

1120
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

DM
DIAS/c.1

MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

**A DOENÇA MENTAL NAS PESSOAS PORTADORAS DO
VIH/SIDA**

Orientado por: Prof. Dr. José Luís Pais Ribeiro

Carla Alexandra da Conceição Dias

N.º 14637



2008

ISPA
Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Folha: 17919
Data: 3, 2, 09
T. 21 001 17 00 • I. Lisboa • ipa.pt

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do Prof. Dr. José Luís Pais Ribeiro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme Portaria nº107/97 de 17 de Fevereiro.

Agradecimentos

Agradeço,

A orientação do Prof. Dr. José Luís Pais Ribeiro

Às pessoas que permitiram a realização deste estudo

Pe António Pires do Centro Social e Paroquial N.ª Sr.ª da Conceição da Costa de Caparica

Pe. Pedro Quintela da Associação Vale de Acór

Prof. Eugénio Fonseca da Caritas Diocesana de Setúbal

Enf. Ana Campos Reis da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa

Sílvia Carambola do Lar Tulipa e Marco do Grilo

De forma particular, a todos os participantes, utentes destas Instituições que colaboraram

neste trabalho

Bem como a todos aqueles que ao longo destes dois anos me apoiaram e ajudaram e com o

incentivo pude contar

A todos vocês, que sabem quem são

Muito Obrigada

Resumo

O VIH/SIDA tem múltiplas implicações e consequências, de ordem psicológica, social e familiar, que vão desde o isolamento, abandono e rejeição social, à doença e à morte, passando pelo medo e pela ansiedade, bem como pela diminuição da auto-estima, pelo sentimento de perda de controlo, pelos disfuncionamentos sexuais, pelas perturbações familiares, profissionais e sócio-económicas (Ramos, 2004).

O presente estudo pretendeu caracterizar os Traços Psicopatológicos, Suporte Social e Estratégias de Coping, avaliar a prevalência de psicopatologia e potenciais associações entre Suporte Social, Estratégias de Coping e Doença Mental, numa amostra da população portadora do VIH/SIDA da Grande Lisboa e Distrito de Setúbal, sendo que esta se subdivide em três sub-amostras: Tratamento Ambulatório, Comunidade Terapêutica e Lar Residencial. Para tal foram utilizados quatro questionários, Sócio-Demográfico, BSI, MOS e Brief COPE.

A amostra por conveniência deste estudo foi composta por 77 participantes de ambos os sexos, 60 em Tratamento Ambulatório, 10 em Comunidade Terapêutica e 7 em Lar Residencial, com idades compreendidas entre os 24 e 61 anos, variando o seu nível de escolaridade entre 0 e 13 anos.

Para dar corpo a este trabalho foram colocadas 18 Questões de Investigação, onde se constatou que a perturbação de maior incidência foi o Psicoticismo, bem como o Suporte Tangível e a Aceitação como estratégia para lidar com o stress. Foi o sexo feminino que mais referiu Nunca evitar o Consumo de Álcool e o Consumo de Drogas, bem como a Religião/Espiritualidade surge com um peso significativo como estratégia para lidar com a doença. Constatou-se que foi ao nível da Auto-Culpabilização e Uso de Substâncias onde se observaram mais diferenças estatisticamente significativas, sendo que foi a amostra em Comunidade Terapêutica que mais se evidenciou.

Palavras: VIH/SIDA, Traços Psicopatológicos, Suporte Social, Estratégias de Coping

Abstract

HIV/AIDS has multiple consequences, either at the psychological, social or at the family levels, consequences that range from isolation, abandonment and social rejection, through to illness and death, but also fear and anxiety, reduction in self-esteem, a feeling of loss of control, sexual malfunction, and family, professional and social-economical disruption (Ramos, 2004).

This study aims at characterizing psychopathological traits, social support and coping strategies, appraising the prevalence of psychopathology and potential associations between social support, coping strategies and mental illness in a sample of people with HIV/AIDS of Lisbon and Setúbal; this sample is again subdivided in three others samples: ambulatory treatment, therapeutic community and residential home. Four types of inquiries have been applied: social-demographic, BSI, MOS and Brief COPE.

The convenience sample used in this study includes 77 participants, both male and female, 60 in ambulatory treatment, 10 in therapeutic community, 7 living on a residential home, with ages ranging from 24 to 61, and levels of school-going ranging from none to 13 years.

The subjects were presented with 18 investigation questions, the answers to which led me to conclude that psychoticism is the most frequent disorder, physical support and acceptance the most frequent strategies of coping with stress. Females have mentioned more often than males never avoiding alcohol and drug consumption; religion/spirituality have appeared as significant ways of dealing with the disease. The levels of self-blaming and substance abuse are those in which more statistically significant differences have been observed, the therapeutic community sample being the most salient of them all.

Key-words: HIV/AIDS, psychopathological traits, social support, coping strategies

Índice

I – INTRODUÇÃO.....	1
1. A Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.....	3
1.1. A Terapia Anti-Retroviral.....	9
2. Estratégias de Coping e Suporte Social: a sua importância face às pessoas infectadas pelo VIH	12
2.1. O Suporte Social	13
2.2. As Estratégias de Coping.....	16
3. VIH/SIDA e Variáveis Psicológicas: Doença Mental	20
3.1. A Demência no VIH/SIDA.....	27
4. Problema	29
4.1. Formulação do Problema	29
4.2. Questões de Investigação	30
5. Importância do Estudo	32
II – METODOLOGIA	32
1. Delineamento	32
2. Participantes.....	32
2.1. Participantes.....	32

2.2. Caracterização da Amostra	33
3. Definição das Variáveis	35
3.1. Variáveis Principais	35
3.2. Variáveis Controladas (Sócio-Demográficas)	35
4. Material	39
4.1. Constituição dos Instrumentos	39
4.2. Qualidades Métricas.....	43
5. Procedimentos.....	46
5.1. Procedimentos de Análise de Dados.....	47
III – RESULTADOS.....	48
1. Análise Descritiva	48
2. Análise Quantitativa.....	59
IV - DISCUSSÃO.....	82
V - CONCLUSÃO.....	112
Referências.....	119

Anexos

Anexo A Questionário Sócio-Demográfico

Anexo B Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Anexo C Escala de Suporte Social do MOS

Anexo D Brief COPE

Anexo E Média das Idades dos Participantes, Distribuição dos Inquiridos por Com Quem Habita, Número de Filhos, Ano de Escolaridade e Sexo, Situação Profissional, Outras Doenças, Tipo de Intervenção e Ingestão de Bebidas Alcoólicas e Tipo de Intervenção e Consumo de Drogas

Anexo F Estatísticas Descritivas para os Traços Psicopatológicos de Acordo com o Tratamento em Ambulatório e Lar Residencial

Anexo G Estatísticas Descritivas para o Suporte Social de Acordo com Tratamento em Ambulatório e Comunidade Terapêutica

Índice dos Quadros

Quadro 1: Distribuição dos inquiridos por Sexo.....	33
Quadro 2: Distribuição dos inquiridos por Idade.....	34
Quadro 3: Distribuição dos inquiridos por Estado Civil.....	34
Quadro 4: Descrição das dimensões do BSI.....	40
Quadro 5: Descrição das dimensões do MOS.....	42
Quadro 6: Descrição das dimensões do Brief-COPE	43
Quadro 7: Valores de consistência interna para as dimensões do BSI através do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach.....	44
Quadro 8: Valores de consistência interna para as dimensões da Escala de Suporte Social (MOS) através do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach - entre parêntesis resultados da versão original.....	45
Quadro 9: Valores de consistência interna para as dimensões do Brief COPE através do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach - entre parêntesis resultados da versão original	45
Quadro 10: Distribuição dos inquiridos por Tipo de Intervenção	48
Quadro 11: Distribuição dos inquiridos por Nacionalidade	48
Quadro 12: Distribuição dos inquiridos por Concelho	49
Quadro 13: Distribuição dos inquiridos por Vive Sozinho.....	49
Quadro 14: Distribuição dos inquiridos por Ter Filhos	50
Quadro 15: Distribuição dos inquiridos por Profissão.....	51
Quadro 16: Distribuição os inquiridos por Crença na Existência de Deus.....	52

Quadro 17: Distribuição dos inquiridos por Religião/Espiritualidade como Estratégia para lidar com o Stress por Sexo	52
Quadro 18: Distribuição dos inquiridos por Idade em que foi Infectado pelo VIH/SIDA.....	53
Quadro 19: Distribuição dos inquiridos por Outra Doença e tipo de Intervenção.....	54
Quadro 20: Distribuição dos inquiridos por toma de Terapêutica Anti-Retrovirica e Sexo...	55
Quadro 21: Distribuição dos inquiridos por Orientação Sexual e Sexo	56
Quadro 22: Distribuição dos inquiridos por Alimentação Cuidada e Sexo	57
Quadro 23: Distribuição dos inquiridos por Ingestão de Bebidas Alcoólicas e Sexo	58
Quadro 24: Distribuição dos inquiridos por Consumo de Drogas e Sexo	59
Quadro 25: Estatísticas descritivas para os Traços Psicopatológicos.....	60
Quadro 26: Estatísticas descritivas para os Traços Psicopatológicos de acordo com o Tratamento e resultado do teste t	61
Quadro 27: Estatísticas descritivas para os Traços Psicopatológicos de acordo com o Tratamento e resultado do teste t	62
Quadro 28: Estatísticas descritivas para o Suporte Social.....	63
Quadro 29: Estatísticas descritivas para o Suporte Social de acordo com o Tratamento e resultado do teste de t.....	64
Quadro 30: Estatísticas descritivas para o Suporte Social de acordo com o Tratamento e resultado do teste t	64
Quadro 31: Estatísticas descritivas para as Estratégias de Coping	65
Quadro 32: Estatísticas descritivas para as Estratégias de Coping de acordo com o Tratamento e resultado do teste t	66

Quadro 33: Estatísticas descritivas para as Estratégias de Coping de acordo com o Tratamento e resultado do teste t	67
Quadro 34: Estatísticas descritivas para as Estratégias de Coping de acordo com o Tratamento e resultado do teste t	69
Quadro 35: Estatísticas descritivas para as variáveis sócio-demográficas de acordo com os Traços Psicopatológicos e resultado do teste t (onde se verificam resultados estatisticamente significativos).....	70
Quadro 36: Estatísticas descritivas para as variáveis sócio-demográficas de acordo com os Traços Psicopatológicos e resultado da Anova (onde se verificam resultados estatisticamente significativos).....	71
Quadro 37: Estatísticas descritivas para as variáveis sócio-demográficas de acordo com o Suporte Social e resultado do teste t (onde se verificam resultados estatisticamente significativos).....	72
Quadro 38: Estatísticas descritivas para as variáveis sócio-demográficas de acordo com o Suporte Social e resultado da Anova (onde se verificam resultados estatisticamente significativos).....	73
Quadro 39: Estatísticas descritivas para as variáveis sócio-demográficas de acordo com as Estratégias de Coping e resultado do teste t (onde se verificam resultados estatisticamente significativos).....	74
Quadro 40: Estatísticas descritivas para as variáveis sócio-demográficas de acordo com as Estratégias de Coping e resultado da Anova (onde se verificam resultados estatisticamente significativos).....	75
Quadro 41: Matrizes de correlação para os Traços Psicopatológicos e o Suporte Social de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson	78

Quadro 42: Matrizes de correlação para os Traços Psicopatológicos e as Estratégias de Coping de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson.....	79
Quadro 43: Matrizes de correlação para o Suporte Social e as Estratégias de Coping de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson	81

I – INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007) existem no mundo 33,2 milhões de pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), sendo que destes, 22,5 milhões se encontram no continente africano.

Com o advento da terapia anti-retroviral, o VIH/SIDA tem vindo a ser considerado uma doença crónica (Chaves, 2006; Seidl, Rossi, Viana, Meneses & Meireles, 2005), sendo igualmente considerado um fenómeno Biopsicossocial (Pires, 2006), isto porque um diagnóstico de infecção pelo VIH/SIDA tem implicações médicas, psicológicas e sociais significativas, impondo esforços adaptativos relevantes às pessoas (Seidl, 2005). Segundo Magalhães (2005) apresenta-se de extrema importância olhar a problemática do VIH/SIDA no contexto das interações sociais, de modo a perceber de que forma a doença interfere nas dinâmicas relacionais. Isto porque, desde o início da doença, o VIH/SIDA não se configura a uma doença orgânica, mas apresenta-se antes como um evento psicossocial, cujo tema tem normalmente arraigado estigma, preconceito e sentimentos depreciativos (Oliveira, Araújo & Saldanha, 2006).

Como fenómeno Biopsicossocial (Castanha, Coutinho, Saldanha & Oliveira, 2006; Pereira & Canavarro, 2005; Pires, 2006), o VIH/SIDA tem múltiplas consequências, sendo que entre elas se podem citar consequências físico-orgânicas (perturbações fisiológicas, capacidade física e efeitos colaterais do medicamento), consequências psico-afectivas (preconceito, depressão, auto-estima e autopercepção) e consequências comportamentais (isolamento e sexualidade) (Castanha et al., 2006). Podendo sofrer alterações ao longo do tempo de acordo com épocas específicas do ciclo de vida e contextos pessoais (Pereira & Canavarro, 2005).

Por outro lado, Pereira e Canavarro (2005) referem que as reacções psicológicas observadas nas pessoas infectadas pelo VIH/SIDA se assemelham às manifestadas em pessoas que sofrem de doenças potencialmente letais e de evolução imprevisível (ex.: cancro). Variam desde reacções psicológicas normais como, a surpresa, a negação e a angústia, até respostas patológicas, como a depressão major e condutas suicidas. No entanto, segundo os autores, estas respostas reflectem dimensões psicossociais e familiares específicas, tais como o estigma associado à homossexualidade e ao consumo de drogas, bem como o medo de contágio.

Bolcato (1999, cit. por Souto, 2006) refere que também se podem observar reacções agudas ao stress, distúrbios de ajustamento, medo patológico do VIH/SIDA, distúrbio psicótico agudo, distúrbio afectivo e delírio (estado confusional agudo). No entanto, outros autores consideram que o homem não reage directamente aos acontecimentos, mas sim às representações que deles faz (Lopes & Carrinho, 2005), sendo que para os autores o VIH/SIDA é a tradução clara disso, pois confronta com a impotência e deita por terra as crenças optimistas de cura e de controlo.

Com este estudo procurou-se perceber melhor os conceitos relacionados com problemáticas associadas ao VIH/SIDA, caracterizar o tipo de Suporte Social e Estratégias de Coping das pessoas infectadas pelo VIH, perceber a prevalência de psicopatologia, bem como avaliar as potenciais associações entre Suporte Social, Estratégias de Coping e Doença Mental no infectado pelo VIH/SIDA.

1. A Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana

O VIH/SIDA constitui um dos grandes problemas de saúde pública a nível mundial (Canini, Reis, Pereira, Gir & Pelá, 2004; Castanha et al, 2006; Chaves, 2004; Dias, Gonçalves, Luck & Fernandes, 2004; Felismino, Costa & Soares, 2008; Gaspar de Matos, Battistutta, Simões; Carvalhosa, Dias & Gonçalves, 2003; Lopes & Fraga, 1998; Magalhães, 2005; Miranda, 2004; Seidl, Zannon & Tróccoli, 2005), actualmente afecta cada vez mais pessoas, podendo ser encarado como um problema de proporções epidémicas (Felismino, Costa & Soares, 2008; Ferreira & Figueiredo, 2007; Guazmán & Báez, 2005; Marques, Alves, Duque & Botelho, 2007; WHO, 2003), sendo considerado uma das principais doenças com elevadas taxas de mortalidade (Castanha et al., 2006). No ano de 2007 cerca de 2,1 milhões de pessoas morreram infectadas pelo VIH/SIDA, sendo que no decorrer do mesmo ano mais de 2,5 milhões foram infectadas (WHO, 2007).

O VIH é um retro-vírus que causa no organismo uma disfunção imunológica crónica e progressiva devido ao declínio dos níveis dos linfócitos CD4 (Canini et al., 2004; Lopes & Fraga, 1998; Straub, 2005), sendo que quanto mais baixo for o índice, maior o risco do indivíduo desenvolver SIDA (Canini et al., 2004). A principal patogenia do VIH consiste em destruir e desregular o sistema imunológico da pessoa infectada, efeito este, resultado da contínua replicação, a ponto de deixar a pessoa incapaz de uma resposta imune que lhe permita manter a sobrevivência. A ausência de tratamento adequado, faz com que cerca de 84% das pessoas portadoras do VIH evoluam para SIDA em menos de vinte anos, e morram (Hinrichsen, 2005, cit. por Souto, 2006).

Quando a pessoa começa a desenvolver infecções e tumores, até então controlado por um sistema imunológico competente, diz-se que a pessoa está na fase de SIDA (Hinrichsen,

2005, cit. por Souto, 2006). O quadro de deterioração profunda, progressiva e irreversível da função imunológica, conduz secundariamente ao desenvolvimento de infecções oportunistas, tais como, tuberculose pulmonar, meningite, toxoplasmose cerebral, entre outras (OMS, 1994, cit. por Guazmán & Báez, 2005; Ouakinin, 1999), sendo que o pulmão constitui um dos principais órgãos-alvo das infecções oportunistas e de processos tumorais (Marques et al., 2007).

Em função dos sintomas pode-se estimar a intensidade do dano imunológico, como sendo (Martins, 2004):

1. Imunodeficiência moderada, quando se observa:

- Um emagrecimento maior que 10% do peso corporal;
- Diarreia crônica sem etiologia definida, com duração superior a um mês;
- Febre prolongada sem etiologia definida, com duração superior a um mês;
- Tuberculose pulmonar no último ano;
- Infecções recorrentes do trato respiratório (pneumonia, sinusite);
- Entre outros.

2. Imunodeficiência grave, quando se regista:

- Pneumonia por *Pneumocystis carinii*;
- Toxoplasmose cerebral;
- Criptosporidíase com diarreia persistente, com duração superior a um mês;
- Isosporíase com diarreia persistente com duração superior a um mês;
- Baço ou linfonodos;
- Sepses recorrentes por *Salmonella* (não tifóide);
- Tuberculose extrapulmonar disseminada ou extrapulmonar;

- Linfoma primário de cérebro;
- Linfomas não-Hodgkin das células B;
- Sarcoma de Kaposi;
- Criptococose extrapulmonar;
- Entre outros.

Desde a infecção até ao aparecimento do primeiro sintoma, podem passar vários meses ou anos. Apesar de não haver um intervalo definido de tempo, pode-se observar que o tempo médio de desenvolvimento de sintomas ocorre entre os cinco e os oito anos, no entanto existem pessoas infectadas há pelo menos 15 anos que nunca tiveram complicações de saúde (Carvalho, Morais, Koller & Piccinini, 2007). A fase de latência clínica é chamada de período assintomático (Ouakinin, 1999).

