



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Joana Margarida Simões Marrazes

ESTIGMA E SAÚDE MENTAL EM ADULTOS
COM INFEÇÃO POR VIH: O PAPEL MEDIADOR
DOS PROCESSOS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Marco Daniel de Almeida Pereira e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Julho de 2023

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra

ESTIGMA E SAÚDE MENTAL EM ADULTOS COM INFEÇÃO POR VIH: O PAPEL MEDIADOR DOS PROCESSOS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL

Joana Margarida Simões Marrazes

Dissertação no âmbito do Mestrado em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Psicologia
Clínica e da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Marco Daniel de Almeida Pereira e apresentada à
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Julho de 2023



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Declaração de integridade

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Enquadramento institucional

A presente dissertação foi realizada no âmbito do projeto estratégico do Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) (UIDB/00730/2020) e apoiada pelo Programa Investigador FCT (IF/00402/2014).

“I don't want to be at the mercy of my emotions.

I want to use them, to enjoy them, and to dominate them.”

- Oscar Wilde

Agradecimentos

Em primeiro lugar, um enorme obrigada ao Professor Doutor Marco Pereira por ter sido incansável, mostrando-se sempre disponível a ajudar e ensinar, durante este processo e em todas as vezes que me cruzei com ele ao longo destes anos. Obrigada por toda a sabedoria transmitida e por toda a simpatia com que o fez.

À Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, por ter sido não só fonte de conhecimento nos últimos cinco anos, mas por ter sido fonte de tantas outras alegrias.

À Desconcertuna, por ter sido uma casa bonita e por me ter mostrado os meus pontos fortes. Por me ter ensinado sobre despedidas e, mais que tudo, por me ter ensinado sobre reencontros. Por me ter trazido pessoas como a Marta, o Pina, o Tiago e a Su.

À Joana, amiga e confidente. Por ter confiado em mim há quatro anos e por continuar a confiar todos os dias. Não podia ser outra nem de outra forma.

Ao Tomé e à Rita, que sendo só dois têm sido tanto. Ao Tomé por ser sal da terra, à Rita por ser rouxinol e cantar alegria. Por nunca me deixarem sozinha e por viverem todas as aventuras e desafios ao meu lado. Pelo chá e fofocas. Por todas as histórias e pelas que faltam contar.

Ao Rafa, por me mostrar que as fases mais complicadas também podem ser bonitas e por me ensinar a ter sempre esperança num futuro risonho. Por ser conforto nos dias stressantes. Por me fazer acreditar em mim. Por gostar de mim e me fazer gostar dele.

Ao João, o meu irmão. O que vai à frente a mostrar-me tudo o que posso ser. Por me responder sempre às perguntas mais inúteis.

À minha mãe e ao meu pai. Por serem o mais constante no meio das atribulações. Por um apoio inabalável, sem julgamento e com total confiança. Pelos telefonemas de desabafo e pelo arroz de pato aos fins de semana.

A todos os que já me ofereceram uma palavra de incentivo ou de conforto e a todos os que, mesmo ao longe, têm torcido por mim, muito obrigada.

A Coimbra, que seja canção de amor sempre (en)cantada.

Resumo

O estigma tem sido desde sempre associado à experiência de viver infectado pelo VIH. A literatura tem, ainda, mostrado uma clara associação entre a perceção de estigma e uma pior saúde mental. De modo a melhor compreender esta associação e que fatores a podem explicar, recentemente tem sido estudado o papel dos processos psicológicos de regulação emocional em indivíduos que vivem com o VIH. O presente estudo teve como objetivo analisar o papel dos processos de regulação emocional na associação entre o estigma e a saúde mental em adultos que vivem com infeção por VIH. A amostra foi composta por 107 doentes infectados com o VIH (52.3% do sexo masculino), com uma média de idades de 41.62 anos ($DP = 10.49$). Os participantes preencheram uma bateria de avaliação composta pelos seguintes questionários de autorresposta: Escala de Estigma em relação ao VIH, Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, Questionário de Regulação Emocional e Escala de Tolerância ao Distress. As experiências de estigma, especialmente as relativas ao estigma personalizado e à autoimagem negativa, mostraram-se significativamente associadas a maior sintomatologia ansiosa e depressiva. Quanto aos processos de regulação emocional, a reavaliação cognitiva mostrou-se associada a menor sintomatologia ansiosa e depressiva, enquanto a supressão emocional e a intolerância ao *distress* se associaram a maior psicopatologia. A intolerância ao *distress* foi um mediador significativo da associação entre as experiências de estigma e a sintomatologia ansiosa. Quanto à associação entre as experiências de estigma e a sintomatologia depressiva, tanto a intolerância ao *distress* como a supressão emocional foram mediadores significativos. Os resultados deste estudo permitem concluir que a supressão emocional e a intolerância ao *distress* são processos de regulação emocional que parecem agravar o impacto que o estigma relativo ao VIH têm na saúde mental das pessoas infectadas. Assim, as intervenções psicológicas nesta população devem-se focar no desencorajamento ao uso deste tipo de processos e no desenvolvimento de alternativas mais saudáveis e adaptativas, como a reavaliação cognitiva.

Palavras-chave: VIH; estigma; reavaliação cognitiva; supressão emocional; intolerância ao *distress*; ansiedade; depressão.

Abstract

Stigma has been historically associated with the experience of living with HIV. The literature has also shown a clear association between perceived stigma and poorer mental health. In order to better understand this association and which factors may explain it, recently, the role of psychological processes of emotion regulation in individuals living with HIV has been examined. The present study aimed to analyze the role of emotion regulation processes in the association between stigma and mental health in adults living with HIV infection. The sample consisted of 107 HIV-infected patients (52.3% male), with a mean age of 41.62 years ($SD = 10.49$). Participants completed a research protocol composed of the following self-report questionnaires: HIV Stigma Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Emotional Regulation Questionnaire and Distress Tolerance Scale. The experiences of stigma, especially those related to personalized stigma and negative self-image, were significantly associated with higher anxious and depressive symptoms. Regarding emotion regulation processes, cognitive reappraisal was associated with less anxious and depressive symptoms, while emotion suppression and distress intolerance were associated with increased psychopathology. Distress intolerance was a significant mediator of the association between stigma and symptoms of anxiety. Concerning the association between stigma experiences and depressive symptoms, both distress intolerance and emotional suppression were significant mediators. The results of the present study allowed us to conclude that emotional suppression and distress intolerance are emotional regulation processes that seem to worsen the impact of HIV-related stigma experiences on the mental health of infected individuals. Thus, psychological interventions in this population should focus on discouraging the use of these types of processes and developing healthier and adaptive alternatives, such as cognitive reappraisal.

Keywords: HIV; stigma; cognitive reappraisal; emotional suppression; distress intolerance; anxiety; depression.

Índice

1. Introdução	1
1.1. Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).....	1
1.2. Estigma relativo ao VIH	2
1.3. Processos de regulação emocional.....	4
2. Método	8
2.1. Participantes	8
2.2. Procedimentos.....	10
2.3. Instrumentos.....	10
2.4. Análise de dados	12
3. Resultados.....	14
3.1. Experiências de estigma e discriminação	14
3.2. Correlações preliminares	14
3.3. Associação entre as experiências de estigma e os indicadores de psicopatologia	15
3.4. Associação entre os indicadores de regulação emocional e os de psicopatologia	15
3.5. Papel mediador da regulação emocional na associação entre experiências de estigma e os indicadores de psicopatologia.....	16
4. Discussão.....	18
4.1. Limitações e contributos	21
Referências.....	23

1. Introdução

1.1. Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022) define o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) como um vírus que ataca o sistema imunitário, enfraquecendo a capacidade do corpo para combater infecções e alguns tipos de cancro. Assim, as células deste sistema vão-se tornando mais fracas, sendo o estado mais avançado da infeção por VIH designado de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). A história da infeção pelo VIH já ultrapassa as quatro décadas, sendo que esta infeção continua a ser um dos principais problemas de saúde pública, estando disseminada em todo o mundo, em particular nos países menos desenvolvidos. As áreas mais afetadas são as regiões Sul e Oriental de África, representando cerca de 54% dos casos de todo o mundo (UNAIDS, 2022). As estatísticas mais recentes mostram-nos que, em 2021, existiam no mundo cerca de 38.4 milhões de pessoas infetadas com VIH, com 1.5 milhões de novos casos e 650 mil mortes por doenças relacionadas com a SIDA (OMS, 2022). Em Portugal, foram diagnosticados entre os anos de 2020 e 2021, 1803 novos casos de infeção, constituindo as relações sexuais heterossexuais a maioria das transmissões (51.8%), seguidas pelas relações sexuais entre homens (designadas de homens que fazem sexo com homens; 40.2%) e pela utilização de drogas injetáveis (2.3%; INSA, 2022). Estes dados indicam, assim, que existem certas populações em maior risco de serem infetadas, por estarem envolvidas em atividades nas quais o risco de transmissão é considerado maior. Existem, também, populações mais vulneráveis a contrair o vírus, dado que as suas condições de vida são suscetíveis a alterações que as podem colocar em maior risco, como os jovens, as mulheres, os migrantes, as populações deslocadas, entre outros (OMS, 2022).

