de acordo com o tipo de comportamento sexual

Quadro 1. Estatísticas descritivas da pontuação total obtida na sub-escala Depressão do BSI, de acordo com o tipo de comportamento sexual

Gênero	BSI - Sub-escala Depressão				
	N	M	DP	Min.	Máx.
Não assumido	6	1.31	0.878	0.17	2.33
Heterossexual	13	1.36	0.884	0.00	3.33
Homossexual	1	3.00	-	3.00	3.00
Bissexual	2	2.00	0.943	1.33	2.67

Quadro 2. Estatísticas descritivas da pontuação total obtida no BDI-II, de acordo com tipo de comportamento sexual

Gênero	Pontuação Total do BDI-II				
	N	M	DP	Min.	Máx.
Não assumido	6	16.83	9.020	4	29
Heterossexual	13	18.00	12.028	3	45
Homossexual	1	31.00	-	31	31
Bissexual	2	25.50	20.506	11	40