Straub (2005) classifica o avanço da infecção 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 afecta 30% das pessoas em cinco anos, sendo que nesta altura o funcionamento do sistema imunológico é diminuído, levando à manifestação

de doenças oportunistas, sendo as mais comuns, o Sarcoma de Kaposi, linfomas, infecções gastrointestinais e pneumonia;

4º Estágio, onde a pessoa vê a sua condição alterar do VIH para SIDA.

Em 1981 surgiram os primeiros relatos de infecção pelo VIH nos EUA, no entanto o vírus só foi diagnosticado em Portugal em Outubro de 1983 (Aldir, 2006; Felismino, Costa & Soares, 2008), sendo que existe uma grande variabilidade geográfica da prevalência da infecção pelo VIH/SIDA, pois cada região do globo, e cada país apresenta vários e distintos padrões epidemiológicos, caracterizados por formas preponderantes de transmissão da infecção e por subgrupos populacionais com diferentes taxas de incidência (Pereira & Canavarro, 2005).

Desde que o primeiro caso de VIH/SIDA foi diagnosticado em Portugal a situação foi-se agravando a cada ano, encontrando-se a 31 de Dezembro de 2007 cerca de 32 491 casos de infecção pelo VIH notificados pelo Centro Epidemiológico das Doenças Transmissíveis (CEDT, 2008), estimando-se que possam existir cerca de 53000 pessoas infectadas (Aldir, 2006), sendo que 84,2% corresponde aos grupos etário entre 20 e 49 anos, e 82% pertencem ao sexo masculino (CEDT, 2008). Colocando assim Portugal, como um dos países da União Europeia onde a prevalência do VIH/SIDA é mais elevada (Maia, 2006).

A infecção pelo VIH/SIDA apresenta algumas assimetrias epidemiológicas consoante o género, existem diferenças, por vezes significativas, de prevalência da infecção do VIH/SIDA na população feminina comparativamente à masculina, em determinadas áreas geográficas. Por outro lado, contágio no sexo feminino ocorre predominantemente por via

heterossexual e no período fértil da vida, o que torna o papel da mulher de grande importante na propagação da infecção (Pereira & Canavarro, 2005).

A situação epidemiológica do VIH/SIDA na mulher é muito diferente entre os países em vias de desenvolvimento e os países ocidentais. No Ocidente representam cerca de 25% dos casos, sendo que em algumas zonas do continente Africano, particularmente na África ao Sul do Saara, a proporção de mulheres infectadas já ultrapassou o número de homens com infecção, com 13 milhões de casos, contra cerca de 10 milhões de homens infectados (Pereira & Canavarro, 2005).

A evolução do VIH depende da interacção dinâmica entre três factores (Mansinho, 2006):

1º) O Agente: responsável pela infecção cujo significado é:

V_ vírus: partícula de pequenas dimensões que se multiplica dentro das células vivas

Existem dois tipos de VIH (Mansinho, 2006; Ouakinin, 1999):

VIH-1, descoberto em 1983, sendo o agente mais frequente pela infecção pelo VIH em todo o mundo;

VIH-2, descoberto em 1986, sendo mais predominante na África Ocidental, estando no entanto referido infecções provocadas por este vírus em Portugal, França, Espanha e Índia.

I_ imunodeficiência: enfraquecimento (ou deficiência) e destruição das células que são responsáveis pela defesa do organismo, infectadas pelo vírus;

H humana: referente ao ser humano.

O VIH tem uma propriedade, a diversidade genérica, que faz com que consiga ‘escapar’ aos mecanismos de defesa que o organismo humano constrói em cada momento para o destruir, o que tem como consequência, que o vírus se torne facilmente resistente aos medicamentos administrados para combater a infecção, bem como torna difícil a criação de uma vacina capaz de controlar a doença, e/ou de impedir que uma pessoa se infecte (Mansinho, 2006).

2º) O Hospedeiro, que é o responsável pela transmissão da infecção pelo VIH nas pessoas. Este hospedeiro está dependente de três grupos de factores (Mansinho, 2006):

- Factores genéticos, características de cada pessoa que poderão determinar a maior ou menor facilidade de contrair/desenvolver a infecção pelo VIH;
- Susceptibilidade individual, estado do organismo quando a pessoa é exposta a uma determinada quantidade de vírus contidos nos líquidos orgânicos;
- Infeciosidade, capacidade do vírus provocar doença (que é diferente consoante o tipo de vírus).

3º) O Ambiente, que é responsável pela pandemia da infecção pelo VIH, que continua a evoluir em meios sociais e culturais diversos e muito complexos. A interacção dos factores Hospedeiro e Ambiente pode facilitar a transmissão do VIH numa Comunidade, por exemplo, as situações de pobreza, o consumo de drogas, ou as desigualdades entre homens e mulheres, em certas circunstâncias, podem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos de risco que favorecem a transmissão do VIH (Mansinho, 2006).

O VIH pode ser transmitido por via sexual, vertical e sanguínea (Felismino, Costa & Soares, 2008; Souto, 2006), no entanto a evolução da epidemia do VIH/SIDA tem mostrado que a transmissão está relacionada a comportamentos de risco, sendo que a principal via de transmissão é a conduta sexual, podendo atingir qualquer indivíduo, independente das suas características pessoais ou sociais (Torres & Ruffino, 2001). Segundo os autores, a mudança de hábitos está longe de ser simples, e ultrapassa o aspecto informativo, o que leva constantemente ao aprofundamento do debate e da reflexão em torno de práticas educativas, de modo a aumentar eficácia e apontar caminhos que respondam aos diversos desafios a eles relacionadas.

As vias de transmissão do VIH/SIDA, sexual e parentérica, assumem particular importância nos utilizadores de drogas injectáveis (Rodrigues, Dias, Lopes, Neves, Almeida, Abreu & Caria, 2007), uma vez que a partilha de material que tenha estado em contacto com sangue é um dos comportamentos com maior risco para a infecção por VIH/SIDA, sendo Portugal um dos países que enfrenta maiores problemas em relação à epidemia da infecção por VIH/SIDA nos utilizadores drogas injectáveis (Fernandes, Martins, Trigo, Leitão, Coutinho & Paixão, 2005; Guerra & Negreiros, 2003; Passadouro, 2004). No estudo realizado por Rodrigues et al. (2007) acerca da infecção por VIH/SIDA na população toxicod dependente, 44,75% eram portadores da doença, sendo que destes 45,9% pertenciam ao sexo masculino e 39,5% ao sexo feminino, e tinham uma idade compreendida entre os 30 e os 45 anos.

1.1. A Terapia Anti-Retroviral

Com o advento da terapia anti-retroviral, o VIH/SIDA, tem vindo a ser considerado uma doença crónica (Chaves, 2006; Felismino, Costa & Soares, 2008; Seidl, Rossi, Viana,

Meneses e Meireles, 2005), permitindo, mediante a adesão à terapêutica um aumento da esperança de vida (Canini et al., 2004). Isto significa que a introdução em 1996 da terapia anti-retroviral produziu um decréscimo da taxa de mortalidade de cerca de 44% devido à infecção pelo VIH/SIDA entre o período de 1996 e 1997 nos EUA e de aproximadamente 50% no Reino Unido (Bartlet & Moore, 1998, cit. por Ulla & Remor, 2002). No entanto esta é uma realidade nos países em que a disponibilidade destes medicamentos é universal e gratuita (Seidl et al., 2005).

Por outro lado, se é inegável os benefícios do tratamento anti-retroviral, segundo Mansinho (2006) tem também gerado optimismos excessivos, e contribuído para a alteração da percepção do risco da infecção e para o desenvolvimento de falsos sentimentos de segurança. Spinelli (2001, cit. por Correia, 2005) ao contrário de Mansinho (2006) considera que por mais que evoluam os esquemas terapêuticos, estes não retiram o carácter traumático associado ao diagnóstico de infecção pelo VIH, isto porque a ameaça à saúde física mantém-se, o que conduz a pessoa para a incerteza face ao futuro, ou seja, mesmo que a ameaça à sobrevivência diminua a seropositividade mantém-se.

A terapêutica anti-retroviral é programada segundo critérios clínicos, imunológicos e virológicos. A falta de adesão ao Tratamento propicia o aparecimento da resistência do VIH e, conseqüentemente falha terapêutica (Martins, 2004). A pessoa que adere à terapêutica prescrita ininterruptamente, é aquela que não se limita apenas à ingestão dos medicamentos na hora estabelecida, mas também tem em atenção a acção coadjuvante dos fármacos (Kanai & Camargo, 2002). A WHO (2003b) define adesão terapêutica como a extensão em que o comportamento de um indivíduo, para a utilização de medicamentos, cuidados de saúde, alimentação e estilos de vida, está de acordo com as recomendações de um profissional de

saúde com as quais concorda. No entanto, segundo Gray et al. (1998, cit. por Ventura, 2006), o stress pode reduzir a capacidade do doente em aderir à terapêutica, quer pela redução da motivação, quer pelo aumento da dificuldade de concentração e falha de memória.

Rabkin, Ferrando, Lin, Sewell e McElhiney (2000, cit. por Seidl et al., 2005) consideram que o tratamento anti-retroviral traz novos desafios para as pessoas infectadas pelo VIH, quer ao nível da vivência da sexualidade, como da conjugalidade, da paternidade/maternidade, das estratégias adoptadas face as novas possibilidades de tratamento, bem como ao nível do fortalecimento da rede social de apoio. Em simultâneo o tratamento anti-retroviral ao proporcionar um aumento da esperança de vida tem conduzido a uma preocupação crescente com a Qualidade de Vida (QV) das pessoas infectadas (Cruz & Brito, 2005, cit. por Castanha, Coutinho, Saldanha & Ribeiro, 2007). No estudo desenvolvido por Revicki et al. (1998, cit. por Seidl et al., 2005) pessoas infectadas pelo VIH sintomáticas apresentavam índices mais baixos na auto-avaliação da QV, bem como baixos scores ao nível do funcionamento físico e psicológico, quando comparados com pessoas em fase assintomática. Por outro lado, Galvão, Cerqueira e Marcondes-Machado (2004) consideram que a QV das pessoas infectadas pelo VIH não está unicamente relacionada à possibilidade de uma vida mais longa, pois viver com VIH é conviver com a discriminação, o abandono, a segregação, a estigmatização, a falta de recursos sociais e financeiros, a ruptura nas relações afectivas e problemas com a sexualidade, com tudo isto, enfrentar a doença será sempre um assunto problemático e, como consequência, a QV pode ficar comprometida.

O portador do VIH pode sofrer alterações relacionadas às percas físicas, psicológicas e sociais. Sabendo-se que a saúde depende de factores individuais e psicológicos, mas, também, de factores ambientais, socioeconómicos, culturais, históricos e políticos das

comunidades e dos países onde os indivíduos estão inseridos, logo saúde mental e física, o bem-estar e a QV constituem alvos de preocupação crescentes (Castanha et al., 2007).

O VIH/SIDA tem múltiplas implicações e consequências, de ordem psicológica, social e familiar, que vão desde o isolamento, abandono e rejeição social, à doença e à morte, passando pelo medo e pela ansiedade, bem como pela diminuição da auto-estima, pelo sentimento de perda de controlo, pelos disfuncionamentos sexuais, pelas perturbações familiares, profissionais e sócio-económicas (Ramos, 2004).

2. Estratégias de Coping e Suporte Social: a sua importância face às pessoas infectadas pelo VIH

O aumento da esperança de vida nas pessoas portadoras do VIH/SIDA tem conduzido a novas fontes de incertezas, provocadas pela necessidade de reajustar os sentimentos de esperança e orientação para o futuro, as suas relações interpessoais, papéis sociais e identidades (Brashers, 1999, cit. por Castanha et al., 2006).

O VIH/SIDA como qualquer doença transmissível, desperta medos e terrores injustificados de contágio, fruto de crenças, má informação e ignorância. Tal fenómeno tem consequências devastadoras na vida das pessoas infectadas, que são, muitas vezes, entendidas como indesejadas, perdem o seu trabalho, ou não chegam sequer a ser admitidas, são postas de parte por todos, incluindo pelos amigos e família (Ferreira & Figueiredo, 2007; Mansinho, 2006). Segundo Aldir (2006) isto acontece vinte e cinco anos depois do início da doença, onde crescem os conhecimentos sobre como prevenir e tratar, no entanto, estes mesmos avanços não são suficientes para se ultrapassarem problemas básicos de discriminação e de associação da doença a grupos de risco. De tal forma que, segundo Marques et al. (2007) o

VIH/SIDA acaba por ter um impacto significativo a nível social, cultural e económico. O estudo desenvolvido por Cunningham et al. (1995, cit. por Seidl et al., 2005) vai nesse sentido, onde observaram que as pessoas portadoras do VIH/SIDA que se encontravam em situação precária a nível económico apresentavam índices mais baixos ao nível da QV geral, bem-estar emocional, funcionamento cognitivo e funcionamento social.

2.1. O Suporte Social

Na área da psicologia da saúde, o Suporte Social é um construto que tem despertado grande interesse na medida em que a disponibilidade e a satisfação com o apoio social parecem afectar a forma como pessoas portadoras de doenças crónicas se ajustam à doença (Seidl & Tróccoli, 2006).

Cassel (1976) e Cobb (1976) tiveram grande relevância ao apontar a influência das interacções sociais sobre o bem-estar e a saúde das pessoas. Procuraram mostrar como a inexistência ou a precariedade do Suporte Social poderia aumentar a vulnerabilidade a doenças, e como o Suporte Social protegeria os indivíduos de danos à saúde física e mental decorrentes de situações de stress. Segundo Guerra (1994), a pessoa portadora do VIH/SIDA bem adaptada à sua doença, tem que dispor de Suporte Social, considerando, por outro lado, a ausência de depressão como um bom indicador face à capacidade de adaptação à doença.

Segundo Biffi e Mamede (2004), o Suporte Social é formado por meio de relações interpessoais que se estabelecem entre os indivíduos na interacção social. As pessoas ligadas ou unidas por laços de afecto, consideração, confiança, entre outros, podem influenciar mudanças no comportamento e na percepção das situações. Para as autoras o Suporte Social é considerado um fenómeno interpessoal que se manifesta mediante os cuidados

estabelecidos, da reafirmação de confiança e do mérito pessoal do indivíduo. É mediante relações de reciprocidade e inter-ajuda que se favorece o desenvolvimento de recursos psicológicos e físicos na pessoa, tornando-a capaz de enfrentar as dificuldades encontradas (Feather & Wainstock, 1989, cit. por Biffi & Mamede, 2004)

O Suporte Social pode-se expressar de formas distintas, tornando-se evidente quando (Wortman, 1984, cit. por Biffi & Mamede, 2004):

- Envolve expressão de afecto positivo, sendo que desta forma poderá ter capacidade de neutralizar a sensação de isolamento emocional ou solidão;
- Envolve expressão de concordância, interpretação e/ou estimulação dos sentimentos da pessoa apoiada fortalecendo desta forma a sua auto-estima;
- Oferece assistência, consideração e informação permitindo acções educativas, controle de ansiedade, reduzindo desta forma a vulnerabilidade a problemas emocionais;
- Oferece apoio material e/ou económico;
- Quando promove integração Social, de modo a promover na pessoa o sentimento de sentir-se parte de uma rede ou sistema de apoio, com obrigações mútuas ou ajuda recíproca.

Apesar de os idosos serem o grupo etário onde se regista o maior aumento da incidência da infecção pelo VIH/SIDA, nos países desenvolvidos (Casau, 2005), a face social do VIH/SIDA trás uma série de aspectos transversais a todos os grupos etários da população infectada (Dias, Fonseca, Renca & Silva, 2006). Dias et al. (2006) consideram que o VIH/SIDA acarreta um estigma social associado à homossexualidade, mas também toxicoddependência e promiscuidade sexual, o medo da rejeição de familiares, amigos e colegas de trabalho, podem conduzir a situações graves de isolamento social e inclusivamente recusa de apoio médico.

A vida social das pessoas portadoras do VIH/SIDA é marcada pela presença do preconceito e da estigmatização (Carvalho et al., 2007). O estigma associado ao VIH/SIDA destrói os laços e as relações do indivíduo com seu meio, isolando-o de outros indivíduos e da família, fragilizando a sua inserção e o seu Suporte Social, bem como os elementos prejudiciais ao bem-estar e à saúde (Ramos, 2004). Apesar das transformações nas características da epidemia, ainda é forte o impacto social negativo gerado pelo VIH/SIDA, sendo que em alguns casos, enfrentar a estigmatização e o preconceito pode parecer mais difícil do que enfrentar a infecção do ponto de vista da saúde física (Felismino, Costa & Soares, 2008; Guimarães, 1998, cit. por Carvalho et al., 2007). Isto foi o que Sadala e Marques (2006) observaram quando realizaram um estudo com profissionais de saúde, onde passados vinte anos de prestação de cuidados a pessoas portadoras do VIH/SIDA ainda se pode observar comportamentos discriminatórios, relacionados a sentimentos de insegurança e medo do contágio.

Desta forma, quanto mais Suporte Social um indivíduo obtém, mais apto estará para evitar situações de stress ou desenvolver condições favoráveis para o seu confronto e/ou aniquilamento (Fernandes, 1992, cit. por Biffi & Mamede, 2004).

O VIH além de ser uma doença com graves consequências físicas e psicológicas, ela constitui-se também como um fenómeno de natureza social, acompanhado de processos de segregação social baseados em estigmas socialmente construídos e intimamente ligados às representações sociais da doença (Sousa, 2001, cit. por Castanha et al., 2007). Ao mesmo tempo o próprio diagnóstico de infecção pelo VIH é vivido pela pessoa como um acontecimento stressante e traumático, ao estar associado a uma doença crónica (Castillo y Cols, 1997, cit. por Guazmán & Báez, 2005; Griffin et al., 1998, cit. por Margalho, Marques,

Oliveira, Saraiva da cunha & Silvestre, 2007), que activa actividades disfuncionais e esquemas de pensamento inadaptados (Guazmán & Báez, 2005). Por outro lado, o facto de um diagnóstico de infecção pelo VIH ser uma situação indutora de stress (Margalho et al., 2007), faz com que tal elevação dos níveis de stress module a função imunológica (Ulla & Remor, 2002).