Globalmente, de acordo com os dados da UNAIDS (2022), 15% das pessoas infetadas com VIH em 2021 não tinham conhecimento do seu diagnóstico. Além disto, 25% não estavam a receber tratamento. Entre os motivos identificados como maiores barreiras à testagem do VIH encontram-se o medo de um resultado positivo, a não compreensão das vantagens da testagem devido ao pouco conhecimento acerca da evolução dos tratamentos, a não perceção de poder estar em risco de infeção (Schwarcz et al., 2011) e o estigma (Arrington-Sanders et al., 2020; Levy et al., 2014; Sullivan et al., 2020). Existem, contudo, fatores estruturais que, ao longo do tempo, se têm mostrado muito relevantes para a evolução da saúde pública, na medida em que a intervenção a este nível irá, conseqüentemente, afetar comportamentos individuais (Latkin et

al., 2010). No caso do VIH, fatores como a disponibilização de recursos, evolução da ciência e tecnologia e acesso aos mesmos, normas sociais e leis são aspetos que podem constituir um obstáculo relevante à prevenção e diagnóstico da infeção (Latkin et al., 2010), especialmente em minorias, nas quais o racismo, homofobia e discriminação, assim como a pobre habitação, criminalidade nos bairros, baixo rendimento, desemprego, encarceramento e baixos níveis de educação as distanciam ainda mais da segurança (Arrington-Sanders, et al., 2020; Levy et al., 2014; Peterson & Jones 2009).

1.2. Estigma relativo ao VIH

De acordo com a OMS, a epidemia do VIH, iniciada nos anos 80, ficou, de facto, definida por estigma, medo e ignorância (OMS, 2018). Apesar da grande evolução na medicina das últimas décadas, da consequente maior informação sobre a doença e seus tratamentos, bem como o maior acesso aos benefícios providenciados por esta, o estigma continua a ser um desafio que pessoas infetadas pelo VIH experienciam diariamente, formando uma enorme barreira a cada passo da prevenção, testagem e tratamento (UNAIDS, 2020). Importa, então, analisar a compreensão que tem vindo a ser feita do estigma e, em especial, no contexto do VIH. Em 1963, Goffman definiu o conceito como um “atributo profundamente desacreditado”, sendo ainda entendido como um aspeto do indivíduo desvalorizado e indesejado socialmente (Parker & Aggleton, 2003). De acordo com esta conceptualização, o indivíduo estigmatizado é, no fundo, diferente dos restantes, e o estigma é resultado das relações e interações sociais em que esta diferença é tida como projeção de uma identidade deteriorada. Esta perspetiva deu origem a muitos estudos focados na ideia de que este seria um atributo fixo e estático da pessoa estigmatizada, assim como na individualização do estigma, tendo-o como algo que é feito de um para um e não compreendendo o seu impacto social (Earnshaw & Chaudoir, 2009; Parker & Aggleton, 2003). No entanto, para Foucault, a diferença é uma produção social ligada ao poder e à ordem social. Segundo o autor, o corpo é, além da sua biologia, um objeto político afetado pelas relações de poder que forma. Assim, o poder de uma classe dominante não é uma característica adquirida ou possuída pelos sujeitos, mas o efeito de estratégias e disposições (Foucault, 1977). Do mesmo modo, as pessoas são categorizadas, socialmente, de acordo com os seus atributos, através da estigmatização destes atributos, e levando à desigualdade e exclusão de certos grupos. Assim, o estigma não é apenas algo isolado, de um para um, mas, também, algo fulcral para a constituição da ordem social, através de práticas estruturais que

levam a prejuízo para os grupos estigmatizados (Mahajan et al., 2008; Parker & Aggleton, 2003).

O atributo valorizado negativamente, neste caso a infecção por VIH, dá, então, origem a respostas distintas, consoante o grupo em que alguém se insere (infetado ou não infetado). Tendo em conta o modelo de mecanismos de estigma desenvolvido por Earnshaw e Chaudoir (2009), os mecanismos de estigma constituem as respostas psicológicas dos indivíduos consoante sabem que possuem ou não um atributo valorizado negativamente. Por exemplo, para indivíduos não infetados pelo VIH, estes mecanismos serão a forma como a pessoa reage, psicologicamente, em direção a sujeitos infetados. Os mecanismos de estigma neste grupo, socialmente numa posição de maior poder, representam então a resposta destes indivíduos ao saber que há pessoas infetadas que os podem pôr em risco e que podem ser moralmente dúbios. Ainda de acordo com estes autores, estes mecanismos são maioritariamente manifestados através do preconceito (referente a emoções e sentimentos negativos), estereotipação (crenças generalizadas e redutoras acerca de um grupo) e discriminação (referente a comportamentos com base nos preconceitos) para com indivíduos infetados pelo VIH. Apesar de interligados, estes mecanismos diferenciam-se entre si, podendo desenvolver-se em diferentes resultados consoante o grau presente de cada um dos processos. No entanto, de forma geral, representam tentativas de afastamento relativamente aos sujeitos infetados pelo VIH. O enraizamento destes estereótipos, mais especificamente, fazendo os indivíduos acreditar que o VIH é uma infecção ligada apenas a certos grupos, podem levar à não testagem (Earnshaw & Chaudoir, 2009) e ao aumento dos comportamentos de risco (Mahajan et al., 2008). Contudo, os mecanismos de estigma dos sujeitos não infetados pelo VIH e, mais especificamente, os seus comportamentos discriminatórios afetam, também, os indivíduos infetados através de consequências como a perda de emprego, rejeição social, e violência física e simbólica, aumentando as expectativas de experiências discriminatórias futuras (Earnshaw & Chaudoir, 2009).

Quanto aos indivíduos seropositivos, os mecanismos de estigma representam as reações à sua própria infecção e ao facto de que eles próprios tenham quebrado regras morais e possam ser alvo de tratamento negativo devido a isso (Earnshaw & Chaudoir, 2009). O estigma nos indivíduos infetados pelo VIH pode, assim, tomar várias formas, tendo sido dividido por Berger et al. (2001) em quatro fatores: (1) estigma personalizado, isto é, a perceção do indivíduo das consequências derivadas de outros terem conhecimento do seu diagnóstico, como o medo da rejeição; (2) revelação, relacionada com a preocupação de que os outros venham a conhecer o seu *status* serológico; (3) autoimagem negativa, que se refere a crenças negativas acerca de si mesmo, como sentir-se sujo ou uma má pessoa devido à sua condição médica; e (4) atitudes

públicas, que está relacionado com a percepção do que os outros pensam sobre alguém infetado com VIH e a antecipação dos seus comportamentos. Para os doentes infetados, os mecanismos de estigma resultam, por sua vez, num impacto na sua saúde mental, estando o estigma associado a níveis mais elevados de sintomas depressivos e ansiosos nos sujeitos infetados pelo VIH, a ideação suicida, assim como a uma qualidade de vida mais baixa, como observado por diversas revisões sistemáticas da literatura (e.g., Armoon et al., 2022; Rueda et al., 2016). A maior magnitude desta correlação é ainda mais evidente quando se consideram os fatores mais internalizados e pessoais do estigma, como o estigma personalizado e autoimagem negativa (Wright et al., 2007). Por sua vez, os fatores externos de estigma mostraram um maior efeito em pessoas disposicionalmente mais pessimistas (Herek et al., 2013). Por exemplo, uma rede social de apoio mais fraca traduz-se, também, em níveis mais elevados de estigma. Um menor apoio social significa maiores dificuldades no ajustamento psicológico dos sujeitos, uma vez que o apoio social pode reduzir sentimentos negativos acerca do estigma relacionado com o VIH, aumentar sentimentos de pertença e pode fornecer informação e orientação necessárias as pessoas estigmatizadas. No entanto, o próprio estigma pode fazer com que a rede de apoio social se torne reduzida, devido ao evitamento do julgamento e consequente isolamento social (Armoon et al., 2022). Indivíduos estigmatizados são, ainda, menos prováveis de revelar o seu status serológico aos parceiros, contribuindo para mais comportamentos de risco (Mahajan et al., 2008).

1.3. Processos de regulação emocional

O modo como os indivíduos percebem os desafios e as oportunidades na sua vida requer um conjunto de processos psicológicos, incluindo estratégias de regulação emocional, que podem ser diferenciadas ao longo do desenvolvimento da resposta emocional (Gross, 2002). Segundo este autor, a reavaliação cognitiva, por exemplo, é uma estratégia de regulação emocional antecedente, ocorrendo numa fase inicial do processo emocional, e podendo modificar toda a trajetória deste, tem poder para não só alterar o nosso comportamento e aquilo que expressamos, mas, também, a forma como nos sentimos (Gross & John, 2003). A utilização de estratégias de regulação emocional antecedentes com maior frequência está associada a um nível mais elevado de inteligência emocional (Schutte et al., 2009). Assim, os indivíduos que recorrem mais frequentemente à reavaliação cognitiva tendem a ter uma atitude mais otimista perante situações stressantes e a esforçar-se para melhorar estados de humor mais negativos

(Gross & John, 2003). Em acréscimo, os indivíduos que usam estas estratégias experienciam e expressam mais emoções positivas e menos emoções negativas (Gross & John, 2003; Schutte et al., 2009), como demonstrado por diversos estudos (Gross, 1998; Lieberman, et al., 2011; Ray et al., 2010; Szasz et al., 2011; Wolgast et al., 2011) ainda que, socialmente, tenham mais facilidade a partilhar as suas emoções, sejam estas positivas ou negativas (Gross & John, 2003). Níveis altos de reavaliação cognitiva têm sido, também, associados a menor sintomatologia psicopatológica (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Webb et al., 2012), em especial depressiva, bem como a maior autoestima e bem-estar, caracterizado por uma maior satisfação com a vida, humor mais positivo e menos humor negativo (Gross & John, 2003; Schutte et al., 2009). Esta parece ser uma estratégia eficaz no que toca ao bem-estar psicológico, ainda que reavaliações cognitivas irrealistas possam levar a ignorar pistas ambientais importantes e, acabando por sacrificar o bem-estar a longo prazo (Gross, 1998).

Por outro lado, a supressão emocional é uma estratégia centrada na resposta, ocorrendo num momento mais tardio do processo emocional, o que pode significar uma mudança apenas no comportamento, comprometendo o funcionamento do indivíduo (Gross & John, 2003). Os indivíduos com valores de supressão emocional mais elevados são menos claros em relação ao que sentem, têm menos sucesso a reparar estados de humor negativos e têm menos aceitação pelas suas emoções. Estes experienciam e expressam menos emoções positivas e mais emoções negativas (Gross, 1998; Gross & John, 2003; Schutte et al., 2009), têm dificuldade em partilhar as suas emoções e evitam relações próximas (Gross & John, 2003). Valores mais elevados de supressão emocional têm sido associados a maior sintomatologia psicopatológica (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Webb et al., 2012), em especial sintomatologia depressiva, a menor autoestima e a menor satisfação com a vida (Gross & John, 2003; Schutte et al., 2009).

Nas estratégias de regulação emocional, podemos também considerar a tolerância ao *distress*. Embora não exista, ainda, um modelo teórico estabelecido, vários autores assumem um construto global hierárquico de tolerância ao *distress* experiencial e diversas dimensões específicas de ordem inferior, as quais são distintas, mas estão relacionadas entre si (Bernstein et al., 2009; Leyro et al., 2010; Zvolensky et al., 2010). Tendo em conta a revisão da literatura realizada por Leyro et al. (2010), podemos considerar como dimensões da tolerância ao *distress* a tolerância à ambiguidade, tolerância ao desconforto, tolerância à frustração e tolerância a estados emocionais negativos [definida por Simons e Gaher (2005) como tolerância ao *distress*, mas aqui usada como um domínio mais específico do conceito global]. Este último domínio será aquele em foco neste estudo e refere-se à capacidade para tolerar estados psicológicos negativos, avaliando expectativas e experiências de emoções negativas, relativamente à sua: (1)

tolerância e aversividade (quanto menor a tolerância ao *distress* do sujeito, mais insuportável será para ele uma experiência de *distress* ou sofrimento); (2) avaliação e aceitabilidade (indivíduos com tolerância ao *distress* mais baixa tendem a não aceitar sentirem-se assim e avaliam os seus recursos para lidar com as situações como insuficientes ou inferiores aos outros); (3) regulação das emoções (uma menor tolerância ao *distress* traduz-se em esforços exagerados para evitar emoções negativas ou aliviar o mais rapidamente possível aquelas sentidas); e (4) tendência a absorver a atenção e perturbar o funcionamento (quando sentidas emoções negativas, sujeitos com menor tolerância ao *distress* tendem a ser consumidos pela experiência e toda a sua atenção é absorvida pela experiência destas emoções; Simons & Gaher, 2005). Na generalidade das situações geradoras de stresse, o *distress* tem sido, ainda, associado a respostas como a ruminação e pensamentos intrusivos, estando estas associadas à depressão (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). Estratégias de regulação emocional como a supressão, o evitamento e a ruminação têm sido consideradas como tipicamente maladaptativas, na medida em que não trazem benefícios a longo termo, sendo a reavaliação considerada uma estratégia tipicamente adaptativa. Assim, uma menor tolerância ao *distress* traduz-se numa regulação emocional maladaptativa, por sua vez associando-se de forma positiva à psicopatologia (Jeffries et al., 2015).

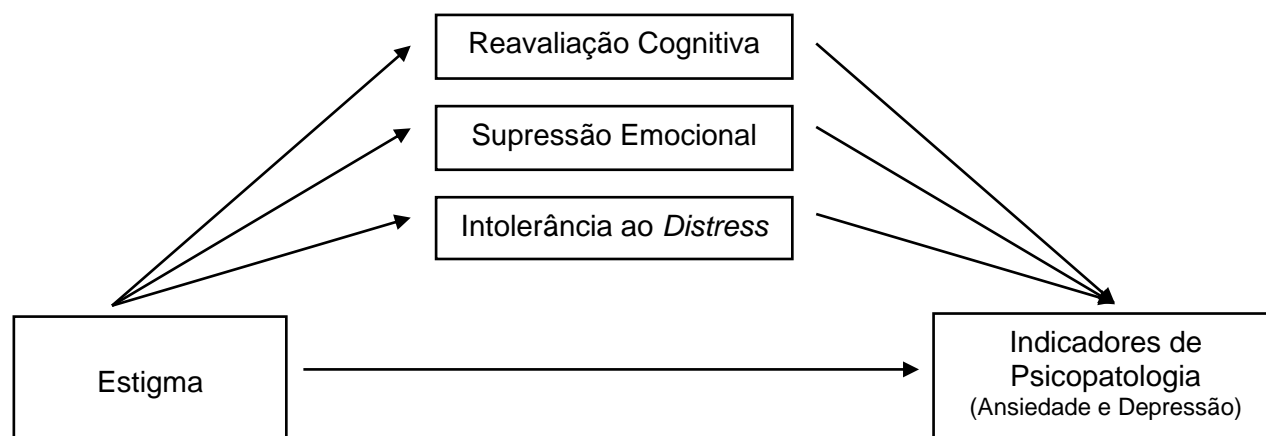
No contexto da infeção pelo VIH, há evidência de que uma pior regulação emocional está associada a mais sintomas ansiosos e depressivos, a uma pior qualidade de vida (física, psicológica, social, ambiental, espiritual e no que toca a independência; Brandt et al., 2016) e a níveis mais altos de *distress* (Brandt et al., 2013), estando ainda este último associado positivamente ao estigma (Wright et al., 2007). Por sua vez, uma menor capacidade de tolerância ao *distress* mostrou-se, também, associada a mais sintomas ansiosos e depressivos (Brandt et al., 2013; O’Cleirigh et al., 2007). Observa-se, ainda, que os acontecimentos de vida stressantes interagem significativamente com uma menor tolerância ao *distress*, associando-se a níveis mais altos de *distress*, menor aderência à medicação, maior abuso de substâncias e mais comportamentos sexuais de risco nestes sujeitos, tornando-se um desafio na gestão da infeção (O’Cleirigh et al., 2007).

Assim, será importante explorar o impacto das experiências de estigma na saúde mental de indivíduos infetados pelo VIH e o papel dos processos de regulação emocional nesta relação. Deste modo, o presente estudo tem como objetivo analisar o papel da reavaliação cognitiva, supressão emocional e da intolerância ao *distress*, enquanto processos de regulação emocional,

na associação entre o estigma relativo ao VIH e a psicopatologia (sintomatologia ansiosa e depressiva) em adultos com esta infeção.

Figura 1

Esquema do estudo



De acordo com a literatura, hipotetizou-se que este estudo revele: (H1) uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre as experiências de estigma de sujeitos infetados pelo VIH e os seus indicadores de psicopatologia (sintomatologia ansiosa e depressiva); (H2) uma correlação significativa e negativa entre a reavaliação cognitiva e os indicadores de psicopatologia; (H3) uma correlação significativa positiva entre a supressão emocional e os indicadores de psicopatologia, assim como entre a intolerância ao *distress* e os indicadores de psicopatologia; (H4) um efeito mediador significativo, sendo que se prevê que sujeitos que utilizam estratégias de regulação emocional maladaptativas para lidar com as experiências de estigma, como a supressão emocional e uma menor tolerância ao *distress*, tenham uma pior saúde mental e, logo, níveis mais elevados de ansiedade e depressão; enquanto estratégias de regulação emocional adaptativas, como a reavaliação cognitiva, permitam um menor impacto das experiências de estigma na saúde mental e, assim, níveis mais baixos de ansiedade e depressão.