O apoio social é um factor modulador da percepção de ameaça que os sujeitos têm das situações nas quais se encontram, e portanto, modulador também da resposta de stress do sujeito (Ulla & Remor, 2002). Segundo Brook (1999, cit. por Castanha, et al., 2007) se por um lado o Suporte Social familiar está associado ao bem-estar psicológico, sendo que o modo como as famílias se adaptam à doença é um reflexo do seu relacionamento íntimo, das suas histórias e do contexto sócio-cultural em que estão inseridas, ao mesmo tempo o suporte dos amigos é útil para a mudança de hábitos de vida, nomeadamente no abandono de comportamentos sexuais de risco e do consumo de drogas.

2.2. As Estratégias de Coping

O Coping é um constructo que tem despertado grande interesse na literatura psicológica (Hobfall, 2002, Thoits, 1995, cit. por Seidl, 2005). No modelo interactivo do stress (*stress transactional model*), Coping refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais voltados para o controlo de agentes stressores, internos ou externos, que são avaliados como sobrecarga aos recursos pessoais (Folkman, Lazarus, Gruen & De Longis, 1986). Este modelo entende que um determinado evento ou situação não é stressante *per si*, o que é relevante é a avaliação (*appraisal*) da pessoa quanto ao carácter stressor do evento ou situação. Assim, a mediação cognitiva influencia o processo de Coping.

Segundo Ouakinia (2000) o Coping funciona como mediador de adaptação psicológica a uma situação ameaçadora, sendo que o mesmo é influenciado por variáveis sócio-demográficas como a educação, o nível sócio-económico, as características de personalidade e os factores contextuais (Holan & Moos, 1987, cit. Ribeiro, 2007).

A procura de Suporte Social pode constituir-se, como uma estratégia de *Coping*, voltada para o controlo da situação ou do agente stressor (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). Isto é, a associação entre Suporte Social e Coping pode ou auxiliar na reavaliação (*reappraisal*) da situação stressante ou facilitar a utilização de determinadas Estratégias de Coping, como as orientadas para o problema (Seidl & Tróccoli, 2006).

Num estudo desenvolvido por Friedland et al. (1996, cit. por Seidl et al., 2005) observou-se que renda familiar, Suporte Social emocional e Coping focalizado no problema eram preditores positivos de QV, por outro lado o Coping focalizado na emoção era um preditor negativo.

No estudo desenvolvido por Margalho et al. (2007) com uma amostra de pessoas infectadas pelo VIH verificaram que existe uma correlação entre o aumento da capacidade de auto-controlo, conhecimento sobre a doença, ajuste de Estratégias de Coping e melhor QV e adaptação ao processo de doença crónica.

Outro aspecto que parece relevante foi o observado no estudo desenvolvido por Castanha et al. (2007) com seropositivos, onde os participantes que se encontravam entre a faixa etária entre os 41 e 50 anos representarem o VIH/SIDA como uma doença que pode ser enfrentada pela esperança e pelo apoio que pode vir da religiosidade, objectivada na figura de

Deus. Segundo os autores a religião pode surgir como apoio, representando uma importante rede de Suporte emocional.

Os sistemas de Suporte Social, como a escola, o trabalho, as comunidades religiosas ou instituições de saúde, promovem factores de protecção aos indivíduos (Carvalho, et al., 2007). Mais concretamente em relação à religiosidade, esta é considerada por alguns autores como um factor de protecção para as pessoas infectadas pelo VIH/SIDA (Prado, Feaster, Schwartz, Pratt, Simth & Szapocznik, 2004).

Por outro lado, Carvalho et al. (2007) consideram que a religiosidade pode ter um papel importante na interpretação dos acontecimentos da vida, e para o desenvolvimento de mecanismos de Coping face às dificuldades e mudança de atitudes que uma infecção pelo VI/SIDA acarreta. O estudo realizado por Siegal e Schrimshaw (2001, cit. por Carvalho et al., 2007) com mulheres portadoras do VIH/SIDA vai neste sentido, isto porque observaram que o envolvimento religioso está relacionado com Estratégias de Coping mais activas face à infecção e a maiores índices de apoio social. Para os autores, o envolvimento religioso poderá servir como um mecanismo de redução do processo de evitamento/ negação e, consequentemente, de prevenção do sofrimento psicológico.

No estudo realizado por Seidl (2005) com uma amostra portadora do VIH/SIDA verificou-se acerca da importância da religiosidade como estratégia para lidar com a doença. A procura de práticas religiosas estava associada positivamente tanto com Estratégias de Coping focadas no problema, bem como na emoção. A autora destaca a necessidade de se elaborar mais estudos que elucidem melhor o papel da religiosidade em situação de doença crónica.

A influência dos factores psicossociais, como o controlo do stress, Estratégias de *Coping*, apoio Social, e hábitos e estilos de vida sobre a função imunológica é, actualmente, uma evidência, estando associados com o processo de evolução da infecção pelo VIH (Ulla & Remor, 2002).

Seidl et al. (2005) no estudo que desenvolveram observaram que variáveis psicossociais contribuem para a explicação das dimensões da QV das pessoas seropositivas. Os mesmos observaram que pessoas seropositivas satisfeitas com o suporte emocional, revelam maior utilização de Estratégias de *Coping* focalizado no problema. Por outro lado as pessoas que viviam com parceiro(a) relataram melhores condições de funcionamento da esfera cognitiva, afectiva e dos relacionamentos sociais, e maior satisfação em relação aos mesmos. Por outro lado, Ulla e Remor (2002) referem que o apoio social tem um papel importante na mediação do impacto que os acontecimentos negativos produzem nas pessoas, e na posterior manifestação de stress. Os mesmos autores apontam para a importância dos factores sociais, e da sua possível influência sobre parâmetros imunológicos.

Os participantes infectados pelo VIH do estudo realizado por Seidl et al. (2005) revelaram utilizar mais estratégias cognitivas e comportamentais direccionados a estratégias focadas no problema e menos na emoção. Segundo os autores o *Coping* focado na emoção poderá ser indicador da presença de dificuldades emocionais associadas à seropositividade. Foram também as pessoas que utilizavam mais a estratégia de *Coping* focado na emoção que fizeram pior avaliação da sua condição física. De igual forma observou-se que, pessoas com menor escolaridade apresentam maior uso desta modalidade de *Coping* (Seidl, Tróccoli & Zsannon, 2001). Por outro lado Estratégias de *Coping* activas favorecem uma elevação na competência imunológica (Ulla & Remor, 2002).

No estudo desenvolvido por Lopes e Fraga (1998) observou-se como principais agentes stressores, o medo da morte, dificuldades financeiras e problemas afectivos, sendo que as estratégias usadas para lidar com tais agentes foram a fuga e a repressão, considerados como estratégia para evitar o problema.

3. VIH/SIDA e Variáveis Psicológicas: Doença Mental

As reacções psicológicas observadas nas pessoas infectadas pelo VIH/ SIDA assemelham-se às manifestadas em pessoas que sofrem de doenças potencialmente letais e de evolução imprevisível (ex. cancro). Variam desde reacções psicológicas normais como, a surpresa, a negação e a angústia, até respostas patológicas, como a depressão maior e condutas suicidas (Pereira & Canavarro, 2005). No entanto, segundo os autores estas respostas reflectem dimensões psicossociais e familiares específicas, tais como o estigma associado à homossexualidade e ao consumo de drogas, bem como o medo de contágio.

Pessoas infectadas pelo VIH estão mais sujeitas a doenças mentais, em comparação com a população normal (Garcês da Silva, 2006), sendo que Margalho et al. (2007) consideram a possibilidade da própria infecção pelo VIH/SIDA ser um factor precipitante de respostas tipo psicopatológicas. Segundo Schönnesson (2000), a depressão torna-se uma íntima companheira do indivíduo infectado pelo VIH/SIDA, devido ao sentimento de incerteza em relação à sua saúde e vida, à insegurança face à frequente alternância entre o mal-estar e o bem-estar, e à expectativa da morte.

A depressão e a ansiedade generalizada sendo a perturbação mais comum (Garcês da Silva, 2006; Linar et al., 1995, cit. por Margalho et al., 2007; Morais & Moura, 2004), no entanto também se pode observar stress pós traumático, fobias específicas ou sociais, bem

como pânico associado com a carga viral (Garcês da Silva, 2006). Outro tipo de manifestação psicopatológica observada é o discurso delirante, pensamento obsessivo, ideação suicida, e episódios maníacos (Linar et al., 1995, cit. por Margalho et al., 2007).

Apesar de a ansiedade e a angústia serem os sintomas psicológicos mais frequentes nos indivíduos portadores do VIH/SIDA (Morais & Moura, 2004), no entanto muitas vezes os próprios sintomas somáticos são a origem de uma ansiedade generalizada sentida como difícil de suportar, tais como a tensão muscular, a diarreia, as náuseas, as palpitações, a sensação de que vai morrer, a fadiga, os vômitos, entre outros (Garcês da Silva, 2006). A ansiedade pode-se manifestar em diferentes momentos: no aconselhamento pré-teste, no diagnóstico, se o resultado for positivo, em várias outras situações durante o curso da infecção pelo VIH/SIDA. Principalmente aquando dos primeiros sintomas (ou das primeiras infecções), quando é necessário introduzir o tratamento anti-retrovirico (Morais & Moura, 2004). Segundo o estudo desenvolvido por Ventura (2006) o próprio stress está relacionado com uma baixa adesão à terapêutica.

O estudo desenvolvido por Lyketson et al. (1997, cit. por Margalho et al., 2007) vai na mesma direcção, no entanto observaram também reacções psicossomáticas, perturbações de consumo de substâncias e perturbações de personalidade. Chuang et al. (1992, cit. por Louro, 1997) realizaram um estudo com seropositivos e observaram que 33% da amostra apresentava perturbação da personalidade. Por outro lado, Brian (1991, cit. por Louro, 1997) refere que cerca de 90% dos indivíduos com VIH/SIDA desenvolvem déficits cognitivos, afectivos, ou disfunções psicomotoras.

Os sintomas depressivos são observados em mais de 50% dos infectados pelo VIH em algum momento da trajetória da doença (Ferreira, 2004). Catz et al. (2000, cit. por Ventura, 2006) vão na mesma linha que o autor anteriormente referenciado, segundo os autores a depressão na pessoa portadora do VIH/SIDA pode ser mais do que uma situação transitória causada pelo impacto do diagnóstico, e representar uma condição duradoura caracterizada por comportamentos auto-destrutivos. Por outro lado, outros autores consideram que a prevalência de depressão major em indivíduos portadores do VIH varia entre 4% e 17,6% independentemente de se tratar de seropositivos sintomáticos ou assintomáticos (Williams et al., 1991, Atkinson et al., 1988, cit. por Louro, 1997).

A incidência destes sintomas aumenta à medida que a doença progride e na associação com patologias cerebrais orgânicas associadas ao VIH. Muitas vezes, é difícil diferenciar os sintomas da depressão daqueles gerados pelos efeitos colaterais de algumas medicações, dos sintomas comuns aos pacientes gravemente doentes ou daqueles com patologias orgânicas cerebrais (Ferreira, 2004).

Ventura (2006), realizou um estudo onde observou que a depressão estava associada à falta de adesão terapêutica, de tal forma que a autora coloca a possibilidade de que sintomas depressivos possam limitar a capacidade de seguir as orientações do médico. Por outro lado, a falta de adesão terapêutica pode contribuir para o agravamento da depressão pela ausência de resultados clínicos favoráveis.

Num estudo realizado com 765 mulheres seropositivas, os resultados indicaram que os sintomas depressivos podem estar associados à progressão da doença, à diminuição da contagem de células CD4 e a um aumento de mortalidade pelo VIH (Ferreira, 2004).

Segundo o autor, o tratamento da depressão além de eliminar os sintomas depressivos, melhora a qualidade de vida do paciente e aumenta a adesão ao Tratamento.

Margalho, Marques, Cabral, Oliveira, Saraiva da Cunha e Silvestre (2007) realizaram um estudo com população portadora do VIH/SIDA, onde a média das idades era de 37,8 anos, sendo que 64% da amostra pertencia ao sexo masculino, e 57% possuía um nível de escolaridade baixo, até ao 1º ciclo. Em relação ao comportamento sexual 42% apresentava-se como sendo heterossexual e 18% como homossexual activo. Relativamente ao diagnóstico clínico observaram 27% de depressão, 15% alcoolismo, 12% distúrbio de personalidade e toxicoddependência. Sendo que os resultados revelaram uma comorbilidade psiquiátrica entre a depressão, alcoolismo e toxicoddependência.

Num estudo realizado por Treisman e Angelino (2004) com recém diagnosticados de infecção pelo VIH/SIDA, observaram que 74% apresentavam diagnóstico de perturbação de consumo de substâncias, 20% depressão major, 18% perturbação de adaptação, 26% distúrbios de personalidade e 18% perturbação afectiva. Tais resultados levaram os autores, tal como Margalho et al. (2007) a constatar que a comorbilidade psicopatológica poderá ser um fenómeno nestes doentes.

Por outro lado no estudo desenvolvido por Gallego, Gordillo e Catalán (2000) os autores, ao nível das características sócio-demográficas, verificaram que estas estavam associadas à comorbilidade psicopatológica, sendo que as pessoas que manifestaram mais dificuldades de adaptação à situação de portador do VIH/SIDA, foram as que apresentavam mais idade, tinham menor nível educacional, pertenciam ao sexo feminino, tinham baixo rendimento económico e pertenciam a minorias étnicas.

Murphy & Melby (1999), identificaram quatro estágios de adaptação do indivíduo face ao diagnóstico do VIH:

O 'estágio de crise', aquele imediatamente a seguir ao diagnóstico da infecção pelo VIH, tido como particularmente traumático, durante o qual se manifestam reacções de perplexidade, culpa, negação, isolamento Social, apreensão e ansiedade.

No 'estágio transicional', a pessoa começa a apreender o diagnóstico, especialmente quando confirmado por alterações orgânicas objectivas e/ou preconceito social. Nesse momento, a depressão é o factor mais marcante, inclusive com potencial suicida e alterações no plano consciente do auto-conceito. As alterações na aparência física tornam-se um problema a nível emocional, especialmente pelo que representam em termos de estigmatização. O indivíduo tende ao isolamento e à solidão, sofre do desespero, de sentimento de desvalorização, perda de auto-estima e de produtividade.

No 'estágio de aceitação', o sujeito assume o controlo da situação, reduzindo-se a sua vulnerabilidade ao sofrimento emocional. Adopta, uma postura mais autónoma. Neste momento, torna-se aberto à apreensão de informações e conhecimentos acerca do que está em desenvolvimento na sua vida.

No 'estágio preparatório', a pessoa vislumbra a morte ao perceber que, realmente, está na fase terminal da sua doença. Medo, agonia e incompreensão do futuro ocorrem nesta fase, aproximando ainda mais a morte em torno do seu pensamento.

A reacção aguda ao stress, capaz de se manifestar por ocasião do diagnóstico da infecção pelo VIH, expressa-se, frequentemente, na forma de ansiedade, insónia, dificuldade de concentração, despersonalização e hostilidade. Mas também se pode observar no

indivíduo, um afastamento do serviço assistencial para dar início à transmissão do VIH noutras pessoas, adoptando comportamentos facilitadores dessa transmissão (Bolcato, 1999, cit. por Souto, 2006).

Após a incorporação do diagnóstico, uma vez adaptado à sua condição de portador do VIH e numa fase organicamente assintomática, é comum a ocorrência de desordens de ajustamento desencadeadas por outro factor que não a infecção pelo VIH, como se este outro factor fosse a gota d'água que faltava para que o conteúdo emocional transbordasse (Souto, 2006).

Segundo Bolcato (1999, cit. por Souto, 2006), na fase sintomática da doença, observa-se frequentemente o delírio como manifestação da doença encefálica orgânica, com prejuízo psíquico, cognitivo e comportamental. Pode-se ainda observar desorientação, alucinações, alterações psico-motoras, flutuação do nível de consciência e distúrbios do sono.

Segundo Machado et al. (1996, cit. por Souto, 2006) as pessoas infectadas pela via sanguínea por meio do uso de drogas injectáveis têm maiores propensões à fadiga neurótica, à culpabilidade e à irritação, aliadas à menor força do ego e rebaixamento da resistência à frustração. Esse grupo sofre de maior instabilidade emocional e apreensão, e tem maior dificuldade de adesão à assistência e às práticas preventivas contra a transmissão do VIH, comparado com aquele grupo de pessoas que se infectou por via sexual (Sousa et al., 2000, cit. por Souto, 2006).

Várias pesquisas revelaram que, os mesmos sentimentos de sofrimento, desespero, insegurança, medo, depressão, ansiedade, stress, entre outros, vivenciado pelo indivíduo

infectado pelo VIH, são também vivenciados pela sua família de maneira muito semelhante. Esses sentimentos, por sua vez, podem ser causa de conflitos interpessoais no ambiente familiar (Sousa et al., 2000; Vignale & Calandria, 1999, cit. por Souto, 2006).

Por outro lado, um diagnóstico de VIH pode despoletar atitudes hetero e auto agressivas, que incluem as faltas às consultas, o abandono da terapêutica, as recaídas ou ideias suicidas (Lopes & Carrinho, 2005).

A falta de perspectivas e a imagem de uma trajetória com perdas sucessivas contribuem para o aparecimento de ideias suicidas nos portadores do VIH (Ferreira, 2004). Para alguns autores, os homossexuais infectados pelo VIH/SIDA, representam o grupo mais vulnerável de risco para-suicida (Gibson, 1989, Moscicki et al., 1995, cit. por Saraiva, 2006). Segundo Ferreira (2004) a incidência de ideias suicidas, e de tentativas de suicídio em portadores do VIH é maior do que na população em geral. No entanto, contrariando o padrão observado na população em geral, a ideação e o comportamento suicidas são mais prevalentes em homens do que em mulheres VIH positivas.

Se por um lado, um diagnóstico de VIH pode despoletar ideias suicidas, por outro lado, o mesmo diagnóstico pode ter noutras pessoas um efeito reestruturante. O desejo de reparação torna-se poderoso e o indivíduo passa, por todos os meios, a tentar aproveitar e preservar a sua vida (Lopes & Carrinho, 2005).

Para Gonzalez e Romero (1996, cit. por Souto, 2006), algumas das perturbações psiquiátricas resultam, de disfunções neurológicas orgânicas devido ao acometimento

infeccioso, metabólico, medicamentoso ou neoplásico do sistema nervoso central, podendo-se expressar ainda na forma de uma depressão maior ou depressão psicótica.

3.1. A Demência no VIH/SIDA

Desde a descrição dos primeiros casos de infecção pelo VIH/SIDA que se observa a existência de quadros demenciais e de outros quadros neurológicos associados. Classicamente, na fase assintomática e na fase sintomática inicial podem ser observados distúrbios cognitivos mais brandos, caracterizados por comprometimento da atenção e concentração, e por uma certa lentificação no desempenho mental. Uma parte desses quadros evolui para demência com o avanço da doença e da imunodeficiência (Tostes & Oliveira, 2004).