2. Método

2.1. Participantes

A amostra do presente estudo foi composta por 107 doentes infetados pelo VIH, com idades compreendidas entre os 19 e os 65 anos ($M = 41.62$; $DP = 10.49$). Destes, 53.3% eram homens e 46.7% eram mulheres. A maioria dos participantes encontrava-se fora de uma relação (solteiro[a], divorciado[a]/separado[a], viúvo[a]), num total de 60.8%. Aproximadamente 50% dos participantes possuíam estudos universitários, 54.2% estavam atualmente empregados e a grande maioria pertencia a um meio urbano (89.7%). As características detalhadas da amostra encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1. Características sociodemográficas da amostra

	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	56	52.3
Feminino	49	45.8
Transgénero	2	1.8
Estado Civil		
Solteiro(a)	43	40.2
Casado(a)	17	15.9
União de facto	11	10.3
Numa relação (sem viver junto)	14	13.1
Divorciado(a)/Separado(a)	19	17.8
Viúvo(a)	3	2.8
Escolaridade		
Ensino Básico (1º-4º ano)	1	0.9
Ensino Básico (5º-6º ano)	5	4.7
Ensino Básico (7º-9º ano)	11	10.3
Ensino Secundário (10º-12º ano)	36	33.6
Estudos Universitários	54	50.5
Situação Profissional		
Empregado(a)	58	54.2
Desempregado(a)	28	26.2
Estudante	4	3.7
Reformado(a)	17	15.9
Residência		
Meio rural	11	10.3
Meio urbano	96	89.7

Quanto às variáveis clínicas, 46.7% dos participantes tiveram conhecimento da sua infeção através de teste realizado por iniciativa própria. A maioria das transmissões (68.2%) deu-se através de relações sexuais com homens, seguidas por partilha de agulhas ou outros objetos de injeção (11.2%). Relativamente ao estágio da doença, 74.8% dos participantes encontravam-se assintomáticos, embora 14% não saibam o estado da sua doença ao momento do estudo. Quanto à carga viral de VIH mais recente, 86.9% dos participantes encontravam-se indetetáveis e, no que se prende com a contagem de CD4 mais recente 67.3% apresentavam > 350 células/ml. A grande maioria dos participantes não apresentava coinfeção com Hepatite B ou C. Relativamente à perceção geral de saúde, 45.8% dos participantes classificaram a sua saúde como “Boa” e apenas um participante a classificou como “Muito Má”. Os dados clínicos encontram-se detalhados no Quadro 2.

Quadro 2. Características clínicas da amostra

	<i>n</i>	<i>%</i>
Como teve conhecimento da sua infeção?		
Numa gravidez prévia/Numa gravidez prévia de uma parceira	6	5.6
Por rotina médica	25	23.4
Realizei o teste por iniciativa própria	50	46.7
Outro	26	24.3
Modo de transmissão		
Relações sexuais com um homem	73	68.2
Relações sexuais com uma mulher	8	7.5
Partilha de agulhas ou outros objetos de injeção com uma pessoa	12	11.2
Transfusão de sangue ou outro procedimento médico	1	0.9
Exposição ocupacional	1	0.9
Desconhecido	12	11.2
Estádio da doença		
VIH assintomático	80	74.8
VIH sintomático	7	6.5
SIDA	5	4.7
Não sabe	15	14
Carga viral de VIH mais recente		
Indetetável	93	86.9
Detetável	9	8.4
Não sabe	5	4.7
Contagem de CD4 mais recente		
<350 células/ml	14	13.1
>350 células/ml	72	67.3
Não sabe	21	19.6

Hepatite B crónica (coinfecção)		
Sim	2	1.9
Não	105	98.1
Hepatite C crónica (coinfecção)		
Sim	19	17.8
Não	88	82.2
Como classifica o seu estado de saúde?		
Muito boa	29	27.1
Boa	49	45.8
Nem boa nem má	24	22.4
Má	4	3.7
Muito má	1	0.9

2.2. Procedimentos

Este estudo está enquadrado no âmbito de um projeto de investigação mais alargado, intitulado “Viver com o VIH em Portugal: Estudo dos processos psicológicos no bem-estar individual”. Os dados para este projeto foram recolhidos através de um questionário online, através da plataforma Limesurvey®, alojada no site da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC). Para este estudo, foi também criada uma página na rede social Facebook com um link para o inquérito e a explicação dos objetivos do estudo, critérios de inclusão (ser VIH-positivo, ter idade igual ou superior a 18 anos, saber ler e escrever em Português), identificação da equipa de investigação e considerações éticas, como a natureza voluntária da participação no estudo, a confidencialidade e anonimato das respostas aos questionários. Para a recolha de dados, foram enviados pedidos de colaboração/divulgação do estudo a associações nacionais de apoio a indivíduos com infeção pelo VIH. O presente estudo foi também divulgado em vários grupos de apoio a indivíduos seropositivos na rede social Facebook. O presente projeto foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

2.3. Instrumentos

Escala de Estigma em relação ao VIH – Revista

A Escala de Estigma em relação ao VIH – Revista (Wright et al., 2007) é uma versão abreviada da *HIV Stigma Scale*, desenvolvida por Berger et al. (2001), composta por 10 itens, cotados numa escala de resposta de tipo Likert de quatro pontos, variando entre 1 (discordo

fortemente) e 4 (concordo fortemente). Os 10 itens estão organizados em quatro subescalas: estigma personalizado (3 itens; e.g., “Perdi amigos por lhes dizer que tenho VIH”), revelação (2 itens; e.g., “Tenho muito cuidado a quem digo que tenho VIH”), autoimagem negativa (3 itens; e.g., “Ter VIH faz-me sentir impuro(a)”) e atitudes públicas (2 itens; e.g., “A maioria das pessoas pensa que uma pessoa com VIH é nojenta”). No estudo de validação original, os resultados demonstraram boa fiabilidade e validade, tanto na escala total como nas subescalas (Wright et al., 2007). Na amostra do presente estudo, o total da escala de estigma apresentou uma consistência interna aceitável (alfa de Cronbach = .78).

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH)

A EADH (Snaith & Zigmond, 1994; versão portuguesa de Silva et al., 2006; Pais-Ribeiro et al., 2007) é uma escala de autorresposta constituída por duas subescalas, uma relativa à ansiedade (e.g., “Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)”) e outra à depressão (e.g., “Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar”). Cada subescala é avaliada por sete itens, que são respondidos numa escala de resposta de quatro pontos, que variam de 0 a 3. Nesta escala, valores mais elevados são indicativos de níveis mais altos de sintomatologia ansiosa ou depressiva. Esta escala mostrou ter boas propriedades psicométricas de fiabilidade e validade, tanto na versão original como na versão portuguesa, semelhantes às encontradas noutras línguas (Silva et al., 2006; Zigmond, & Snaith, 1983). Na amostra do presente estudo, o alfa de Cronbach foi de .87 para a ansiedade e de .85 para a depressão.

Questionário de Regulação Emocional (QRE)

O QRE (Gross & John, 2003; versão portuguesa de Machado Vaz & Martins, 2008) é um instrumento de autorresposta composto por 10 itens, que tem como objetivo avaliar as estratégias de regulação emocional e as diferenças individuais na utilização das mesmas em situações específicas. O QRE está organizado em duas subescalas, que representam duas estratégias de regulação emocional distintas: a reavaliação cognitiva (6 itens; e.g., “Eu controlo as minhas emoções modificando a minha forma de pensar acerca da situação em que me encontro”) e a supressão emocional (4 itens; e.g., “Eu controlo as minhas emoções não as expressando”). Os itens são respondidos numa escala de resposta de sete pontos, que variam entre 1 (discordo fortemente) e 7 (concordo totalmente). Uma cotação mais alta em cada uma das subescalas significa uma utilização dessa estratégia com maior frequência. As validações original e portuguesa apresentaram boas condições de fidelidade e validade (Gross & John,

2003; Machado Vaz & Martins, 2008). Na amostra do presente estudo, o alfa de Cronbach foi de .88 para a reavaliação cognitiva e de .84 para a supressão emocional.

Escala de Tolerância ao Distress (DTS)

A DTS (Simons & Gaher, 2005; versão portuguesa de Lucena-Santos et al., 2013) é uma escala de autorresposta composta por 15 itens que se destina à avaliação da tolerância ao *distress*. A DTS é composta por quatro subescalas: tolerância (3 itens; e.g., “Sentir-me angustiado ou aborrecido é insuportável para mim”), avaliação (6 itens; e.g., “Consigo tolerar sentir-me angustiado ou aborrecido tanto como os outros”), absorção (3 itens; e.g., “Os meus sentimentos de angústia são tão intensos que me dominam completamente”) e regulação (3 itens; e.g., “Faço qualquer coisa para evitar sentir-me angustiado ou aborrecido”). Os 15 itens são cotados numa escala de resposta de cinco pontos, que variam entre 1 (discordo fortemente) e 5 (concordo fortemente). Na DTS, valores mais elevados correspondem a níveis mais baixos de tolerância ao *distress*, ou seja, correspondem a indivíduos mais intolerantes ao *distress*. Os resultados demonstraram boa fiabilidade e validade em ambas as versões original e portuguesa (Lucena-Santos et al., 2013; Simons & Gaher, 2005). Na amostra do presente estudo, o total da escala de estigma apresentou uma consistência interna excelente (alfa de Cronbach = .91).

2.4. Análise de dados

Todas as análises foram realizadas através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS, versão 27.0). Em primeiro lugar, para caracterização da amostra em relação às variáveis sociodemográficas e clínicas, foram realizadas análises descritivas (média, desvio padrão, frequências). Em seguida e, de modo a perceber se existiam covariáveis a ser controladas nos modelos de mediação, foram realizadas correlações de Pearson entre as variáveis sociodemográficas (sexo, idade), clínicas (modo de transmissão, estágio da doença) e as variáveis mediadoras (reavaliação cognitiva, supressão emocional, intolerância ao *distress*) e dependentes (ansiedade e depressão) em estudo. As correlações consideram-se significativas se $p < .05$. Quanto ao efeito das correlações, a interpretação destes dados foi feita de acordo com as diretrizes de Cohen (1988), considerando uma correlação fraca os valores de r em torno de .10, uma correlação moderada valores aproximados a .30, e uma correlação forte valores iguais ou superiores a .50. Por fim, a mediação múltipla foi realizada através da Macro SPSS PROCESS (modelo 4; Hayes, 2018), controlando as covariáveis que se revelaram associadas

de forma significativa às variáveis mediadoras e/ou dependentes. Os efeitos indiretos foram calculados utilizando um procedimento de *bootstrapping* (5000 amostras), com intervalos de confiança (IC) de 95%, sendo que os efeitos indiretos foram considerados significativos quando o IC não incluía o 0.

3. Resultados

3.1. Experiências de estigma e discriminação

As experiências de estigma e de discriminação referidas pela amostra encontram-se descritas no Quadro 3. No que concerne às experiências de estigma, o estigma personalizado parece ser o que mais afeta os sujeitos ($M = 6.73$), tendo a pontuação média total sido igual a 23.29 ($DP = 5.18$). Quanto às experiências de discriminação, a resposta mais frequente foi *Algumas vezes* (35.5%), ainda que parte substancial da amostra tenha referido nunca ou raramente ter vivido experiências de discriminação (41.4%).

Quadro 3. Caracterização da vivência de estigma da amostra ($N = 107$)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Estigma				
Estigma personalizado	3.00	12.00	6.73	2.63
Revelação	2.00	8.00	6.11	1.64
Autoimagem negativa	3.00	11.00	4.73	1.96
Atitudes públicas	3.00	8.00	5.72	1.25
Pontuação total	12.00	37.00	23.29	5.18
		<i>n</i>		%
Vivência de situações de discriminação				
Nunca		31		29.0
Raramente		24		22.4
Algumas vezes		38		35.5
Relativamente frequente		7		6.5
Frequentemente		7		6.5

3.2. Correlações preliminares

Segundo as correlações de Pearson realizadas entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e as variáveis do modelo de mediação, foram encontradas correlações significativas e negativas entre a idade e a supressão emocional ($r = -.27, p = .004$) e entre a idade e a intolerância ao *distress* ($r = -.20, p = .035$). Foram ainda encontradas correlações significativas entre o modo de transmissão (0 = sexual, 1 = não sexual/desconhecido) e a supressão emocional

($r = -.21, p = .037$), bem como entre o estágio da doença (0 = assintomático, 1 = sintomático/SIDA/ desconhecido) e a supressão emocional ($r = .26, p = .006$), a intolerância ao *distress* ($r = .28, p = .003$), a ansiedade ($r = .39, p < .001$) e a depressão ($r = .42, p < .001$). Nenhuma das correlações com o gênero se revelou estatisticamente significativa. Assim, a idade, o modo de transmissão e o estágio da doença foram introduzidas nos modelos de mediação como covariáveis.

3.3. Associação entre as experiências de estigma e os indicadores de psicopatologia

No que diz respeito à associação entre as experiências de estigma e os indicadores de psicopatologia, foram encontradas correlações positivas e estatisticamente significativas entre o estigma total e as dimensões do estigma (com exceção da dimensão Revelação) e ambos os indicadores de psicopatologia, ansiedade e depressão (cf. Quadro 4). Os dados sugerem que as experiências de estigma estão associadas a maior sintomatologia ansiosa e depressiva.

Quadro 4. Correlações entre as experiências de estigma e os indicadores de psicopatologia

	Ansiedade	Depressão
Estigma personalizado	.28**	.41**
Revelação	.06	.08
Autoimagem negativa	.35**	.40**
Atitudes públicas	.19*	.26**
Estigma total	.34**	.45**

* $p < .05$, ** $p < .01$

3.4. Associação entre os indicadores de regulação emocional e os de psicopatologia

Quanto à associação entre os indicadores de regulação emocional e os indicadores de psicopatologia, foram encontradas correlações negativas entre a reavaliação cognitiva e os indicadores de psicopatologia, embora apenas a correlação entre a reavaliação cognitiva e a sintomatologia depressiva tenha sido estatisticamente significativa. Foram ainda encontradas correlações significativas e positivas entre a supressão emocional, a intolerância ao *distress* e os sintomas de ansiedade e depressão (cf. Quadro 5).

Quadro 5. Correlações entre os processos de regulação emocional e os indicadores de psicopatologia

	Ansiedade	Depressão
Reavaliação Cognitiva	-.10	-.22*
Supressão Emocional	.43**	.48**
Intolerância ao <i>Distress</i>	.58**	.47**

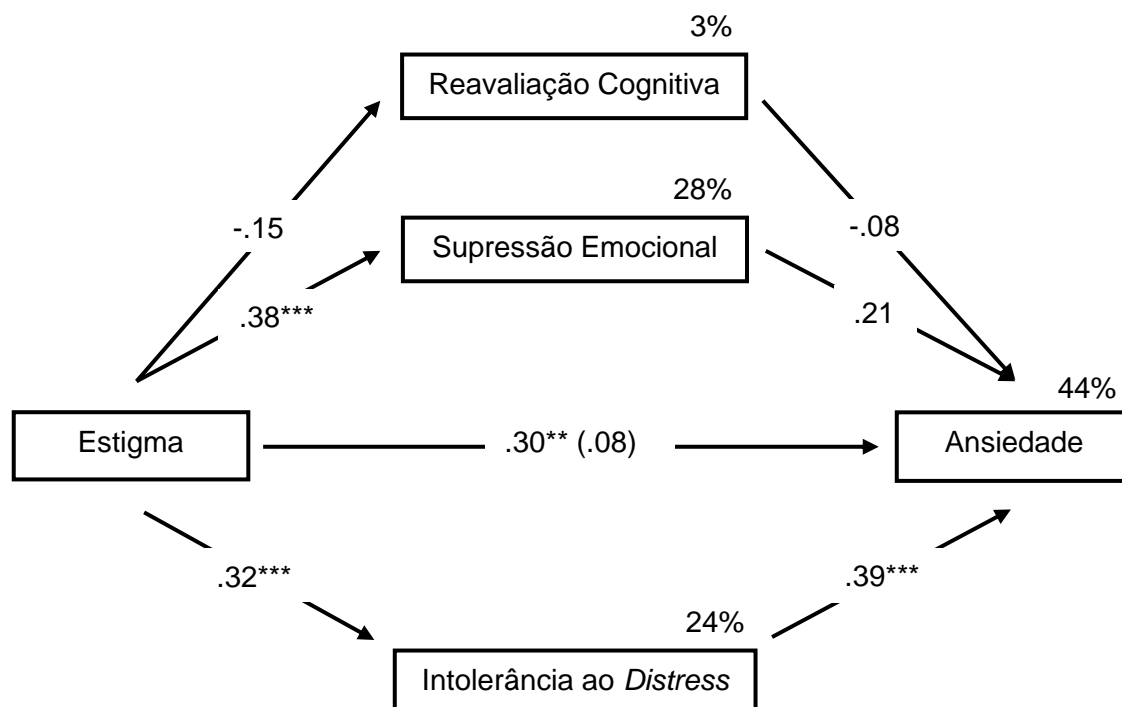
* $p < .05$, ** $p < .01$

3.5. Papel mediador da regulação emocional na associação entre experiências de estigma e os indicadores de psicopatologia

Como demonstrado na Figura 2, o efeito total das experiências de estigma na ansiedade foi significativo ($B = .30$, $SE = 0.08$, $p = .002$, IC 95% 0.10/0.41). No entanto, o efeito direto desta associação não foi significativo ($B = .08$, $SE = 0.08$, $p = .391$, IC 95% -0.09/0.23). Porém, encontrou-se um efeito indireto significativo das experiências de estigma na ansiedade através da intolerância ao *distress* ($B = .13$, $SE = 0.05$, IC 95% 0.03/0.20).