A afecção do Sistema Nervoso Central (SNC) e espinal-medula, consequência directa da infecção pelo VIH, ocorre devido às infecções oportunistas e tumores do tecido cerebral, secundárias à mesma. A infecção primária do SNC por VIH ocorre por infecção da substância branca traduzindo-se num quadro de demência sub-cortical que inclui perda de memória, lentificação dos processos de cognição, apatia, sintomas depressivos e alterações motoras, entre outras (Louro, 1997). A síndrome demencial nestes doentes atinge cerca de 7,3% dos indivíduos, e cerca de 60% na fase terminal sofre de deficit cognitivo (Janssen et al., 1992, cit. por Louro, 1997). Apesar da demência ocorrer em cerca de 20% dos indivíduos infectados pelo VIH, frequentemente tem presente outros sintomas (Louro, 1997).

Em alguns casos, a demência pode surgir de forma mais abrupta. Na demência associada ao VIH-1 observa-se uma intensificação dos distúrbios observados nos indivíduos com distúrbios cognitivo-motores leves. Ou seja, é mais expressivo o comprometimento da

atenção e da concentração, a dificuldade na aquisição de novos conhecimentos, havendo um conseqüente prejuízo do desempenho social e profissional dos indivíduos. Acentua-se a lentificação psicomotora, e pode-se observar apatia, isolamento social e abandono das actividades habituais. Raramente se observa agnosia, afasia e apraxia. Em certos casos, podem surgir alterações mais graves do comportamento com a presença de delírios ou quadros maniformes além dos distúrbios cognitivos (Tostes & Oliveira, 2004).

Podem-se observar nestes doentes uma dificuldade não usual, até então, de manter a atenção em determinadas actividades, como por exemplo, na leitura, dificuldade na resolução de problemas ou distúrbios leves de memória. Tarefas que até então eram desenvolvidas sem grandes dificuldades, em determinado momento passam a ser feitas com certas limitações. O quadro pode-se assemelhar a um transtorno depressivo. A diferença é que, em geral, na vigência de transtornos na esfera cognitiva, o indivíduo mostra-se mais apático ou desinteressado do que triste (Tostes & Oliveira, 2004).

No estudo realizado por Guazmán e Báez (2005) acerca das distorções cognitivas nas pessoas infectadas pelo VIH, os autores observaram que a percepção dos seropositivos têm da sua relação familiar, influência o seu estado emocional e psicológico, sendo que as conseqüências mais negativas acontecem quando percebem uma situação de indiferença. Por outro lado distorções cognitivas e depressão estão altamente correlacionadas. Ao mesmo tempo são o Catastrofismo, o Perfeccionismo e a Externalidade os factores das distorções cognitivas mais presentes nas pessoas infectadas pelo VIH.

4. Problema

4.1. *Formulação do Problema*

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007) existem no mundo 33,2 milhões de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA, sendo que destes, 22,5 milhões encontram-se no continente africano. A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2007 era de cerca de 32 491 casos notificados (CVEDT, 2008).

A QV do portador do VIH/SIDA é extremamente importante (Garcês da Silva, 2006). Vários estudos passaram a investigar associações entre variáveis psicológicas, Estratégias de Coping e Suporte Social, com o intuito de identificar factores que propiciassem o ajustamento à condição de doença crónica (Dunbar, Mueller, Medina & Wolf, 1998, cit. por Seidl, et al., 2005).

O período entre a infecção pelo VIH e a manifestação da SIDA pode durar alguns anos, porém, apesar do indivíduo portador do vírus estar muitas vezes assintomático, pode apresentar importantes transtornos na esfera psicossocial, a partir do momento em que sabe do diagnóstico (Canini et al., 2004). A investigação sobre o Suporte Social tem sido objecto de interesse devido às situações de preconceito e discriminação que podem caracterizar as reacções sociais face à infecção por VIH, conduzindo frequentemente ao isolamento social e restrição dos relacionamentos interpessoais e às dificuldades no campo afectivo-sexual, com impacto negativo na rede social de apoio de pessoas que vivem com a doença (Green, 1993, cit. por Seidl et al., 2005).

Alguns estudos têm mostrado que as diversas alterações que ocorrem no sistema nervoso do portador do VIH/SIDA está associado com depressão e/ou stress, e que estes

podem influenciar a evolução da doença, sendo que as alterações nos estados psíquicos e sociais podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade biológica (Thompson et al., 1996, cit. por Canini et al, 2004).

O presente estudo pretende avaliar e caracterizar os Traços Psicopatológicos, o Suporte Social e o tipo de Estratégias de Coping de uma amostra de indivíduos portadores do VIH/SIDA residentes nas zonas da Grande Lisboa e Distrito de Setúbal, com o objectivo de verificar de que forma se caracterizam e correlacionam as dimensões acima mencionadas tendo em conta três sub-amostras, uma amostra em Tratamento Ambulatório, outra amostra em Comunidade Terapêutica e uma terceira amostra integrada em Lar Residencial.

4.2. Questões de Investigação

Desta forma foram colocadas as seguintes Questões de Investigação:

1. Como se caracterizam os sujeitos portadores do VIH/SIDA ao nível dos Traços Psicopatológicos;
2. Em que difere a caracterização dos Traços Psicopatológicos nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Comunidade Terapêutica;
3. Em que difere a caracterização dos Traços Psicopatológicos nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Lar;
4. Em que difere a caracterização dos Traços Psicopatológicos dos sujeitos integrados em Lar, dos sujeitos integrados em Comunidade;
5. Como se caracterizam os sujeitos portadores do VIH/SIDA ao nível do Suporte Social;
6. Em que difere a caracterização do Suporte Social nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Comunidade Terapêutica;

7. Em que difere a caracterização do Suporte Social nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Lar;
8. Em que difere a caracterização do Suporte Social dos sujeitos integrados em Lar, dos sujeitos integrados em Comunidade;
9. Como se caracterizam os sujeitos portadores do VIH/SIDA ao nível das Estratégias de Coping;
10. Em que difere a caracterização das Estratégias de Coping nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Comunidade Terapêutica;
11. Em que difere a caracterização das Estratégias de Coping nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Lar;
12. Em que difere a caracterização das Estratégias de Coping dos sujeitos integrados em Lar, dos sujeitos integrados em Comunidade;
13. De que forma as variáveis sócio-demográficas se relacionam com os Traços Psicopatológicos nos sujeitos portadores do VIH/SIDA;
14. De que forma as variáveis sócio-demográficas se relacionam o Suporte Social dos sujeitos portadores do VIH/SIDA;
15. De que forma as variáveis sócio-demográficas se relacionam as Estratégias de Coping dos sujeitos portadores do VIH/SIDA;
16. Será que existe correlação entre os Traços Psicopatológicos e o Suporte Social;
17. Será que existe correlação entre os Traços Psicopatológicos e as Estratégias de Coping;
18. Será que existe correlação entre o Suporte Social e as Estratégias de Coping.

5. Importância do Estudo

Uma das áreas de rara investigação realizada na área do VIH/SIDA em Portugal, diz respeito a estudos que incidam em variáveis psicológicas e psicossociais e que as correlacionem. Sabendo-se que as pessoas infectadas pelo VIH/SIDA podem sofrer alterações relacionadas às percas físicas, psicológicas e Social (Castanha et al., 2007) este estudo pretende ser um contributo para o aprofundamento da caracterização e conhecimentos sobre o portador do VIH nos domínios acima referidos.

II – METODOLOGIA

1. Delineamento

Neste estudo não se pretendeu fazer qualquer intervenção, apenas desenvolver procedimentos no sentido de obter informações sobre o grupo. Trata-se de um estudo exploratório de carácter transversal, assim sendo conta apenas com um momento de avaliação (Ribeiro, 1999).

2. Participantes

2.1. Participantes

Este estudo incidiu sobre uma amostra da população infectada pelo VIH/SIDA de ambos os sexos, residente na área da Grande Lisboa e Distrito de Setúbal, integrados em Instituições/Equipamentos de apoio a pessoas portadoras do VIH/SIDA. Utilizou-se a técnica de amostragem por conveniência, do tipo não probabilística sequencial.

A recolha de dados ocorreu no período de 20 de Outubro de 2007 a 31 de Março de 2008.

Participaram neste estudo 77 sujeitos, sendo 35 do sexo feminino e 42 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 24 e os 61 anos, com uma escolaridade compreendida entre os 0 e os 13 anos.

No que se refere à idade, os sujeitos foram divididos em três grupos, o primeiro com idades compreendidas entre os 0 e os 24 anos. Ao segundo grupo pertence todos os que têm idades compreendidas entre os 25 e os 49 anos de idade. Do terceiro grupo pertencem os participantes com mais de 50 anos, inclusive. Esta organização tem por base o modo de organização das idades do Relatório Anual da Infecção VIH/SIDA (CVEDT, 2008).

2.2. Caracterização da Amostra

Participaram neste estudo 77 sujeitos portadores do VIH/SIDA, destes, 60 pertenciam à sub-amostra da população em Tratamento Ambulatório, 10 pertenciam à sub-amostra em Comunidade Terapêutica e 7 pertenciam à sub-amostra integrada em Lar Residencial.

No que se refere ao Sexo foi identificada a seguinte distribuição, de acordo com o Quadro 1:

Quadro 1: Distribuição dos inquiridos por Sexo

		Frequência	Percentagem
Sexo	Masculino	42	54,5
	Feminino	35	45,5
	Total	77	100,0

Conforme se pode observar no Quadro 1 houve uma maior percentagem de participantes do sexo masculino (54,5%).

No que se refere à Idade dos sujeitos foi identificado a seguinte distribuição de acordo com o Quadro 2:

Quadro 2: Distribuição dos inquiridos por Idade

		Frequência	Percentagem
Idade	Até 24 anos	3	3,9
	25 - 49 anos	66	85,7
	Mais de 50 anos	8	10,4
	Total	77	100,0

Ao observarmos o Quadro 2 percebemos que existe uma maior percentagem de sujeitos com idades compreendidas entre os 25 e 49 anos, sendo que a média das idades foi de 38,79 anos (Anexo E). Tal como referido anteriormente, a definição de intervalos de idades tem por base o modo de organização das idades do Relatório Anual da Infecção do VIH/SIDA (CVEDT, 2008).

No que diz respeito ao Estado Civil os participantes distribuíram-se conforme os dados do Quadro 3:

Quadro 3: Distribuição dos inquiridos por Estado Civil

			Estado Civil				Total
			Solteiro	Casado(a)/União de Facto	Divorciado(a)/Sepa- rado(a)	Viúvo(a)	
Tipo de Intervenção	Ambulatório	Frequência	41	10	7	2	60
		Percentagem	53,2%	13,0%	9,1%	2,6%	77,9%
	Lar Residencial	Frequência	3	1	1	2	7
		Percentagem	3,9%	1,3%	1,3%	2,6%	9,1%
Comunidade Terapêutica	Frequência	8	0	2	0	10	
	Percentagem	10,4%	,0%	2,6%	,0%	13,0%	
Total	Frequência		52	11	10	4	77
	Percentagem		67,5%	14,3%	13,0%	5,2%	100,0%

Conforme se pode observar através do Quadro 3, a nível global, bem como em cada uma das amostras, a maior percentagem dos sujeitos são solteiros.

3. Definição das Variáveis

3.1. Variáveis Principais

Foram definidas como Variáveis Principais, os Traços Psicopatológicos o Suporte Social e as Estratégias de Coping, variáveis estas operacionalizados através dos instrumentos seleccionados.

3.2. Variáveis Controladas (Sócio-Demográficas)

As Variáveis Controladas foram acedidas através do Questionário Sócio/Demográfico. Foram consideradas as seguintes variáveis:

Sexo: os padrões epidemiológicos do VIH/SIDA encontram-se numa fase de mudança, nos próximos anos prevê-se que o ratio homem/mulher seja de 1:1 (Chaves, Ramalho, Carrilho & Araújo, 2005), no entanto alguns autores consideram que a mulher é mais vulnerável à infecção por VIH/SIDA devido à posição social e económica que ocupa na sociedade, dificultando-lhe o negociar o uso do preservativo, o discutir fidelidade e abandonar relações que a coloquem em risco (Macklin, 2003, cit. por Maia, Guilherme & Freitas, 2008);

Idade: A idade entre os 25 e os 49 anos corresponde ao intervalo onde se verifica a maior distribuição de diagnóstico de infecção por VIH/SIDA (CVEDT, 2008);

Nacionalidade: Existe uma grande variabilidade geográfica da prevalência da infecção pelo VIH/SIDA. Cada região do globo, e cada país apresenta vários e distintos padrões epidemiológicos, caracterizados por formas preponderantes de transmissão da infecção e por subgrupos populacionais com diferentes taxas de incidência (Pereira & Canavarro, 2005). Portugal tem uma grande diversidade de estilos de vida, hábitos culturais e concentrações demográficas diferentes, apesar de ser um pequeno território (Guerra & Negreiros, 2003). Sendo composto por dezoito distritos a infecção por VIH/SIDA está essencialmente concentrada em quatro, Lisboa, Porto Setúbal e Faro (CVEDT, 2008; Guerra & Negreiros, 2003);

Localidade (concelho): Com esta variável pretendeu-se analisar a distribuição geográfica dos participantes nos diferentes concelhos da zona da Grande Lisboa e Distrito de Setúbal;

Estado civil, Vive Sozinho e Filhos: Pessoas que vivem com parceiro(a) relataram melhores condições de funcionamento da esfera cognitiva, afectiva e dos relacionamentos sociais, e maior satisfação em relação aos mesmos (Seidl et al., 2005);

Habilitações Literárias: O VIH/SIDA é uma doença que tem afligido todas as camadas sociais, no entanto, ao longo dos anos, tem havido um aumento no número de casos entre pessoas com baixos níveis de escolaridade e ocupações menos qualificadas (Ferreira & Figueiredo, 2007);

Profissão e Situação profissional: Segundo Mann e Tarantola (1998) existe uma relação directa entre o perfil clínico e epidemiológico do VIH/SIDA e o padrão socio-

económico da população afectada. Isto porque, dos 30 milhões de pessoas infectadas pelo VIH/SIDA no mundo, no final dos anos 90, destes mais de 90% residiam em países subdesenvolvidos, e 40% eram mulheres. Metade dos adultos que contraíram o vírus naquela época tinha entre 15 e 24 anos de idade. Contudo, mais de 90% dos recursos económicos disponíveis ao controle desse agravo estava em poder do mundo desenvolvido;

Crenças na existência em Deus: a religião/ espiritualidade apresenta-se como um factor importante na vida das pessoas portadoras do VIH/SIDA (Pargament, McCarthy, Shah, Ano, Tarakeshwar, Wachholtz, Serrine, Vasconcelles, Murray-Swank, Locher & Duggan, 2004). Esta variável foi avaliada através da questão Acredita na Existência de Deus.

Espiritualidade/Religião como estratégia para lidar com o stress: Deus como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para o confronto/ resolução do problema (Pargament, 1990, cit. por Faria & Seidl, 2006). Segundo Kwilecki (2004), a oração, os rituais, entre outros aspectos espirituais exerce uma função de Coping. Esta variável foi avaliada através da questão, Considera a Religião e/ou a Espiritualidade Importante para Lidar com os Acontecimentos Stressantes da sua Vida, onde se apresentou como opções de resposta: Nunca, Raramente, Quase sempre e Sempre;

Idade quando infectado pelo VIH/SIDA: os anos onde verifica o maior número de diagnóstico de infecção por VIH/SIDA são entre 1997 e 2003, o que corresponde ao intervalo entre 5 a 11 anos de infecção (CVEDT, 2008). Através desta variável também se pretende analisar a fase onde se verifica a possível infecção VIH/SIDA;

Outras doenças: o VIH/SIDA pode produzir um quadro de deterioração acentuado, progressivo e irreversível do sistema imunitário, conduzindo ao desenvolvimento de infecções oportunistas (Lopes & Fraga, 1998). O VIH/SIDA aumentou o peso da tuberculose, sendo o factor de maior risco de progressão de tuberculose para doença clínica (Gomes, Carvalho, Duarte & Neves, 2007; OE, 2008);

Terapia Anti-Retroviral: de acordo com Brito, Castilho e Szwarcwald (2000, cit. por Souto, 2006), o tratamento anti-retroviral contribui para uma melhor QV do ponto de vista orgânico, aumentando a esperança de vida, no entanto a actividade replicativa do VIH é voraz e complexa, e a utilização sistemática dos medicamentos conduz a pessoa à vivência das doenças oportunistas (Vitória, 2004);

Orientação Sexual: Segundo Grant e De Cock (1998) quando a transmissão do VIH ocorre por prática homossexual, pode-se observar uma maior ocorrência de Sarcoma de Kaposi, entre outros. Por outro lado, na transmissão devido a comportamentos heterossexuais ou uso de drogas injectáveis, é mais frequente a tuberculose e outras infecções bacterianas;

Alimentação cuidada: As pessoas portadoras do VIH/SIDA possuem um hipermetabolismo, que conduz a um aumento das necessidades energéticas e nutricionais, face a isto, a nutrição assume um papel essencial na QV e esperança de vida nestes doentes (Dias & Mota, 2006) Esta variável foi avaliada através da questão, Tem uma Alimentação Cuidada, onde se apresentou como opções de resposta: Nunca, Quase sempre, Raramente e Sempre;

Bebidas alcoólicas: O consumo de álcool produz alterações significativas em termos cognitivos, comportamentais e promove efeitos tais como a euforia e sensação de bem-estar.

Frequentemente os doentes alcoólicos descrevem uma falsa percepção de auto-controlo e facilitação de expressão emocional. São doentes com expectativas de auto-eficácia pobres e com crenças disfuncionais relativas à terapêutica anti-retrovirica (Margalho et al., 2007). Esta variável foi avaliada através da questão, Evita Beber Bebidas Alcoólicas, onde se apresentou como opções de resposta: Nunca, Quase sempre, Raramente e Sempre;

Consumo de drogas: O consumo de drogas pode contribuir para o desenvolvimento de comportamentos de risco que favorecem a transmissão do VIH (Mansinho, 2006). Esta variável foi avaliada através da questão, Evita Consumir Drogas, onde se apresentou como opções de resposta: Nunca, Quase sempre, Raramente e Sempre.

4. Material

Neste estudo foram utilizados para a recolha de dados, os seguintes instrumentos de avaliação:

Um Questionário Sócio-Demográfico (Anexo A) previamente elaborado, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory - BSI) (Anexo B), a Escala de Suporte Social do MOS (Medical Outcomes Study Social Support Survey - MOS) (Anexo C) e o Brief COPE (Anexo D).