Figura 2

Efeito direto e indireto da associação entre as experiências de estigma e a sintomatologia ansiosa, através dos processos de regulação emocional.

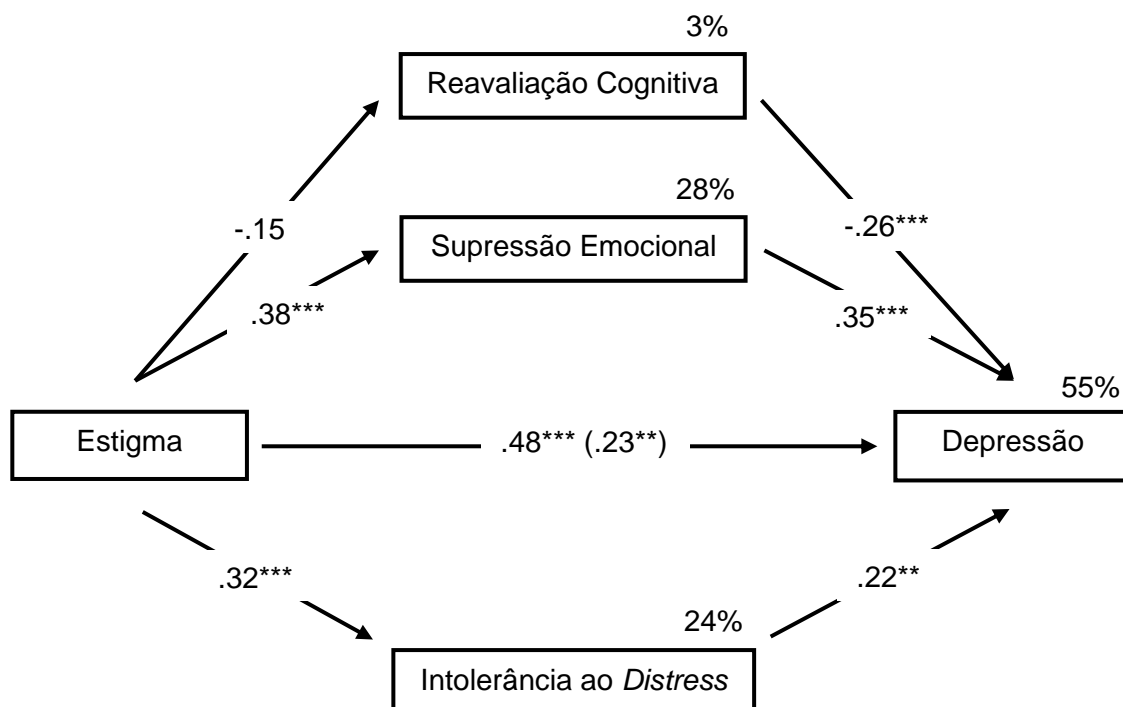


Nota. Os valores apresentados nas setas representam coeficientes de regressão estandardizados. Na seta que liga o estigma à ansiedade, o valor fora de parênteses representa o efeito total das experiências de estigma na ansiedade, e o valor entre parênteses representa o efeito direto das experiências de estigma na ansiedade, após a inclusão da reavaliação cognitiva, da supressão emocional e da intolerância ao *distress* como mediadores. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$.

Como demonstrado na Figura 3, o efeito total das experiências de estigma na depressão foi significativo ($B = .48$, $SE = 0.08$, $p < .001$, IC 95% 0.27/0.56), assim como o efeito direto desta associação ($B = .23$, $SE = 0.08$, $p = .008$, IC 95% 0.05/0.35). Encontraram-se, também, efeitos indiretos significativos das experiências de estigma na depressão através da supressão emocional ($B = .13$, $SE = 0.04$, IC 95% 0.06/0.22) e da intolerância ao *distress* ($B = .07$, $SE = 0.04$, IC 95% 0.01/0.16).

Figura 3

Efeito direto e indireto da associação entre as experiências de estigma e a sintomatologia depressiva, através dos processos de regulação emocional.



Nota. Os valores apresentados nas setas representam coeficientes de regressão estandardizados. Na seta que liga o estigma à depressão, o valor fora de parênteses representa o efeito total das experiências de estigma na depressão, e o valor entre parênteses representa o efeito direto das experiências de estigma na depressão, após a inclusão da reavaliação cognitiva, da supressão emocional e da intolerância ao *distress* como mediadores. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$.

4. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar de que modo os processos de regulação emocional (reavaliação cognitiva, supressão emocional e intolerância ao *distress*) poderiam afetar a associação entre as experiências de estigma e a saúde mental de indivíduos infetados pelo VIH. Com este objetivo presente, esperava-se perceber quais os processos de regulação emocional de que estes indivíduos poderiam beneficiar mais e quais os processos maladaptativos que deveriam ser trabalhados e desencorajados.

No que toca à vivência de situações de discriminação (comportamentos com base em emoções e sentimentos negativos relativamente aos sujeitos infetados pelo VIH; Earnshaw & Chaudoir, 2009), os resultados deste estudo indicam que grande parte dos indivíduos nunca ou raramente reportou este tipo de situações, embora um número ainda relevante de participantes tenha admitido experienciar situações de discriminação algumas vezes. Em Portugal, os dados indicam que 38% das pessoas infetadas pelo VIH já sofreram algum tipo de discriminação social (SER+, 2022), sendo as pessoas pertencentes a populações vulneráveis (ou de grupos considerados marginais, como homens que têm sexo com homens, transgéneros, utilizadores de drogas injetáveis, trabalhadores do sexo, prisioneiros ou migrantes; UNAIDS, 2019) as mais afetadas. No entanto, como descrito na literatura, o estigma continua a ser um dos maiores desafios que sujeitos infetados pelo VIH enfrentam, resultando num enorme impacto na sua saúde mental (UNAIDS, 2020). No que toca às experiências de estigma da presente amostra, a pontuação média total foi de 23.29 (DP = 5.18), num máximo possível de 40, sendo o estigma personalizado a dimensão do estigma que apresentou pontuação mais elevada (M = 6.73). Em Portugal, de acordo com dados mais recentes, 90,5% dos participantes no Stigma Index 2.0 referem pelo menos uma manifestação de estigma interno (SER+, 2022).

De acordo com a literatura esperava-se, em primeiro lugar, uma associação significativa entre as experiências negativas de estigma e uma pior saúde mental (Armoon et al., 2022; Rueda et al., 2016), o que se verificou no presente estudo para o estigma total e para todos os domínios do estigma, com exceção da subescala revelação, que avalia a preocupação dos sujeitos com os outros virem a conhecer o seu status serológico. As correlações de magnitude mais forte observaram-se com os domínios estigma personalizado (relacionado com a perceção interna das consequências derivadas de outros terem conhecimento do diagnóstico do indivíduo) e autoimagem negativa (referente a crenças negativas acerca de si mesmo), o que é, também, consistente com o descrito na literatura (Wright et al., 2007). Estes domínios são os

mais internalizados e pessoais do estigma, mostrando-se, assim, mais intrínsecos a uma boa saúde mental.

Além disto, previa-se uma associação significativa entre a utilização de processos de regulação emocional adaptativos e uma menor sintomatologia psicopatológica, em especial depressiva, tal como evidenciado na literatura (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Webb et al., 2012). A reavaliação cognitiva é considerada uma estratégia adaptativa uma vez que ocorre numa fase do processo emocional que permite modificar a significância emocional de uma situação, vendo-a numa nova perspectiva e, conseqüentemente, contribuindo para uma melhor saúde mental e bem-estar a longo prazo (Gross & John, 2003; Gross & Thompson, 2007; Schutte et al., 2009). De facto, e consistente com esta estratégia de regulação emocional, no presente estudo verificou-se uma correlação negativa entre a reavaliação cognitiva e ambos os indicadores de psicopatologia, embora apenas a correlação com a sintomatologia depressiva tenha sido estatisticamente significativa.