4.1. Constituição dos Instrumentos

4.1.1. O Brief Symptom Inventory

O Brief Symptom Inventory (BSI) foi traduzido por Canavarro (1999) para a população portuguesa a partir do inventário desenvolvido por Derogatis (1982, cit. por Canavarro, 1999).

O BSI avalia sintomas Psicopatológicos em 9 dimensões e em 3 Índices Globais (Canavarro, 1999).

Quadro 4: Descrição das dimensões do BSI

<u><i>Dimensões do BSI</i></u>	<u><i>Descrição</i></u>
Somatização (S) 7 itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37	Os itens referentes a esta dimensão deixam transparecer o mal-estar que resultam da percepção individual do funcionamento somático, sob a forma de queixas centradas nos sistemas gastro-intestinal, cardio-cascular, respiratório, bem como falta de ar, desconforto, entre outras.
Obsessões-Compulsões (OC) 6 itens: 5, 15, 26, 27, 32 e 36	Os itens desta dimensão reportam a sintomas conotados com síndromes clínicas vivenciadas de forma persistente, como pensamentos, impulsos e ações.
Sensibilidade Interpessoal (SI) 4 itens: 20, 21, 22 e 42	Os itens desta dimensão focalizam os sentimentos de inferioridade e/ou inadequação da pessoa no contacto Social.
Depressão (D) 6 itens: 9, 16, 17, 18, 35 e 50	Os itens referentes a esta dimensão abordam os aspectos cognitivos e somáticos identificados na síndrome depressiva.
Ansiedade (A) 6 itens: 1, 12, 19, 38, 45 e 49	Os itens desta dimensão resultam da associação de um conjunto de sintomas e comportamentos ligados à ansiedade manifesta, como a agitação, o nervosismo e a tensão, bem como da ansiedade generalizada e ataques de pânico.
Hostilidade (H) 5 itens: 6, 13, 40, 41 e 46	Os itens desta dimensão reflectem pensamentos, sentimentos e comportamentos característicos de um estado afectivo negativo de cólera, que se manifesta pela agressão, aborrecimento, ira, entre outros.
Ansiedade Fóbica (AF) 5 itens: 8, 28, 31, 43 e 47	Os itens referentes a esta dimensão reportam para uma vivência de emoções desagradáveis que envolve uma resposta de medo persistente em relação a algo, levando a comportamentos de fuga e evitamento.
Ideação Paranóide (IP) 5 itens: 4, 40, 24, 48 e 51	Os itens desta dimensão reflectem a forma perturbada do pensamento, sendo que as suas principais características são o pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, egocentrismo, entre outras.
Psicoticismo (P) 5 itens: 3, 14, 34, 44 e 53	Os itens desta dimensão reportam a indicadores de isolamento e de um estilo de vida esquizóide.
<u><i>Índices Globais do BSI</i></u>	<u><i>Descrição</i></u>
Índice Geral de Sintomas (IGS)	Representa o nível global e a intensidade da angústia.
Total de Sintomas Positivos (TSP)	Corresponde à soma do número total de sintomas presentes.
Índice de Sintomas Positivos (ISP)	Corresponde ao grau de intensidade de stress, ajustado ao número de sintomas presente.

Cada uma das dimensões é respondida segundo uma escala tipo Likert de 5 valores, de 0 a 4, segundo o comportamento que é descrito que ocorra entre “Nunca” (0), “Poucas Vezes” (1), “Algumas Vezes” (2), “Muitas Vezes” (3) e “Muitíssimas Vezes” (4). Os resultados das dimensões são obtidos através da soma das cotações dos itens respectivos.

No que diz respeito ao cálculo dos três Índices Globais, o IGS é calculado pela soma das pontuações de todos os itens, dividido pelo número total de respostas (53). O TSP obtém-se através da contagem do número de itens com uma resposta maior que zero. E o ISP calcula-se pela divisão de todos os itens pelo TSP.

Os itens 11, 25, 39 e 52 são incluídos no inventário dada a sua importância clínica, mas consideram-se apenas nas pontuações dos Índices Globais.

Este instrumento pode ser auto-administrado ou passado por um entrevistador. O preenchimento pode ocorrer de forma colectiva ou individual.

4.1.2. O Medical Outcomes Study

O Medical Outcomes Study (MOS) foi traduzido por Ponte e Pais-Ribeiro (2008) para a população portuguesa, a partir do questionário de Sherbourne e Stewart (1991, cit. por Ponte & Pais-Ribeiro, 2008).

O MOS é composto por 5 dimensões, sendo que duas destas se fundem (Suporte Emocional/Informacional), ficando a Escala de Suporte Social do MOS com quatro dimensões (Ponte & Pais-Ribeiro, 2008).

Quadro 5: Descrição das dimensões do MOS

<i>Dimensões do MOS</i>	<i>Descrição</i>
Suporte Emocional (SE) 4 itens: 8, 9, 10 e 11	Os itens desta sub-escala remetem para a empatia, confiança, interesse
Suporte Informacional (SI) 4 itens: 12, 13, 14 e 15	Os itens referentes a esta sub-escala remetem para informações que podem ser usadas para lidar com problemas
Suporte Tangível (ST) 4 itens: 16, 17, 18 e 19	Os itens desta sub-escala remetem para a ajuda material ou de assistência
Interação Social Positiva (ISP) 4 itens: 1, 2, 3 e 4	Os itens referentes a esta sub-escala remetem disponibilidade de outros com quem se divertir e relaxar
Suporte Afetivo (SA) 3 itens: 5, 6 e 7	Os itens desta sub-escala remetem para a expressão de afecto

Cada uma das dimensões é respondida numa escala tipo Likert de 5 valores, de 0 a 4, entre “Nunca” (0), “Raramente” (1), “À Vezes” (2), “Quase Sempre” (3) e “Sempre” (4).

A padronização é calculada através da razão entre a soma dos pontos obtidos no conjunto das perguntas de cada dimensão e o valor máximo de pontos possíveis de serem obtidos, de acordo com o número de perguntas de cada dimensão. Ao resultado desta razão multiplica-se por 100. Os índices variam entre 20 e 100. Quanto maior o total alcançado maior o apoio social. Da escala pode-se obter um resultado por cada dimensão e um total.

4.1.3. O Brief COPE

O Brief COPE foi traduzido por Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004) para a população portuguesa, do original de Carver (1997, cit. por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O Brief COPE é composto por 14 sub-escalas (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Quadro 6: Descrição das dimensões do Brief-COPE

<i>Dimensões do Brief COPE</i>	<i>Descrição</i>
Coping Activo (CA) 2 itens: 2 e 7	Os itens desta sub-escala remetem para a acção e/ou esforços para anular o stressor.
Planear (P) 2 itens: 14 e 25	Os itens referentes a esta sub-escala remetem para o pensar sobre o modo de enfrentar o stressor.
Suporte Instrumental (SI) 2 itens: 10 e 23	Os itens desta sub-escala remetem para a procura de ajuda ou conselhos.
Suporte Social Emocional (SSE) 2 itens: 5 e 15	Os itens referentes a esta sub-escala remetem para a procura de Suporte emocional.
Religião (R) 2 itens: 22 e 27	Os itens desta sub-escala remetem para a participação religiosa.
Reinterpretação Positiva (RP) 2 itens: 12 e 17	Os itens referentes a esta sub-escala remetem para a procura de olhar a situação de forma mais favorável.
Auto Culpabilização (AC) 2 itens: 13 e 26	Os itens desta sub-escala remetem para a auto-culpabilização do sucedido.
Aceitação (A) 2 itens: 20 e 24	Os itens referentes a esta sub-escala remetem para a aceitação de que o acontecimento stressor é uma realidade.
Expressão de Sentimentos (ES) 2 itens: 9 e 21	Os itens desta sub-escala remetem para o aumento da consciência do stress emocional pessoal.
Negação (N) 2 itens: 3 e 8	Os itens referentes a esta sub-escala remetem para a tentativa de rejeição da realidade do acontecimento stressor.
Auto Distracção (AD) 2 itens: 1 e 19	Os itens desta sub-escala remetem para o desinvestimento mental através do sonhar acordado, auto distracção, face ao agente stressor.
Desinvestimento Comportamental (DC) 2 itens: 6 e 16	Os itens referentes a esta sub-escala remetem desistência do alcançar o objectivo, face ao confronto com o agente stressor.
Uso de Substâncias (US) 2 itens: 4 e 11	Os itens desta sub-escala remetem para o consumo de substâncias como forma de lidar com o agente stressor.
Humor (H) 2 itens: 18 e 28	Os itens referentes a esta sub-escala remetem para o enfrentar o agente stressor através do humor/piadas.

Cada uma das dimensões é respondida numa escala tipo Likert de 4 valores, de 0 a 3, entre “Nunca Faço” (0), “Faço Algumas Vezes” (1), “Faço com Frequência” (2) e “Faço Quase Sempre” (3). Os resultados das dimensões são obtidos através da soma das cotações dos itens respectivos.

4.2. Qualidades Métricas

Para avaliar a fidelidade dos instrumentos recorreu-se à determinação da consistência interna através do cálculo do Alfa de Cronbach de cada uma das dimensões dos respectivos instrumentos. A consistência interna é encontrada com base na média das intercorrelações

entre todos os itens do teste. Uma boa consistência interna deve exceder um alfa de 0,80, no entanto valores acima de 0,60 são aceitáveis (Ribeiro, 1999).

3.2.1. O Brief Symptom Inventory

O Quadro 7 apresenta os valores referentes à consistência interna da amostra referente à adaptação do BSI (Canavarro, 1999) e os da amostra em estudo.

Quadro 7: Valores de consistência interna para as dimensões do BSI através do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach

<i>Dimensões do BSI</i>	<i>Canavarro</i>	<i>Estudo</i>
Somatização (S)	0,80	0,78
Obsessões-Compulsões (OC)	0,77	0,72
Sensibilidade Interpessoal (SI)	0,76	0,61
Depressão (D)	0,73	0,79
Ansiedade (A)	0,77	0,68
Hostilidade (H)	0,76	0,64
Ansiedade Fóbica (AF)	0,62	0,59
Ideação Paranóide (IP)	0,72	0,62
Psicoticismo (P)	0,62	0,60
Índice Geral Sintomas	--	0,94

Como se pode observar através do Quadro 7, a fidelidade do instrumento para a amostra em estudo revela que a maioria dos coeficientes se situa acima dos 0,60, apenas uma dimensão, a Ansiedade Fóbica se situa abaixo. O Índice Geral de Sintomas apresenta um alfa acima de 0,80, este valor é considerado como bom indicador da consistência interna. As restantes dimensões situam-se entre 0,60 e 0,79, apesar de abaixo de 0,80, são valores aceitáveis.

3.2.2. O Medical Outcomes Study

O Quadro 8 apresenta os valores referentes à consistência interna da amostra referente à adaptação do MOS (Silva & Pais-Ribeiro, 2008) e os da amostra em estudo.

Quadro 8: Valores de consistência interna para as dimensões da Escala de Suporte Social (MOS) através do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach - entre parêntesis resultados da versão original

<i><u>Dimensões do MOS</u></i>	<i><u>Silva e Ribeiro</u></i>	<i><u>Estudo</u></i>
Suporte Emocional/Informacional (SEI)	0,91 (0,96)	0,92
Suporte Tangível (ST)	0,89 (0,92)	0,93
Interacção Social Positiva (ISP)	0,72 (0,94)	0,83
Suporte Afectivo (SA)	0,77 (0,91)	0,92
Total	--	0,95

Como se pode observar através do Quadro 8, a fidelidade do MOS para a amostra em estudo revela que todos os coeficientes se situam acima dos 0,80, sendo estes valores considerados como bom indicador de consistência interna.

3.2.3. O Brief COPE

O Quadro 9 apresenta os valores referentes à consistência interna da amostra referente à adaptação do Brief COPE (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004) e os da amostra em estudo.

Quadro 9: Valores de consistência interna para as dimensões do Brief COPE através do cálculo do coeficiente de Alfa de Cronbach - entre parêntesis resultados da versão original

<i><u>Dimensões do Brief COPE</u></i>	<i><u>Ribeiro e Rodrigues</u></i>	<i><u>Estudo</u></i>
Coping Activo (CA)	0,65 (0,68)	0,52
Planear (P)	0,70 (0,73)	0,45
Suporte Instrumental (SI)	0,81 (0,64)	0,57
Suporte Social Emocional (SSE)	0,79 (0,71)	0,62
Religião (R)	0,80 (0,82)	0,76
Reinterpretação Positiva (RP)	0,74 (0,64)	0,76
Auto Culpabilização (AC)	0,62 (0,69)	0,43
Aceitação (A)	0,55 (0,57)	0,54
Expressão de Sentimentos (ES)	0,84 (0,50)	0,32
Negação (N)	0,72 (0,54)	0,63
Auto Distracção (AD)	0,67 (0,71)	0,02
Desinvestimento Comportamental (DC)	0,78 (0,65)	0,55
Uso de Substâncias (US)	0,81 (0,90)	0,92
Humor (H)	0,83 (0,73)	0,56
Total	--	0,84

Como se pode observar através do Quadro 9, a fidelidade do Brief COPE para a amostra em estudo revela que apenas cinco dimensões têm coeficientes que se situam acima dos 0,60, sendo que as restantes nove dimensões, Coping Activo, Planear, Suporte

Instrumental, Auto Culpabilização, Aceitação, Expressão de Sentimentos, Auto Distracção, Desinvestimento Comportamental e Humor situam-se abaixo. O Uso de Substâncias apresenta um alfa acima de 0,80, sendo este valor considerado como bom indicador da consistência interna. As restantes dimensões situam-se entre 0,62 e 0,76, apesar de abaixo de 0,80, são valores aceitáveis.

5. Procedimentos

Tendo em vista a obtenção da autorização para a realização do estudo, primeiramente foram contactadas várias instituições a fim de se obter o consentimento da participação de sujeitos com diagnóstico de infecção pelo VIH/SIDA. Os contactos realizaram-se a vários níveis, pessoalmente, por telefone e enviando uma carta, procurando-se esclarecer os objectivos do estudo, a população em causa e o interesse do estudo.

Face ao interesse demonstrado em participar neste estudo deu-se início aos procedimentos preparativos para a selecção dos participantes, o formato e momento de aplicação dos instrumentos. Por cada participante foram distribuídos quatro instrumentos: o Questionário Sócio-Demográfico, o BSI, o MOS e o Brief COPE. O tempo de aplicação dos instrumentos de avaliação foi em média cerca de 25 minutos.

A aplicação foi em formato individual e de auto-preenchimento, executada numa sala previamente disponibilizada. Procurou-se, o mais possível, utilizar o mesmo procedimento de aplicação, uniformizando as condições e as directrizes de realização.

A distribuição e recolha de dados da amostra foram levadas a cabo pelo investigador e por terceiros ligados às instituições. Os participantes foram previamente informados sobre a

finalidade do estudo em questão e solicitados a colaborarem, sendo igualmente informados que a sua participação seria facultativa e que participando era garantida a confidencialidade e o anonimato.

5.1. Procedimentos de Análise de Dados

A análise de dados foi levada a cabo recorrendo ao programa estatístico SPSS versão 15, através do qual foram analisadas as relações entre as diferentes variáveis de modo a responder às Questões de Investigação definidas anteriormente, sendo que foram utilizados os seguintes testes paramétricos:

- Teste t: quando o objectivo foi testar diferenças entre duas situações para uma variável, uma vez que permite comparar as médias de uma variável para duas amostras independentes (Pereira, 1999);

- Teste ANOVA: foi utilizada para testar diferenças entre diversas situações e para duas ou mais variáveis (Pereira, 1999);

- Matrizes de Correlação de Pearson: quando o objectivo foi a comparação de variáveis, uma vez que permite obter uma medida através da qual se determina a força/intensidade de uma associação (Pestana & Gageiro, 2001).

III – RESULTADOS

1. Análise Descritiva

De seguida proceder-se-á à análise descritiva dos dados que não foi realizado na apresentação dos resultados.

No que se refere ao Tipo de Intervenção foi identificada a seguinte distribuição, de acordo com o Quadro 10:

Quadro 10: Distribuição dos inquiridos por Tipo de Intervenção

		Frequência	Percentagem
Tipo de Intervenção	Ambulatório	60	77,9
	Lar Residencial	7	9,1
	Comunidade Terapêutica	10	13,0
	Total	77	100,0

Conforme se pode observar no Quadro 10 a maioria dos participantes encontra-se em Tratamento Ambulatório (77,9%).

No que se refere à Nacionalidade dos sujeitos foi identificado a seguinte distribuição de acordo com o Quadro 11:

Quadro 11: Distribuição dos inquiridos por Nacionalidade

		Frequência	Percentagem
Nacio nalida de	Portugal	61	79,2
	República do Congo	1	1,3
	Angola	6	7,8
	Cabo Verde	5	6,5
	Moçambique	1	1,3
	Lituania	1	1,3
	São Tomé e Príncipe	2	2,6
	Total	77	100,0

Ao observarmos o Quadro 11 percebemos que a maioria dos sujeitos tem Nacionalidade Portuguesa (79,2%).

No que diz respeito à Localidade os participantes distribuíram-se conforme os dados do Quadro 12:

Quadro 12: Distribuição dos inquiridos por Concelho

		Frequência	Percentagem
Concelho	Almada	31	40,3
	Olivais	1	1,3
	Cascais	1	1,3
	Setúbal	1	1,3
	Loures	2	2,6
	Lisboa	20	26,0
	Sintra	1	1,3
	Quinta do Conde	6	7,8
	Fernão Ferro	1	1,3
	Setúbal	13	16,9
	Total	77	100,0

Conforme se pode observar através do Quadro 12 a maior percentagem dos participantes pertence ao Concelho de Almada (40,3%) e de Lisboa (26%).

No que diz respeito à Partilha de Habitação os participantes distribuíram-se conforme os dados do Quadro 13:

Quadro 13: Distribuição dos inquiridos por Vive Sozinho

		Frequência	Percentagem
Vive	Sim	26	33,8
Sozinho	Não	51	66,2
Total		77	100,0

Conforme se pode observar através do Quadro 13 cerca de 66,2% dos participantes não vive sozinho, sendo que destes, 16,9% vive em Comunidade Terapêutica, 14,3% com o companheiro(a) e 10,4% com os Pais (Anexo E).

No que se refere ao Ter Filhos foi identificada a seguinte distribuição, de acordo com o Quadro 14:

Quadro 14: Distribuição dos inquiridos por Ter Filhos

		Frequência	Porcentagem
Ter Filhos	Sim	45	58,4
	Não	32	41,6
Total		77	100,0

Conforme se pode observar no Quadro 14 a maioria dos participantes referiu ter Filhos (58,4%), sendo que destes, 56,8% tinha entre um a dois Filhos (Anexo E).

No que se refere à Profissão dos sujeitos foi identificado a seguinte distribuição de acordo com o Quadro 15:

Quadro 15: Distribuição dos inquiridos por Profissão

Profissão	Frequência	Percentagem
Electricista	1	1,3
Dispensário	1	1,3
Empregada Doméstica	14	18,2
Auxiliar dos Serviços Gerais	1	1,3
Várias	1	1,3
Empregado(a) balcão	4	5,2
Armador de Ferro	3	3,9
Auxiliar de acção educativa	1	1,3
Carpinteiro	3	3,9
Pasteleiro	6	7,8
Pedreiro	8	10,4
Pintor	2	2,6
Serralheiro	2	2,6
Segurança	2	2,6
Jardineiro	2	2,6
Canalizador	1	1,3
Mecânico	1	1,3
Operador de Máquinas	4	5,2
Modelo	1	1,3
Administrativo	4	5,2
'Não Tenho'	5	6,5
'Não Sei'	1	1,3
Não Responde	9	11,7
Total	77	100,0

Ao observarmos o Quadro 15 percebemos que 11,7% não responde, por outro lado cerca de 58,4% encontra-se desempregado(a) (Anexo E).

No que diz respeito à Crença na Existência de Deus os participantes distribuíram-se conforme os dados do Quadro 16:

Quadro 16: Distribuição os inquiridos por Crença na Existência de Deus

		Frequência	Percentagem
Crença em Deus	Sim	72	93,5
	Não	4	5,2
	Não Responde	1	1,3
Total		77	100,0

Conforme se pode observar através do Quadro 16, a esmagadora maioria acredita na Existência de Deus (93,5%).

No que se refere à Religião/Espiritualidade como Estratégia para lidar com o Stress foi identificada a seguinte distribuição, de acordo com o Quadro 17:

Quadro 17: Distribuição dos inquiridos por Religião/Espiritualidade como Estratégia para lidar com o Stress por Sexo

		Religião/ Espiritualidade no Stress				Total	
		Nunca	Raramente	Quase Sempre	Sempre		
Sexo	Masculino	Frequência	8	11	10	13	42
		Percentagem	19,0%	26,2%	23,8%	31,0%	100,0%
	Feminino	Frequência	2	4	14	15	35
		Percentagem	5,7%	11,4%	40,0%	42,9%	100,0%
Total		Frequência	10	15	24	28	77
		Percentagem	13,0%	19,5%	31,2%	36,4%	100,0%

Conforme se pode observar no Quadro 17 houve um maior número de participantes que referiu recorrer à Religião/Espiritualidade como Estratégia para lidar com o Stress, sendo que 36,4% diz recorrer Sempre e 31,2% Quase Sempre, destes foi o Sexo Feminino que apresentou maior incidência.

No que se refere à Idade em que foi Infectado pelo VIH/SIDA, os participantes apresentaram a seguinte distribuição de acordo com o Quadro 18:

Quadro 18: Distribuição dos inquiridos por Idade em que foi Infectado pelo VIH/SIDA

		Frequência	Percentagem
Idade	Até 24 anos	24	31,2
Infeção	25 - 49 anos	48	62,3
VIH	Mais de 50 anos	2	2,6
	Total	74	96,1
	Não Responde	3	3,9
Total		77	100,0

Ao observarmos o Quadro 18 percebemos que 31,2% identifica a Idade em que foi Identificado pelo VIH/SIDA até aos 24 anos.

No que se refere à existência de Outras Doenças foi identificado a seguinte distribuição de acordo com o Quadro 19:

Quadro 19: Distribuição dos inquiridos por Outra Doença e tipo de Intervenção

Qual	Outra Doença		Tipo de Intervenção			Total
			Ambulatório	Lar Residencial	Comunidade Terapêutica	
	Hepatite	Frequência	5	0	5	10
		Porcentagem	14,3%	,0%	14,3%	28,6%
	Toxoplasmose	Frequência	1	0	0	1
		Porcentagem	2,9%	,0%	,0%	2,9%
	Epilepsia	Frequência	5	0	0	5
		Porcentagem	14,3%	,0%	,0%	14,3%
	Hipertensão	Frequência	5	0	1	6
		Porcentagem	14,3%	,0%	2,9%	17,1%
	Asma	Frequência	2	0	1	3
		Porcentagem	5,7%	,0%	2,9%	8,6%
	Tuberculose	Frequência	1	0	0	1
		Porcentagem	2,9%	,0%	,0%	2,9%
	Colesterol	Frequência	1	0	0	1
		Porcentagem	2,9%	,0%	,0%	2,9%
	Psicose	Frequência	1	0	0	1
		Porcentagem	2,9%	,0%	,0%	2,9%
	Câncer do Colo do Útero	Frequência	1	0	0	1
		Porcentagem	2,9%	,0%	,0%	2,9%
	Diabetes	Frequência	0	0	1	1
		Porcentagem	,0%	,0%	2,9%	2,9%
	Síndrome de Lichen	Frequência	0	1	0	1
		Porcentagem	,0%	2,9%	,0%	2,9%
	Anemia	Frequência	2	0	0	2
		Porcentagem	5,7%	,0%	,0%	5,7%
	Não responde	Frequência	2	0	0	2
		Porcentagem	5,7%	,0%	,0%	5,7%
Total		Frequência	26	1	8	35
		Porcentagem	74,3%	2,9%	22,9%	100,0%

Ao observarmos o Quadro 19 percebemos que existe uma maior percentagem de sujeitos em Tratamento Ambulatório que identifica uma segunda Doença (74,3%). A Doença mais mencionada é a Hepatite (28,6%), destes 13,4% pertence aos sujeitos em Tratamento Ambulatório e 13,4% aos que se encontram integrados em Comunidade Terapêutica.

No que diz respeito à Terapêutica Anti-Retrovirica os participantes distribuíram-se conforme os dados do Quadro 20:

Quadro 20: Distribuição dos inquiridos por toma de Terapêutica Anti-Retrovirica e Sexo

		Sexo		Total	
		Masculino	Feminino		
Toma de medicação para o VIH	Nunca	Frequência	3	5	8
		Percentagem	3,9%	6,5%	10,4%
	Raramente	Frequência	1	2	3
		Percentagem	1,3%	2,6%	3,9%
	Quase Sempre	Frequência	4	1	5
		Percentagem	5,2%	1,3%	6,5%
	Sempre	Frequência	33	26	59
		Percentagem	42,9%	33,8%	76,6%
	Não Responde	Frequência	1	1	2
		Percentagem	1,3%	1,3%	2,6%
Total	Frequência	42	35	77	
	Percentagem	54,5%	45,5%	100,0%	

Conforme se pode observar através do Quadro 20 a maior percentagem identifica tomar Sempre a medicação (76,6%), destes a maior percentagem pertence ao Sexo Masculino (42,9%). Dos sujeitos que referem Nunca tomar a medicação (10,4%), a maior percentagem pertence ao Sexo Feminino (6,5%).

No que se refere à Orientação Sexual foi identificada a seguinte distribuição, de acordo com o Quadro 21:

Quadro 21: Distribuição dos inquiridos por Orientação Sexual e Sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Orientação Sexual	Homossexual	Frequência	3	0	3
		Percentagem	3,9%	,0%	3,9%
	Heterossexual	Frequência	31	25	56
		Percentagem	40,3%	32,5%	72,7%
	Bissexual	Frequência	2	0	2
		Percentagem	2,6%	,0%	2,6%
	Outra: 'Não tenho vida sexual'	Frequência	0	1	1
		Percentagem	,0%	1,3%	1,3%
	Outra: 'Outra'	Frequência	1	0	1
		Percentagem	1,3%	,0%	1,3%
	Outra: 'Não Sei'	Frequência	0	1	1
		Percentagem	,0%	1,3%	1,3%
	Não Responde	Frequência	5	8	13
		Percentagem	6,5%	10,4%	16,9%
Total		Frequência	42	35	77
		Percentagem	54,5%	45,5%	100,0%

Conforme se pode observar no Quadro 21 a maior percentagem identifica-se como sendo Heterossexual (72,7%). Dos 3,9% que identificam a sua Orientação Sexual como sendo Homossexual todos pertencem ao Sexo Masculino, por outro lado, dos 16,9% que Não Responde, 10,4% pertence ao Sexo Feminino.

No que se refere ao Cuidado com a Alimentação foi identificado a seguinte distribuição de acordo com o Quadro 22:

Quadro 22: Distribuição dos inquiridos por Alimentação Cuidada e Sexo

		Sexo		Total	
		Masculino	Feminino		
Alimentação Cuidada	Nunca	Frequência	2	2	4
		Percentagem	2,6%	2,6%	5,2%
	Raramente	Frequência	11	10	21
		Percentagem	14,3%	13,0%	27,3%
	Quase Sempre	Frequência	13	7	20
		Percentagem	16,9%	9,1%	26,0%
	Sempre	Frequência	10	11	21
		Percentagem	13,0%	14,3%	27,3%
	Não Responde	Frequência	6	5	11
		Percentagem	7,8%	6,5%	14,3%
	Total	Frequência	42	35	77
		Percentagem	54,5%	45,5%	100,0%

Ao observarmos o Quadro 22 percebemos que existe iguais percentagens para a resposta Raramente e Sempre (27,3% cada).

No que diz respeito à Ingestão de Bebidas Alcoólicas os participantes distribuíram-se conforme os dados do Quadro 23:

Quadro 23: Distribuição dos inquiridos por Ingestão de Bebidas Alcoólicas e Sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
Evita bebidas alcoólicas	Nunca	Frequência	2	3	5
		Percentagem	2,6%	3,9%	6,5%
	Raramente	Frequência	10	2	12
		Percentagem	13,0%	2,6%	15,6%
	Quase Sempre	Frequência	9	7	16
		Percentagem	11,7%	9,1%	20,8%
	Sempre	Frequência	14	16	30
		Percentagem	18,2%	20,8%	39,0%
	Não Responde	Frequência	7	7	14
		Percentagem	9,1%	9,1%	18,2%
	Total	Frequência	42	35	77
		Percentagem	54,5%	45,5%	100,0%

Conforme se pode observar através do Quadro 23 a maior percentagem refere evitar Sempre a ingestão de bebidas alcoólicas (39%) e 6,5% refere que Nunca evita. De ambas as respostas as maiores percentagens referem-se ao Sexo Feminino.

No que se refere ao Consumo de Drogas foi identificada a seguinte distribuição, de acordo com o Quadro 24:

Quadro 24: Distribuição dos inquiridos por Consumo de Drogas e Sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	Masculino
Evita consumo Drogas	Nunca	Frequência	3	6	9
		Percentagem	3,9%	7,8%	11,7%
	Raramente	Frequência	2	1	3
		Percentagem	2,6%	1,3%	3,9%
	Quase Sempre	Frequência	9	1	10
		Percentagem	11,7%	1,3%	13,0%
	Sempre	Frequência	21	20	41
		Percentagem	27,3%	26,0%	53,2%
	Não Responde	Frequência	7	7	14
		Percentagem	9,1%	9,1%	18,2%
Total		Frequência	42	35	77
		Percentagem	54,5%	45,5%	100,0%

Conforme se pode observar no Quadro 24 houve um maior número de participantes, 53,2% refere que evita Sempre o Consumo de Drogas, destes 27,3% pertence ao Sexo Masculino. Dos 11,7% que referem Nunca evitar 7,8% pertence ao Sexo Feminino.

2. Análise Quantitativa

Proceder-se-á de seguida a uma análise quantitativa onde vão ser analisadas as relações entre as diferentes variáveis. Para tal recorreu-se à análise dos dados fornecidos pelo programa SPSS, de acordo com os testes utilizados para o efeito.

Questão 1: Como se caracterizam os sujeitos portadores do VIH/SIDA ao nível dos Traços Psicopatológicos;

Para responder à Questão enunciada recorreu-se à análise das estatísticas descritivas. No Quadro 25 podem-se analisar as estatísticas descritivas da amostra em estudo ao nível dos Traços Psicopatológicos.

Quadro 25: Estatísticas descritivas para os Traços Psicopatológicos

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>
Somatização	77	2,2	0,8	1,0	4,3
Obsessões Compulsões	77	2,6	0,8	1,0	4,5
Sensibilidade Interpessoal	77	2,6	0,8	1,0	4,3
Depressão	77	2,8	0,9	1,0	4,8
Ansiedade	77	2,4	0,7	1,0	4,2
Hostilidade	77	2,4	0,8	1,2	4,4
Ansiedade Fóbica	77	1,9	0,6	1,0	3,6
Ideação Paranóide	77	2,7	0,8	1,0	4,4
Psicoticismo	77	10,2	3,2	5,0	17,0
Índice Geral Sintomas	77	2,5	0,6	1,3	4,0
Índice Sintomas Positivos	77	64,7	20,3	24,2	100,0
Total Sintomas positivos	77	36,7	10,7	10,0	53,0

Tendo em conta o Quadro 25 observar-se que é ao nível do Psicoticismo onde se regista uma média mais elevada.

Questão 2: Em que difere a caracterização dos Traços Psicopatológicos nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Comunidade Terapêutica;

Para responder a esta questão recorreu-se à análise das estatísticas descritivas através do Teste t e operacionalizado através da amostra da população em Tratamento Ambulatório e a amostra em Comunidade Terapêutica, que se pode analisar através do Quadro 26.

Quadro 26: Estatísticas descritivas para os Traços Psicopatológicos de acordo com o Tratamento e resultado do teste t

	<i>Tipo de Intervenção</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Somatização	Ambulatório	60	2,2	0,8	0,3	ns
	Comunidade Terapêutica	10	1,9	0,5		
Obsessões Compulsões	Ambulatório	60	2,6	0,8	-0,3	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,7	0,2		
Sensibilidade Interpessoal	Ambulatório	60	2,6	0,8	-0,7	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,8	0,6		
Depressão	Ambulatório	60	2,9	0,9	-0,1	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,8	0,5		
Ansiedade	Ambulatório	60	2,4	0,7	-0,4	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,5	0,6		
Hostilidade	Ambulatório	60	2,4	0,8	-0,9	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,5	0,6		
Ansiedade Fóbica	Ambulatório	60	1,8	0,6	0,9	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,0	0,6		
Ideação Paranóide	Ambulatório	60	2,8	0,8	-0,8	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,6	0,5		
Psicoticismo	Ambulatório	60	10,1	3,0	0,1	ns
	Comunidade Terapêutica	10	10,9	3,1		
Índice Geral Sintomas	Ambulatório	60	2,5	0,6	0,8	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,5	0,4		
Índice Sintomas Positivos	Ambulatório	60	62,6	21,1	-1,3	ns
	Comunidade Terapêutica	10	71,7	17,0		
Total Sintomas positivos	Ambulatório	60	36,3	11,1	-3,1	0,006
	Comunidade Terapêutica	10	43,6	6,1		

ns- resultado não significativos

Para se poder responder à Questão 2 e tendo em conta o Quadro 26 podemos observar que existem diferenças estatisticamente significativas para o Total dos Sintomas Positivos, isto é, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos em Comunidade Terapêutica que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável.

Questão 3: Em que difere a caracterização dos Traços Psicopatológicos nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Lar;

Para responder a esta questão recorreu-se à análise das estatísticas descritivas através do Teste t e operacionalizado através da amostra da população em Tratamento Ambulatório e

a amostra em Lar Residencial, sendo que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (Anexo F).

Questão 4: Em que difere a caracterização dos Traços Psicopatológicos dos sujeitos integrados em Lar, dos sujeitos integrados em Comunidade;

Para responder a esta questão recorreu à análise das estatísticas descritivas através do Teste t e operacionalizado através da amostra da população em Comunidade Terapêutica e a amostra em Lar Residencial, de acordo com o Quadro 27.

Quadro 27: Estatísticas descritivas para os Traços Psicopatológicos de acordo com o Tratamento e resultado do teste t

	Tipo de Intervenção	N	M	DP	t	p
Somatização	Lar Residencial	7	2,4	0,9	1,3	ns
	Comunidade Terapêutica	10	1,9	0,5		
Obsessões Compulsões	Lar Residencial	7	2,7	0,8	0,1	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,7	0,2		
Sensibilidade Interpessoal	Lar Residencial	7	2,3	1,0	-1,4	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,8	0,6		
Depressão	Lar Residencial	7	2,3	1,1	-1,3	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,8	0,5		
Ansiedade	Lar Residencial	7	2,3	0,8	-0,6	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,5	0,6		
Hostilidade	Lar Residencial	7	2,4	0,7	0,2	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,5	0,6		
Ansiedade Fóbica	Lar Residencial	7	2,3	0,7	0,9	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,0	0,6		
Ideação Paranóide	Lar Residencial	7	2,6	0,9	-0,1	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,6	0,5		
Psicoticismo	Lar Residencial	7	9,7	4,7	-0,7	ns
	Comunidade Terapêutica	10	10,9	3,1		
Índice Geral Sintomas	Lar Residencial	7	2,4	0,6	-0,2	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,5	0,4		
Índice Sintomas Positivos	Lar Residencial	7	72,8	14,9	0,1	ns
	Comunidade Terapêutica	10	71,7	17,0		
Total Sintomas Positivos	Lar Residencial	7	31,1	7,5	-3,8	0,002
	Comunidade Terapêutica	10	43,6	6,1		

ns- resultado não significativos

Tendo em conta o Quadro 27 podemos observar que existem diferenças estatisticamente significativas para o Total dos Sintomas Positivos, isto significa que existe

evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos em Comunidade Terapêutica que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável.

Questão 5: Como se caracterizam os sujeitos portadores do VIH/SIDA ao nível do Suporte Social;

Para responder a esta questão recorreu à análise das estatísticas descritivas. No Quadro 28 pode-se analisar as estatísticas descritivas para o Suporte Social da amostra global em estudo.

Quadro 28: Estatísticas descritivas para o Suporte Social

	<i>N</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Supote Tangível	77	20	100	68,6	29,5
Interacção Social Positiva	77	20	100	61,5	19,9
Suporte Afectivo	77	20	100	64,0	25,8
Suporte Emocional e Informacional	77	25	100	64,6	21,1

Tendo em conta o Quadro 28 podemos constatar que o Suporte Tangível é aquele que apresenta uma média mais alta.

Questão 6: Em que difere a caracterização do Suporte Social nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Comunidade Terapêutica;

Para responder a esta questão recorreu-se à análise das estatísticas descritivas através do Teste t e operacionalizado através da amostra da população em Tratamento Ambulatório e a amostra em Comunidade Terapêutica, sendo que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (Anexo G).