Por outro lado, esperava encontrar-se uma associação significativa entre ambas a supressão emocional e a intolerância ao *distress* e, níveis mais altos de ansiedade e depressão (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Jeffries et al., 2015; Webb et al., 2012). Também consistente com a literatura empírica, as correlações entre estes dois processos de regulação emocional e os indicadores de psicopatologia revelaram associações positivas e significativas com ambos os indicadores, ansiedade e depressão. O recurso a estratégias de regulação emocional como estas, consideradas maladaptativas, pode trazer conforto temporário, mas a longo termo tem conseqüências na saúde mental e bem-estar. No caso da supressão emocional, esta é uma estratégia que tem impacto apenas na dimensão comportamental da resposta emocional, diminuindo a expressão da emoção no momento, mas aumentando a ativação fisiológica e emocional a longo prazo, pois a supressão não faz com que as emoções negativas não sejam experienciadas, apenas não são expressadas e acabam por se acumular (Gross & John, 2003; Gross & Thompson, 2007). No que toca à intolerância ao *distress*, a literatura indica que uma menor tolerância a estados emocionais aversivos, pode levar a um maior uso de estratégias maladaptativas de regulação emocional, sejam estas a supressão, a ruminação ou o evitamento, todas estas associadas a um risco acrescido de psicopatologia (Jeffries et al., 2015; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993).

No presente estudo, foi possível, ainda, verificar um efeito mediador significativo da intolerância ao *distress* na associação entre as experiências de estigma e a sintomatologia ansiosa. De forma específica, os resultados mostraram que níveis mais elevados de estigma estão associados a uma menor capacidade para tolerar o *distress*, traduzindo-se, por sua vez,

em maior sintomatologia ansiosa. Nesta análise de mediação não se verificou um efeito direto significativo das experiências de estigma na sintomatologia ansiosa, o que pode estar associado ao facto de as experiências de estigma que se demonstram mais impactantes na saúde mental dos indivíduos infetados estarem sobretudo associadas a domínios mais internalizados do indivíduo, não passando o sofrimento tanto por reações a ameaças externas, relacionadas com a ansiedade (Clark & Beck, 2010). Apenas quando a isto se adiciona uma tolerância mais baixa à frustração e a estados emocionais negativos (*distress*) relativos às experiências de estigma parece aumentar a sintomatologia ansiosa. De acordo com o Modelo Cognitivo da Ansiedade (Clark & Beck, 2010), esta relaciona-se com uma perceção exagerada ou inapropriada de uma ameaça, assim como a perceção de que o indivíduo não tem capacidade para lidar com ela. De facto, uma menor capacidade para tolerar estados negativos afeta a avaliação que os sujeitos fazem de situações negativas (como por exemplo poderia ser uma situação de discriminação), assim como as consequências que estas têm neles. Estes indivíduos percecionam as situações negativas como intoleráveis e os sintomas ansiosos como mais esmagadores e incontrolláveis, envolvendo-se em estratégias maladaptativas que lhes forneçam alívio imediato, embora que temporário (Keough et al., 2010), o que funciona como um fator de manutenção dos sintomas ansiosos, não deixando que o sujeito enfrente o seu medo e perceba a ameaça real (Westbrook et al., 2011).

Na mesma linha, e relativamente à associação entre as experiências de estigma e a sintomatologia depressiva, verificou-se um efeito mediador significativo da supressão emocional e da intolerância ao *distress*. Especificamente, níveis mais elevados de estigma estão associados a maior supressão emocional e a menor capacidade para tolerar o *distress*, estando estes, por sua vez, associados a maior sintomatologia depressiva. Segundo Gross e John (2003), a supressão emocional estaria associada a maior sintomatologia psicopatológica, mas, em especial, depressiva. Nesta análise de mediação, o efeito direto das experiências de estigma na sintomatologia depressiva mostrou-se significativo, ainda que uma parte bastante relevante desta associação tenha ocorrido através dos processos de regulação emocional (efeito indireto). Pela mesma lógica referida anteriormente, o facto de as experiências de estigma mais internalizadas terem um maior impacto na saúde mental dos indivíduos infetados pelo VIH, parece ser suficiente para que estas experiências aumentem, por si só, a sintomatologia depressiva, uma vez que, segundo Beck (1964), a depressão se prende com temas de fracasso e com uma visão negativa de si próprio, do futuro e do mundo. Esta associação torna-se mais evidente quando a ela estão agregadas uma baixa tolerância ao *distress* e a utilização de supressão emocional como forma de lidar com estas experiências. Como referido na literatura,

os indivíduos que recorrem à supressão emocional experienciam e expressam menos emoções positivas e mais emoções negativas, têm menos sucesso a reparar estados de humor negativos, menos aceitação pelas suas emoções, menor autoestima, menor satisfação com a vida, têm mais dificuldades em partilhar as suas emoções e evitam relações próximas (Gross, 1998; Gross & John, 2003; Schutte et al., 2009), que se podem considerar fatores de risco em relação aos sintomas de depressão. Em especial, fatores como a autoestima e autoimagem e o isolamento social, também muito associados ao estigma relacionado com o VIH (Armoon et al., 2022; Wright et al., 2007). Quanto à intolerância ao *distress*, como referido anteriormente, por si só, traduz-se numa perceção mais negativa das situações e, leva à utilização de estratégias de regulação emocional como a supressão, dando origem, também, a sintomatologia depressiva.

Em termos gerais, estes resultados são consistentes com o descrito na literatura no contexto do VIH, tendo sido descrito que uma pior regulação emocional está associada, entre outros fatores, a mais sintomas ansiosos e depressivos (Brandt et al., 2016). Particularmente, no que respeita aos níveis de intolerância ao *distress*, mediador de ambos os indicadores de psicopatologia, níveis mais altos têm sido positivamente associados a sintomatologia ansiosa e depressiva (Brandt et al., 2013; O’Cleirigh et al., 2007) e às experiências de estigma em relação ao VIH (Wright et al., 2007). Ainda, acontecimentos de vida stressantes, como as experiências de estigma e discriminação, têm mostrado interagir significativamente com uma maior intolerância ao *distress* (O’Cleirigh et al., 2007).

4.1. Limitações e contributos

No que concerne às limitações deste estudo, pode-se considerar o tamanho da amostra utilizada, que é bastante reduzida em comparação ao número de sujeitos infetados pelo VIH, bem como o método de amostragem não probabilístico, o que não permite generalizações com total confiança. Também, sendo um desenho de estudo transversal, não permite que sejam estabelecidas relações de causalidade entre as variáveis, embora a direção do modelo proposto tenha sido baseada na literatura. Em estudos futuros seria útil realizar estudos longitudinais com estas variáveis, de modo a ser possível determinar a direção de causalidade com maior certeza. Ainda, o facto de este ter sido um estudo constituído por questionários de autorresposta pode ter dado azo a enviesamento devido à desejabilidade social. Contudo, o facto de o estudo ter sido realizado através de um inquérito online, fornecendo um maior anonimato, poderá ter reduzido este aspeto.

Apesar das limitações, este estudo contribuiu de forma inovadora e importante para explorar o papel mediador da reavaliação cognitiva, da supressão emocional e da intolerância ao *distress* na associação entre as experiências de estigma relativas ao VIH e a saúde mental dos sujeitos infetados. Os resultados obtidos neste estudo são, também, úteis no que toca a implicações na prática clínica. Em primeiro lugar, é importante que os profissionais estejam conscientes do estigma existente em volta desta infeção e das suas implicações na saúde mental destes indivíduos. Apesar da evolução que se tem verificado nos últimos anos, para alguns doentes o estigma continua a ser um problema muito presente e importante para o bem-estar dos doentes. Isto pode incluir a contínua sensibilização e educação dos profissionais de saúde para as experiências de estigma relacionado com o VIH, de modo a fornecer um ambiente de cuidado seguro e livre de julgamento. No que diz respeito à intervenção, mais especificamente, abordagens terapêuticas baseadas na evidência, como a terapia cognitivo-comportamental, que ajuda os indivíduos a identificar e modificar padrões de pensamento disfuncionais e a substituí-los por outros mais realistas e adaptativos (APA, 2017), assim como a terapia de aceitação e compromisso (Harris & Hayes, 2019), que enfatiza a aceitação das emoções, permitindo que os indivíduos as experienciem sem serem dominados por elas, podem ser eficazes na redução dos sintomas ansiosos e depressivos e na promoção das capacidades de regulação emocional. Os resultados deste estudo sugerem que a intervenção psicológica deve ser focada em reduzir o uso de estratégias de regulação emocional maladaptativas para lidar com as experiências de estigma, devendo-se reduzir a supressão emocional e fortalecer a tolerância ao *distress*. Para isto, é fundamental fornecer psicoeducação acerca destes processos e como estes funcionam, de modo a aumentar a consciencialização sobre estes padrões de regulação emocional e, explorar as suas consequências negativas. Além disto, é importante promover a utilização de estratégias mais saudáveis e adaptativas, com melhor impacto na saúde mental e bem-estar em geral, como a reavaliação cognitiva, fazendo treinos com os sujeitos e praticando a utilização desta estratégia. Neste caso, sendo que o estigma relacionado com o VIH pode conduzir ao isolamento social e à falta de apoio (e capacidade de mobilizar apoio), o que pode contribuir para uma pior saúde mental, pode ser útil incentivar a participação em grupos de apoio, redes de apoio social e atividades comunitárias, encorajando a conexão com outros indivíduos que partilham experiências semelhantes.