Questão 7: Em que difere a caracterização do Suporte Social nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Lar;

Para responder a esta questão recorreu-se à análise das estatísticas descritivas através do Teste t e operacionalizado através da amostra da população em Tratamento Ambulatório e a amostra em Lar Residencial, que se pode analisar através do Quadro 29.

Quadro 29: Estatísticas descritivas para o Suporte Social de acordo com o Tratamento e resultado do teste de t

	<i>Tipo de Intervenção</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Suporte Tangível	Ambulatório	60	64,0	30,0	-8,4	0,001
	Lar Residencial	7	98,6	3,8		
Interacção Social Positiva	Ambulatório	60	59,3	20,2	-1,9	ns
	Lar Residencial	7	74,3	18,8		
Suporte Afectivo	Ambulatório	60	62,3	25,9	0	ns
	Lar Residencial	7	64,8	32,1		
Suporte Emocional e Informacional	Ambulatório	60	63,6	21,8	0,2	ns
	Lar Residencial	7	62,1	20,7		

ns- resultado não significativos

Para se poder responder à Questão 7 e tendo em conta o Quadro 29 podemos observar que existe diferenças estatisticamente significativas para ao nível do Suporte Tangível, isto é, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos em Lar Residencial que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável.

Questão 8: Em que difere a caracterização do Suporte Social dos sujeitos integrados em Lar, dos sujeitos integrados em Comunidade;

Para responder a esta questão recorreu-se à análise das estatísticas descritivas através do Teste t e operacionalizado através da amostra da população em Lar Residencial e a amostra em Comunidade Terapêutica, que se pode analisar através do Quadro 30.

Quadro 30: Estatísticas descritivas para o Suporte Social de acordo com o Tratamento e resultado do teste t

	<i>Tipo de Intervenção</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Suporte Tangível	Lar Residencial	7	98,6	3,8	3	0,01
	Comunidade Terapêutica	10	75,5	23,9		
Interação Social Positiva	Lar Residencial	7	74,3	18,8	0,1	ns
	Comunidade Terapêutica	10	66,0	15,8		
Suporte Afetivo	Lar Residencial	7	64,8	32,1	-0,7	ns
	Comunidade Terapêutica	10	73,3	20,4		
Suporte Emocional Informacional	Lar Residencial	7	62,1	20,7	-1,1	ns
	Comunidade Terapêutica	10	72,0	17,4		

ns- resultado não significativos

Para se poder responder à Questão 8 e tendo em conta o Quadro 30 podemos observar que existe diferenças estatisticamente significativas na variável Suporte Tangível, isto é, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos em Lar Residencial que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável.

Questão 9: Como se caracterizam os sujeitos portadores do VIH/SIDA ao nível das Estratégias de Coping;

Para responder a esta questão recorreu à análise das estatísticas descritivas. No Quadro 31 pode-se analisar as estatísticas descritivas para as Estratégias de Coping da amostra global em estudo.

Quadro 31: Estatísticas descritivas para as Estratégias de Coping

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Coping Activo	77	1	4	2,7	0,8
Planear	77	1	4	2,8	0,8
Suporte Instrumental	77	1	4	2,2	0,9
Suporte Social Emocional	77	1	4	2,4	0,9
Religião	77	1	4	2,5	1,0
Reinterpretação Positiva	77	1	4	2,6	1,0
Auto Culpabilização	77	1	4	2,4	0,9
Aceitação	77	1	4	3,0	0,8
Expressão Sentimentos	77	1	4	2,4	0,8
Negação	77	1	4	2,4	0,8
Auto Distração	77	1	4	2,4	0,7
Desinvestimento Comportamental	77	1	4	1,7	0,7
Uso Substâncias	77	1	4	1,6	0,8
Humor	77	1	4	2,3	0,9

Tendo em conta o Quadro 31 podemos constatar que é ao nível da Aceitação e Planear que se observa uma média mais alta.

Questão 10: Em que difere a caracterização das Estratégias de Coping nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Comunidade Terapêutica;

Para responder a esta questão recorreu-se à análise das estatísticas descritivas através do Teste t e operacionalizado através da amostra da população em Tratamento Ambulatório e a amostra em Comunidade Terapêutica, que se pode analisar através do Quadro 32.

Quadro 32: Estatísticas descritivas para as Estratégias de Coping de acordo com o Tratamento e resultado do teste t

	<i>Tipo de Intervenção</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Coping Activo	Ambulatório	60	2,7	0,8	-0,5	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,9	0,6		
Planear	Ambulatório	60	2,8	0,8	0,2	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,8	0,7		
Suporte Instrumental	Ambulatório	60	2,2	0,8	-1,8	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,7	0,9		
Suporte Social Emocional	Ambulatório	60	2,4	0,9	-1,1	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,7	0,9		
Religião	Ambulatório	60	2,4	1,0	-1,6	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,9	0,9		
Reinterpretação Positiva	Ambulatório	60	2,7	1,0	0,7	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,5	0,9		
Auto Culpabilização	Ambulatório	60	2,5	0,9	-0,6	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,7	0,8		
Aceitação	Ambulatório	60	3,0	0,8	1,1	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,7	0,6		
Expressão Sentimentos	Ambulatório	60	2,4	0,8	0,6	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,6	1,0		
Negação	Ambulatório	60	2,4	0,8	0,3	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,4	0,9		
Auto-Distracção	Ambulatório	60	2,4	0,7	-0,6	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,5	0,6		
Desinvestimento Comportamental	Ambulatório	60	1,6	0,7	-0,6	ns
	Comunidade Terapêutica	10	1,8	0,5		
Uso Substâncias	Ambulatório	60	1,5	0,7	-2,9	0,02
	Comunidade Terapêutica	10	2,6	1,1		
Humor	Ambulatório	60	2,2	0,9	-0,5	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,3	0,8		

ns- resultado não significativo

Para se poder responder à Questão 10 e tendo em conta o Quadro 32 podemos observar que existe diferenças estatisticamente significativas para o Uso de Substâncias, isto é, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos em Comunidade Terapêutica que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável.

Questão 11: Em que difere a caracterização das Estratégias de Coping nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Lar;

Para responder a esta questão recorreu-se à análise das estatísticas descritivas através do Teste t e operacionalizado através da amostra da população em Tratamento Ambulatório e a amostra em Lar Residencial, que se pode analisar através do Quadro 33.

Quadro 33: Estatísticas descritivas para as Estratégias de Coping de acordo com o Tratamento e resultado do teste t

	<i>Tipo de Intervenção</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Coping Activo	Ambulatório	60	2,7	0,8	-0,2	ns
	Lar Residencial	7	2,8	1,1		
Planear	Ambulatório	60	2,8	0,8	-0,2	ns
	Lar Residencial	7	2,9	0,7		
Suporte Instrumental	Ambulatório	60	2,2	0,8	0,7	ns
	Lar Residencial	7	1,9	1,1		
Suporte Social Emocional	Ambulatório	60	2,4	0,9	0,1	ns
	Lar Residencial	7	2,4	1,0		
Religião	Ambulatório	60	2,4	1,0	-1,9	ns
	Lar Residencial	7	3,1	0,7		
Reinterpretação Positiva	Ambulatório	60	2,7	1,0	-0,3	ns
	Lar Residencial	7	2,8	1,1		
Auto Culpabilização	Ambulatório	60	2,5	0,9	2,1	0,05
	Lar Residencial	7	1,8	0,6		
Aceitação	Ambulatório	60	3,0	0,8	-1,3	ns
	Lar Residencial	7	3,4	0,8		
Expressão Sentimentos	Ambulatório	60	2,4	0,8	-0,1	ns
	Lar Residencial	7	2,4	0,9		
Negação	Ambulatório	60	2,4	0,8	0,2	ns
	Lar Residencial	7	2,4	0,8		
Auto Distracção	Ambulatório	60	2,4	0,7	-0,2	ns
	Lar Residencial	7	2,4	1,1		
Desinvestimento Comportamental	Ambulatório	60	1,6	0,7	-0,6	ns
	Lar Residencial	7	1,9	1,2		

Uso Substâncias	Ambulatório	60	1,5	0,7	5,4	0,001
	Lar Residencial	7	1,0	0,0		
Humor	Ambulatório	60	2,2	0,9	-2,3	0,05
	Lar Residencial	7	3,1	1,0		

ns- resultado não significativo

Para se poder responder à Questão 11 e tendo em conta o Quadro 33 podemos constatar que existe diferenças estatisticamente significativas para as variáveis Auto-Culpabilização, Uso de Substâncias e Humor. Significa que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos em Tratamento Ambulatório que apresentam, em média, os valores mais elevados nas dimensões Auto-Culpabilização e Uso de Substâncias, por outro lado, ao nível do Humor são os inquiridos em Lar Residencial que apresentam, em média os valores mais elevados.

Questão 12: Em que difere a caracterização das Estratégias de Coping dos sujeitos integrados em Lar, dos sujeitos integrados em Comunidade;

Para responder a esta questão recorreu-se à análise das estatísticas descritivas através do Teste t e operacionalizado através da amostra da população em Lar Residencial e a amostra em Comunidade Terapêutica, que se pode analisar através do Quadro 34.

Quadro 34: Estatísticas descritivas para as Estratégias de Coping de acordo com o Tratamento e resultado do teste t

	<i>Tipo de Intervenção</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Coping Activo	Lar Residencial	7	2,8	1,1	-0,1	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,9	0,6		
Planear	Lar Residencial	7	2,9	0,7	0,3	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,8	0,7		
Suporte Instrumental	Lar Residencial	7	1,9	1,1	-1,6	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,7	0,9		
Suporte Social Emocional	Lar Residencial	7	2,4	1,0	0,7	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,7	0,9		
Religião	Lar Residencial	7	3,1	0,7	0,6	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,9	0,9		
Reinterpretação Positiva	Lar Residencial	7	2,8	1,1	0,7	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,5	0,9		
Auto Culpabilização	Lar Residencial	7	1,8	0,6	-2,4	0,03
	Comunidade Terapêutica	10	2,7	0,8		
Aceitação	Lar Residencial	7	3,4	0,8	2,1	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,7	0,6		
Expressão Sentimentos	Lar Residencial	7	2,4	0,9	0	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,6	1,0		
Negação	Lar Residencial	7	2,4	0,8	0,1	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,4	0,9		
Auto-Distracção	Lar Residencial	7	2,4	1,1	-0,2	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,5	0,6		
Desinvestimento Comportamental	Lar Residencial	7	1,9	1,2	0,4	ns
	Comunidade Terapêutica	10	1,8	0,5		
Uso Substâncias	Lar Residencial	7	1,0	0,0	-4,3	0,002
	Comunidade Terapêutica	10	2,6	1,1		
Humor	Lar Residencial	7	3,1	1,0	1,7	ns
	Comunidade Terapêutica	10	2,3	0,8		

ns- resultado não significativo

Para se poder responder à Questão 12 e tendo em conta o Quadro 34 podemos observar que existem diferenças estatisticamente significativas para as variáveis Uso de Substâncias e Auto-Culpabilização, isto é, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos em Comunidade Terapêutica que apresentam, em média, os valores mais elevados nestas variáveis.

Questão 13: De que forma as variáveis sócio-demográficas se relacionam com os Traços Psicopatológicos nos sujeitos portadores do VIH/SIDA;

Para responder a esta questão recorreu-se à análise das estatísticas descritivas através dos Teste t e ANOVA e operacionalizado através das variáveis sócio-demográficas e os Traços Psicopatológicos, que se pode analisar através dos Quadros 35 e 36.

Quadro 35: Estatísticas descritivas para as variáveis sócio-demográficas de acordo com os Traços Psicopatológicos e resultado do teste t (onde se verificam resultados estatisticamente significativos)

<i>T. Psicopat.</i>	<i>V. Sóc. Dem</i>		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Índice Sintomas Positivos	Vive sozinho	Sim	26	56,96	21,59	2,5	0,02
		Não	51	68,63	18,63		
Hostilidade	Idade	> = 30 anos	38	2,16	0,67	2,6	0,01
	Infecção VIH	< 30 anos	36	2,59	0,78		
Somatização	Outra	Sim	35	2,41	0,74	2,2	0,03
		Não	42	2,04	0,75		
Total Sintomas Positivos	Doença	Sim	35	39,86	8,38	2,5	0,02
		Não	42	34,14	11,76		

Tendo em conta o Quadro 35 e de acordo com o teste t, observar-se que, existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos:

- Vive e Não Vive Sozinho ao nível do Índice de Sintomas Positivos, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que Não Vivem Sozinhos que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável;

- Idade em que a Pessoa foi Infectada pelo VIH maior ou igual a 30 anos e menor que 30 anos de idade tendo em conta a Hostilidade, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos com menos de 30 anos de idade que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável;

- Outra Doença além do VIH/SIDA e ausência de Outra Doença ao nível da Somatização e o Total de Sintomas Positivos, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que possuem Outra Doença além do VIH/SIDA que apresentam, em média, os valores mais elevados nestas variáveis.

Quadro 36: Estatísticas descritivas para as variáveis sócio-demográficas de acordo com os Traços Psicopatológicos e resultado da Anova (onde se verificam resultados estatisticamente significativos)

<i>T. Psicopat.</i>	<i>V Sócio-Dem</i>		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
Ansiedade	Terapêutica Retrovirica	Q.Sempre	Nunca	8	2,69	0,68	ns	
			Raramente	3	3,01	0,69	ns	
			Sempre	59	2,32	0,65	3,9	0,01
			N. Resp.	2	1,75	0,59		
Somatização	Alimentação Cuidada	Raramente	Nunca	4	1,68	0,43	ns	
			Q. Sempre	20	2,30	0,70	ns	
			Sempre	21	1,97	0,70	3,5	0,01
			N. Resp.	11	1,88	0,51	ns	
Índice Sintomas Positivos		Raramente	Nunca	4	0,79	22,21	ns	
			Q. Sempre	20	64,00	19,64	ns	
			Sempre	21	68,52	17,82	3,0	0,02
			N. Resp.	11	73,88	17,69	ns	
Total Sintomas Positivos	Raramente	Nunca	4	25,50	14,62	ns		
		Q. Sempre	20	39,05	9,78	ns		
		Sempre	21	32,57	10,71	3,1	0,02	
		N. Resp.	11	41,36	9,38	ns		

ns- resultado não significativo

Tendo em conta o Quadro 36 e de acordo com a ANOVA, observar-se que, existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos:

- Toma Medicação para o VIH Quase Sempre e Sempre, bem como para o par Toma Medicação para o VIH Quase Sempre e Não Responde, ao nível da Ansiedade, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que referem tomar Quase Sempre a Medicação para o VIH/SIDA que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável;

- Raramente tem Cuidado com a Alimentação e Sempre, ao nível da Somatização, do Índice de Sintomas Positivos e do Total de Sintomas Positivos, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os participantes que referem Raramente ter Cuidados com a Alimentação que apresentam, em média, os valores mais elevados nas variáveis Somatização e Total de Sintomas Positivos. Em simultâneo, existe evidência estatística, para sustentar a hipótese, que são os inquiridos que referem Sempre ter Cuidado com Alimentação que apresentam, em média, os valores mais elevados na variável Índice de Sintomas Positivos.

Questão 14: De que forma as variáveis sócio-demográficas se relacionam com o Suporte Social dos sujeitos portadores do VIH/SIDA;

Para responder a esta questão recorreu-se à análise das estatísticas descritivas através dos Testes t e ANOVA e operacionalizado através das variáveis sócio-demográficas e o Suporte Social, que se pode analisar através dos Quadro 37 e 38.

Quadro 37: Estatísticas descritivas para as variáveis sócio-demográficas de acordo com o Suporte Social e resultado do teste t (onde se verificam resultados estatisticamente significativos)

<i>Sup. Social</i>	<i>V. Sóc. Dem</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Suporte Tangível	Sim	26	56,54	29,89	2,7	0,01
	Não	51	74,80	27,60		
Interação Social Positiva	Sim	26	54,81	21,62	2,2	0,03
	Não	51	64,90	18,32		

Tendo em conta o Quadro 37 e de acordo com o teste t, observa-se que, existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, Vive e Não Vive Sozinho, ao nível do Suporte Tangível e Interação Social Positiva, sendo que, existe evidência estatística para

sustentar a hipótese que são os inquiridos que Não Vivem Sozinhos que apresentam, em média, os valores mais elevados nestas variáveis.

Quadro 38: Estatísticas descritivas para as variáveis sócio-demográficas de acordo com o Suporte Social e resultado da Anova (onde se verificam resultados estatisticamente significativos)

<i>Sup. Social</i>	<i>V Sócio-Dem</i>			<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Interacção Social Positiva	Relig/Espirit. e Stress	Nunca	Raramente	15	55,67	29,08	ns	
			Q. Sempre	24	70,83	19,87	4,5	0,01
			Sempre	28	61,79	18,37	ns	
Suporte Tangível	Alimentação Cuidada	Raramente	Nunca	4	86,25	27,50	ns	
			Q. Sempre	20	67,25	25,26	ns	
			Sempre	21	77,86	28,70	3,0	0,02
			N. Resp.	11	77,73	23,81	ns	
Suporte Afectivo		Raramente	Nunca	4	86,67	26,67	ns	
			Q. Sempre	20	64,00	26,70	ns	
			Sempre	21	65,08	24,58	2,6	0,04
			N. Resp.	11	75,76	20,93	ns	

ns- resultado não significativo

Tendo em conta o Quadro 38 e de acordo com a ANOVA, observa-se que, existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos:

- Nunca recorre à Religião/Espiritualidade para combater o Stress e Quase Sempre, ao nível da Interacção Social Positiva, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que referem Quase Sempre recorrer à Religião/Espiritualidade para combater o Stress que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável;

- Raramente tem Cuidado com a Alimentação e Sempre, ao nível do Suporte Tangível e Suporte Afectivo, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são

os inquiridos que referem ter Sempre Cuidado com a Alimentação que apresentam, em média, os valores mais elevados nestas variáveis.

Questão 15: De que forma as variáveis sócio-demográficas se relacionam com as Estratégias de Coping dos sujeitos portadores do VIH/SIDA;

Para responder a esta questão recorreu-se à análise das estatísticas descritivas através dos Testes t e ANOVA e operacionalizado através das variáveis sócio-demográficas e as Estratégias de Coping, que se pode analisar através dos Quadros 39 e 40.