Referências

- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974-983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- American Psychological Association. (2017). What is cognitive behavioral therapy? <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
- Armoon, B., Fleury, M., Bayat, A., Fakhri, Y., Higgs, P., Moghaddam, L. F., & Gonabadi-Nezhad, L. (2022). HIV related stigma associated with social support, alcohol use disorders, depression, anxiety, and suicidal ideation among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(17), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00527-w>
- Arrington-Sanders, R., Hailey-Fair, K., Wirtz, A. L., Morgan, A., Brooks, D., Castillo, M., Trexler, C., Kuwait, J., Dowshen, N., Galai, N., Beyrer, C. & Celentano, D. (2020). Role of structural marginalization, HIV stigma, and mistrust on HIV prevention and treatment among young black latinx men who have sex with men and transgender women: perspectives from youth service providers. *AIDS Patient Care and STDs*, 34(1), 7-15. <https://doi.org/10.1089/apc.2019.0165>
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., & Moos, R. (2009). Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behavior Therapy*, 40(3), 291-301. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.08.001>
- Berger, B. E., Ferrans, C. E. & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV Stigma Scale. *Research in Nursing & Health*, 24, 518-529. <https://doi.org/10.1002/nur.10011>
- Brandt, C. P., Jardin, C., Sharp, C., Lemaire, C., & Zvolensky, M. J., (2016). Main and interactive effects of emotion dysregulation and HIV symptom severity on quality of

- life among persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 29(4), 498-506.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1220484>
- Brandt, C. P., Zvolensky, M. J., & Bonn-Miller, M. O. (2013). Distress tolerance, emotion dysregulation, and anxiety and depressive symptoms among HIV+ individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 37(3), 446–455. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9497-9>
- Clark, D. A., Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. The Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed). Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV Stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160–1177. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: The birth of the prison*. Vintage Books.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224–237. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.1.224>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). The Guilford Press.
- Harris R. & Hayes, S. C. (2019). *ACT Made Simple* (2nd ed.). New Harbinger Publications.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A Regression-based approach* (2^a ed). The Guilford Press.

- Herek, G. M., Saha, S., & Burack, J. (2013). Stigma and psychological distress in people with HIV/AIDS. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 41–54. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746606>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2022). Relatório infeção por VIH em Portugal. Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. <https://www.insa.min-saude.pt/relatorio-infecao-por-vih-em-portugal-2022/>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2019). Communities are making the difference in the HIV response. UNAIDS. <https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/december/communities-are-making-the-difference-in-the-hiv-response>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2020). Evidence for eliminating HIV-related stigma and discrimination. UNAIDS. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/eliminating-discrimination-guidance>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2022). Fact Sheet 2022. UNAIDS. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2022). UNAIDS data 2022. UNAIDS. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/2022_unaids_data
- Jeffries, E. R., McLeish, A.C., Kraemer, K.M. & Fleming, J. B. (2015). The role of distress tolerance in the use of specific emotion regulation strategies. *Behavior Modification*, 40(3), 439–451. <https://doi.org/10.1177/0145445515619596>
- Keough, M. E., Riccardi, C.J., Timpano, K.R., Mitchell, M. A. & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567–574. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.002>
- Latkin, C., Weeks, M., Glasman, L., Galletly, C. & Albarracin, D. (2010). A dynamic social systems model for considering structural factors in HIV prevention and detection. *AIDS and Behavior*, 14(2), 222–238. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9804-y>

- Levy, M. E., Wilton, L., Philips II, G., Glick, S. N., Kuo, I., Brewer, R. A., Elliott, A., Watson, C. & Magnus, M. (2014). Understanding structural barriers to accessing HIV testing and prevention services among black men who have sex with men (BMSM) in the United States. *AIDS and Behavior*, 18(5), 972–996. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0719-x>
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin*, 136(4), 576–600. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0019712>
- Lieberman, M. D., Inagaki, T. K., Tabibnia, G., & Crockett, M. J. (2011). Subjective responses to emotional stimuli during labeling, reappraisal, and distraction. *Emotion*, 11(3), 468–480. <https://doi.org/10.1037/a0023503>
- Lucena-Santos, P., Palmeira, L., Duarte, C., Oliveira, M. & Pinto-Gouveia, J. (2013, setembro 25-28). Distress Tolerance Scale-Simons (DTS-S): Preliminary data for the Portuguese Version Stress [Poster presentation]. 43rd Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Marraquexe, Marrocos. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29865.01122>
- Machado Vaz, F. J. & Martins, C. (2008). Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população Portuguesa [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. <https://hdl.handle.net/1822/9898>
- Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Sawires, S. R., Ortiz, D. J., Szekeres, G. & Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 22(2), S67–S79. <https://doi.org/10.1097/aids.0000327438.13291.62>
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. & Fredrickson, B., L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.1.20>
- O’Cleirigh, C., Ironson, G., & Smits, J. A. J. (2007). Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the

- management of HIV? *Behavior Therapy*, 38(3), 314–323.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.11.001>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2), 225–237.
<https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1), 13–24. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00304-0)
- Peterson, J. L. & Jones, K. T. (2009). HIV prevention for black men who have sex with men in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(6), 976–980.
<https://doi.org/10.2105/ajph.2008.143214>
- Ray, R. D., McRae, K., Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2010). Cognitive reappraisal of negative affect: Converging evidence from EMG and self-report. *Emotion*, 10(4), 587–592.
<https://doi.org/10.1037/a0019015>
- Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globerman, J., Chambers, L., Wilson, M., Logie, C. H., Shi, Q., Morassaei, S. & Rourke, S. B. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: A series of meta-analyses. *BMJ Open*, 6(7), e011453. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011453>
- Schutte, N. S., Manes, R. R., & Malouff, J. M. (2009). Antecedent-focused emotion regulation, response modulation and well-being. *Current Psychology*, 28, 21-31.
<https://doi.org/10.1007/s12144-009-9044-3>
- Schwarcz, S., Richards, T. A., Frank, H., Wenzel, C., Chin Hsu, L., Chin, C. J., Murphy J. & Dilley J. (2011). Identifying barriers to HIV testing: Personal and contextual factors associated with late HIV testing. *AIDS Care*, 23(7), 892-900.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2010.534436>

- SER+ Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida. (2022). Stigma index 2.0: Índice do estigma das pessoas que vivem com VIH. <https://cad.vih.pt/areas-de-atuacao/investigacao/>
- Silva, I. L., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Contributo para a adaptação da Hospital Anxiety and Depression Scale à população portuguesa com doença crónica. *Psychologica*, 41, 193-204.
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83–102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1994). *The Hospital Anxiety and Depression Scale manual*. Nfer-Nelson.
- Sistema Nacional de Saúde. (2022). Prevenção da infeção por VIH. Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/vih/prevencao-da-infecao-por-vih/>
- Sistema Nacional de Saúde. (2022). Rastreio e diagnóstico da SIDA. Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/vih/rastreio-e-diagnostico-da-sida/>
- Sullivan, M. C., Rosen, A. O., Allen, A., Benbella, D., Camacho, G., Cortopassi, A. C., Driver, R., Ssenyonjo, J., Eaton, L. A. & Kalichman, S. C. (2020). Falling Short of the first 90: HIV stigma and HIV testing research in the 90–90–90 era. *AIDS and Behavior*, 24(2), 357-362. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02771-7>
- Szasz P. L., Szentagotai, A., & Hoffman, S. G. (2011). The effect of emotion regulation strategies on anger. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 114-119. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.11.011>
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775-808. <https://doi.org/10.1037/a0027600>

- Westbrook, D., Kennerley, H. & Kirk, J. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications* (2nd ed.). Sage.
- Wolgast, M., Lundh, L. G., & Viborg, G. (2011). Cognitive reappraisal and acceptance: An experimental comparison of two emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 49(12), 858-866. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.011>
- World Health Organization. (2022). HIV data and statistics. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics>
- World Health Organization. (2022). HIV/AIDS. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- World Health Organization. (2022). Vulnerable groups and key populations at increased risk of HIV. <https://www.emro.who.int/asd/health-topics/vulnerable-groups-and-key-populations-at-increased-risk-of-hiv.html>
- World Health Organization. (2018). Why the HIV epidemic is not over. WHO. <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-the-hiv-epidemic-is-not-over>
- Wright, K., Naar-King, S., Lam, P., Templin, T., & Frey, M. (2007). Stigma Scale Revised: Reliability and validity of a brief measure of stigma for HIV+ youth. *Journal of Adolescent Health*, 40(1), 96–98. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.08.001>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 419(6), 406-410. <https://doi.org/10.1177/0963721410388642>