Quadro 39: Estatísticas descritivas para as variáveis sócio-demográficas de acordo com as Estratégias de Coping e resultado do teste t (onde se verificam resultados estatisticamente significativos)

<i>Est. Coping</i>	<i>V. Sóc. Dem</i>		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Coping Activo	Vive sozinho	Sim	26	2,48	0,87	2,1	0,04
		Não	51	2,87	0,74		
Reinterpretação Positiva	Vive sozinho	Sim	26	2,31	0,92	2,3	0,03
		Não	51	2,82	0,95		

Tendo em conta o Quadro 39 de acordo com o teste t, observa-se que, existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, Vive e Não Vive Sozinho, ao nível do Coping Activo e a Reinterpretação Positiva, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que Não Vivem Sozinhos que apresentam, em média, os valores mais elevados nestas variáveis.

Quadro 40: Estatísticas descritivas para as variáveis sócio-demográficas de acordo com as Estratégias de Coping e resultado da Anova (onde se verificam resultados estatisticamente significativos)

<i>Est. Coping</i>	<i>V Sócio-Dem</i>		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>		
Suporte Social Emocional	Relig/Espirit. e Stress	Raramente	Nunca	10	2,45	0,90	ns		
			Q. Sempre	24	2,81	0,76	3,8	0,01	
			Sempre	28	2,34	0,97	ns		
Suporte Instrumental		Raramente	Nunca	10	2,05	0,60	ns		
			Q. Sempre	24	2,60	0,79	3,6	0,02	
			Sempre	28	2,23	0,99	ns		
Religião		Raramente	Nunca	10	1,45	0,55	ns		
			Q. Sempre	24	2,75	0,90	ns		
			Sempre	28	2,91	1,00	8,9	0,001	
	Nunca	Raramente	15	2,00	0,80	ns			
		Q. Sempre	24	2,75	0,90	8,9	0,001		
		Sempre	28	2,91	1,00				
Reinterpretação Positiva	Raramente	Nunca	10	2,65	0,91	ns			
		Q. Sempre	24	2,69	0,86	ns			
		Sempre	28	2,95	1,08	3,2	0,03		
Suporte Social Emocional	Alimentação Cuidada	Raramente	Nunca	4	2,50	0,41	ns		
			Q. Sempre	20	2,65	0,88	3,4	0,01	
			Sempre	21	2,55	0,92	ns		
			N. Resp	11	2,77	0,88	3,4	0,01	
Q. Sempre		Nunca	4	1,63	0,75	ns			
		Q. Sempre	20	1,38	0,58				
		Sempre	21	1,55	0,80				
		N. Resp	11	2,41	1,18				4,4
Sempre		Nunca	4	1,63	0,75	ns			
		Raramente	21	1,31	0,54				
		Q. Sempre	20	1,38	0,58				
		N. Resp	11	2,41	1,18				4,4
Uso de Substâncias		Evita Consumo de Drogas	Raramente	Nunca	9	1,44	0,68	ns	
				Q. Sempre	10	1,70	0,67	8,5	0,001
				Sempre	41	1,23	0,49		
				N. Resp	14	2,25	1,11	ns	
	Nunca		Raramente	21	1,31	0,54	8,5	0,001	
			Q. Sempre	10	1,70	0,67			
			Sempre	21	1,55	0,80			
			N. Resp	11	2,41	1,18			
	Sempre	Nunca	9	1,44	0,68	ns			
		Raramente	21	1,31	0,54				
		Q. Sempre	10	1,70	0,67				
		N. Resp	14	2,25	1,11				8,5
Evita Bebidas Alcoólicas	Raramente	Nunca	5	1,10	0,22	ns			
		Q. Sempre	16	1,69	0,63	7,9	0,001		
		Sempre	30	1,12	0,41				
		N. Resp	14	2,25	1,11	ns			
	Nunca	Raramente	12	1,91	0,87	ns			
		Q. Sempre	16	1,69	0,63				
		Sempre	30	1,12	0,41				
		N. Resp	14	2,25	1,11				7,9
	N. Resp	Nunca	5	1,10	0,22	ns			
		Raramente	12	1,91	0,87				
		Q. Sempre	16	1,69	0,63				
		Sempre	30	1,12	0,41				7,9

ns- resultado não significativo

Tendo em conta o Quadro 40 e de acordo com a ANOVA, observa-se que, existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos:

- Raramente recorre à Religião/Espiritualidade para combater o Stress e Quase Sempre, ao nível do Suporte Social Emocional e o Suporte Instrumental, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que referem Quase Sempre que apresentam, em média, os valores mais elevados nestas variáveis;

- Sempre recorre à Religião/Espiritualidade para combater o Stress e Raramente e Nunca recorre, ao nível da sub-escala Religião, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que referem Sempre que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável;

- Raramente recorre à Religião/Espiritualidade para combater o Stress e Sempre, ao nível da Reinterpretação Positiva sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que referem Sempre que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável;

- Raramente tem Cuidado com a Alimentação e Quase Sempre, bem como o Raramente e Não Responde, tendo em conta o Suporte Social Emocional, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que referem Quase Sempre e os que Não Respondem que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável;

- Raramente tem Cuidado com a Alimentação e Não Responde, bem como, Quase Sempre e Não Responde, e Sempre e Não Responde, tendo em conta o Uso de Substâncias,

sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que Não Respondem que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável;

- Raramente evita o Consumo de Drogas e o Sempre evita, tendo em conta a sub-escala Uso de Substâncias, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que referem Raramente que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável;

- Nunca evita o Consumo de Drogas e o Raramente evita, e o par Sempre e Não Responde, ao nível do Uso de Substâncias, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que referem Raramente e os que Não Respondem que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável;

- Raramente evita beber Bebidas Alcoólicas e Sempre, ao nível da sub-escala Uso de Substâncias, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que referem Raramente que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável;

- Nunca evita beber Bebidas Alcoólicas e Não Respondem, e par Não Respondem e Sempre, ao nível do Uso de Substâncias, sendo que, existe evidência estatística para sustentar a hipótese que são os inquiridos que referem Nunca e os que Não Respondem que apresentam, em média, os valores mais elevados nesta variável.

Questão 16: Será que existe correlação entre os Traços Psicopatológicos e o Suporte Social;

Para responder a esta questão recorreu-se às Matrizes de Correlação de Pearson e operacionalizado através dos Traços Psicopatológicos e o Suporte Social, que se pode analisar através do Quadro 41.

Quadro 41: Matrizes de correlação para os Traços Psicopatológicos e o Suporte Social de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson

Suporte Social	Psicopatologia			Índice Geral Sintomas	Índice Sintomas Positivos
	Sensibilidade Interpessoal	Depressão	Psicoticismo		
Suporte Tangível	ns	ns	ns	ns	0,83(**)
Interacção Social Positiva	- 0,25(*)	- 0,28(*)	- 0,23(*)	- 0,24(*)	0,79(**)
Suporte Afectivo	ns	ns	ns	ns	0,86(**)
Suporte Emocional Informacional	ns	ns	ns	ns	0,94(**)

ns- resultado não significativo

** Correlation is significant at the 0,01 level

* Correlation is significant at the 0,05 level

Para responder à Questão 16 e tendo em conta o Quadro 41 podemos constatar que existem correlações estatisticamente significativas positivas entre as seguintes dimensões:

- o Suporte Tangível e o Índice Sintomas Positivos; Interacção Social Positiva e o Índice Sintomas Positivo;
- o Suporte Afectivo e o Índice Sintomas Positivos;
- e o Suporte Emocional e Informacional e o Índice Sintomas Positivos.

Isto significa que a valores elevados das variáveis do Suporte Social tendem a estar associados valores elevados do Índice Sintomas Positivos.

Por outro lado também podemos observar correlações estatisticamente significativas negativas entre:

- a Interação Social Positiva e a Sensibilidade Interpessoal, a Depressão, o Psicoticismo e o Índice Geral de Sintomas.

O que significa então que, a valores elevados de Interação Social Positiva tendem a estar associados a valores baixos de quatro variáveis dos Traços Psicopatológicos.

Questão 17: Será que existe correlação entre os Traços Psicopatológicos e as Estratégias de Coping;

Para responder a esta questão recorreu-se às Matrizes de Correlação de Pearson e operacionalizado através dos Traços Psicopatológicos e as Estratégias de Coping, que se pode analisar através do Quadro 42.

Quadro 42: Matrizes de correlação para os Traços Psicopatológicos e as Estratégias de Coping de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson

Psicopatologia Estratégias de Coping	Somatização	Obses- Compulsões	Sens. Interp	Depressão	Ansiêdade	Hostilidade	Ansiêd. Fob.	Ideação Paran	Psicoticismo	Ind. Geral Sint	Índice Sint Pos	Total Sint Pos
Planejar	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	0,24 *	ns
Suporte Instrumental	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	0,54 **	ns
Sup. Social Emocional	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	0,71 **	ns
Reinterp. Positiva	ns	ns	ns	- 0,26 *	ns	ns	ns	ns	ns	ns	0,33 **	ns
Auto-Culpabilização	ns	ns	0,25*	0,39**	0,27*	ns	0,39**	0,23*	ns	0,33 **	0,21	ns
Aceitação	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	0,27 *	ns
Expressão Sentimentos	0,26 *	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	0,23*	ns	0,27 *	ns
Negação	ns	ns	0,33 **	0,31**	ns	ns	0,27*	ns	ns	0,27 *	0,29 *	ns
Auto_Distração	ns	ns	ns	ns	0,24*	ns	0,35**	ns	ns	ns	ns	ns
Desinv Comportamental	0,27*	0,33 **	0,25 *	ns	0,29 *	ns	0,54**	ns	ns	0,33 **	N	0,31 **
Uso Substâncias	ns	0,24 *	0,27 *	ns	0,30**	0,31**	ns	ns	ns	0,27 *	N	0,36 **
Humor	ns	ns	-0,26 *	ns	ns	ns	0,23 *	ns	ns	ns	0,30 **	ns

ns- resultado não significativo

** Correlation is significant at the 0,01 level

* Correlation is significant at the 0,05 level

Para se responder à Questão 17 e tendo em conta o Quadro 27 podemos constatar que existem correlações estatisticamente significativas, positivas, entre:

- o Planear e o Índice Sintomas Positivos, o Suporte Instrumental e o Índice Sintomas Positivos, o Suporte Social Emocional e o Índice Sintomas Positivos;
- a Reinterpretação Positiva e a Depressão e o Índice Sintomas Positivos;
- a Auto-Culpabilização e 6 dimensões dos Traços Psicopatológicos: a Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoíde, Índice Geral de Sintomas;
- bem como entre a Aceitação e o Índice Sintomas Positivos;
- a Expressão de Sentimentos e 3 dimensões dos Traços Psicopatológicos: Somatização, Psicoticismo e o Índice Sintomas Positivos;
- a Negação e 5 dimensões dos Traços Psicopatológicos: Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade Fóbica, Índice Geral de Sintomas e Índice Sintomas Positivos;
- a Auto-Distração e 2 dimensões dos Traços Psicopatológicos: Ansiedade e a Ansiedade Fóbica;
- o Desinvestimento Comportamental e 7 dimensões dos Traços Psicopatológicos: Somatização, Obsessões Compulsivas, Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Índice Geral de Sintomas e o Total de Sintomas Positivos;
- o Uso de Substâncias e 6 dimensões dos Traços Psicopatológicos: Obsessões Compulsivas, Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade, Hostilidade, Índice Geral de Sintomas e o Total de Sintomas Positivos;
- e por último entre o Humor e 3 dimensões dos Traços Psicopatológicos: Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade Fóbica e o Índice Sintomas Positivos.

Estes resultados significam que, e uma vez que estamos somente a falar de correlações positivas, que, em relação às dimensões mencionadas, valores elevados do Coping tendem a estar associadas a valores elevados dos Traços Psicopatológicos.

Questão 18: Será que existe correlação entre o Suporte Social e as Estratégias de Coping.

Para responder a esta questão recorreu-se às Matrizes de Correlação de Pearson e operacionalizado através do Suporte Social e as Estratégias de Coping, que se pode analisar através do Quadro 43.

Quadro 43: Matrizes de correlação para o Suporte Social e as Estratégias de Coping de acordo com o resultado do teste de correlação de pearson

Estratégias de Coping	Suporte Social			
	Suporte Tangível	Interação Social Positiva	Suporte Afectivo	Suporte Emocional Informacional
Planear	0,25(*)	ns	ns	ns
Suporte Instrumental	0,38(**)	0,45(**)	0,43(**)	0,56(**)
Suporte Social Emocional	0,49(**)	0,60(**)	0,69(**)	0,68(**)
Reinterpretação Positiva	0,26(*)	0,34(**)	0,23(*)	0,32(**)
Auto Culpabilização	ns	ns	ns	0,24(*)
Aceitação	0,23(*)	0,34(**)	ns	ns
Expressão Sentimentos	034(**)	ns	026*)	ns
Negação	027(*)	ns	ns	030(**)
Humor	ns	044(**)	0,25(*)	0,24(*)

ns- resultado não significativo

** Correlation is significant at the 0,01 level

* Correlation is significant at the 0,05 level

Para se poder responder à Questão 18 e tendo em conta o Quadro 43 podemos constatar que existem correlações estatisticamente significativas positiva entre o Planear e o Suporte Tangível, o Suporte Instrumental e as 4 dimensões do Suporte Social: Suporte Tangível, Interação Social Positiva, Suporte Afectivo e o Suporte Emocional Informacional.

O Suporte Social Emocional e as 4 dimensões do Suporte Social: Suporte Tangível, Interacção Social Positiva, Suporte Afectivo e o Suporte Emocional Informacional. A Reinterpretação Positiva e as 4 dimensões do Suporte Social: Suporte Tangível, Interacção Social Positiva, Suporte Afectivo e o Suporte Emocional Informacional. A Auto-Culpabilização e o Suporte Emocional Informacional. A Aceitação e 2 dimensões do Suporte Social: Suporte Tangível e a Interacção Social Positiva. A Expressão de Sentimentos e 2 dimensões do Suporte Social: Suporte Tangível e o Suporte Afectivo. A Negação e 2 dimensões do Suporte Social: Suporte Tangível e o Suporte Emocional Informacional. E o Humor e 3 dimensões do Suporte Social: Interacção Social Positiva, Suporte Afectivo e o Suporte Emocional Informacional. Estes resultados significam que, e uma vez que estamos somente a falar de correlações positivas que, em relação às dimensões mencionadas, valores elevados do Coping tendem a estar associadas a valores elevados de Suporte Social.

IV - DISCUSSÃO

O VIH constitui um dos grandes problemas de saúde pública a nível mundial (Canini, Reis, Pereira, Gir & Pelá, 2004; Castanha, Coutinho, Saldanha & Oliveira, 2006; Chaves, 2004; Dias, Gonçalves, Luck & Fernandes, 2004; Felismino, Costa & Soares, 2008; Gaspar de Matos, Battistutta, Simões; Carvalhosa, Dias & Gonçalves, 2003; Lopes & Fraga, 1998; Magalhães, 2005; Miranda, 2004; Seidl, Zannon & Tróccoli, 2005), actualmente a infecção pelo VIH afecta cada vez mais pessoas, podendo ser encarado como um problema de proporções epidémicas (Felismino, Costa & Soares, 2008; Ferreira & Figueiredo, 2007; Guzmán & Báez, 2005; Marques, Alves, Duque & Botelho, 2007; WHO, 2003). Segundo dados da OMS (WHO, 2007) existem no mundo 33,2 milhões de pessoas infectadas pelo VIH, sendo que destes, 22,5 milhões pertencem ao continente africano. Em Portugal a 31 de

Dezembro de 2007 estavam notificados cerca de 32 491 casos de infecção pelo VIH/SIDA (CVEDT, 2008).

Desde a infecção até ao aparecimento do primeiro sintoma, podem passar vários meses ou anos. Apesar de não haver um intervalo definido de tempo, pode-se observar que o tempo médio de desenvolvimento de sintomas ocorre entre os cinco e os oito anos, no entanto existem pessoas infectadas há pelo menos 15 anos que nunca tiveram complicações de saúde (Carvalho, Morais, Koller & Piccinini, 2007).

Com o advento da terapia anti-retroviral, o VIH/SIDA, tem vindo a ser considerado uma doença crónica (Chaves, 2006; Felismino, Costa & Soares, 2008; Seidl, Rossi, Viana, Meneses & Meireles, 2005), permitindo, mediante a adesão à terapêutica um aumento da esperança de vida (Canini et al., 2004). No entanto o VIH/SIDA tem múltiplas implicações e consequências, de ordem psicológica, social e familiar, que vão desde o isolamento, abandono e rejeição social, à doença e à morte, passando pelo medo e pela ansiedade, bem como pela diminuição da auto-estima, pelo sentimento de perda de controlo, pelos disfuncionamentos sexuais, pelas perturbações familiares, profissionais e sócio-económicas (Ramos, 2004).

O presente estudo propôs-se caracterizar os Traços Psicopatológicos, o Suporte Social e as Estratégias de Coping numa amostra da população portadora do VIH/SIDA da Grande Lisboa e Distrito de Setúbal, sendo que esta se subdivide em três sub-amostras, uma sub-amostra em Tratamento Ambulatório, outra sub-amostra em Comunidade Terapêutica e a última de sujeitos integrados em Lar Residencial.

De forma a poder dar corpo a este objectivo foram colocadas 18 Questões de Investigação e foram utilizados quatro questionários, o Sócio-Demográfico, o BSI, o MOS e o Brief COPE.

Questão 1: Como se caracterizam os sujeitos portadores do VIH/SIDA ao nível dos Traços Psicopatológicos;

Na amostra em estudo observou-se que o Psicoticismo, tendo em conta os Traços Psicopatológicos, foi o diagnóstico que mais se acentuou, dir-se-ia esmagadoramente, tendo em conta os restantes resultados (Quadro 25), tendo sido enunciado por uma pessoa da sub-amostra em Tratamento Ambulatório como Outra Doença que é portador, além do VIH (Quadro 19). Ora estes resultados não vão ao encontro do observado noutros estudos, onde é a depressão que se apresenta como a perturbação mais incidente (Ferreira, 2004; Garcês da Silva, 2006; Margalho et al., 2007; Morais & Moura, 2004). No entanto Linar et al. (1995, cit. por Margalho et al., 2007) identificam o discurso delirante e episódios maníacos como manifestações psicopatológicas que podem ocorrer no doente portador do VIH/SIDA, comportamentos estes que podem fazer parte das manifestações da psicose. Por outro lado, podemos estar face, segundo Gonzalez e Romero (1996, cit. por Souto, 2006), a uma outra perturbação que resulta de disfunções neurológicas orgânicas devidas ao acometimento infeccioso, metabólico, medicamentoso ou neoplásico do SNC, que se pode expressar por uma depressão psicótica.

Questões:

2. Em que difere a caracterização dos Traços Psicopatológicos nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Comunidade Terapêutica;

3. Em que difere a caracterização dos Traços Psicopatológicos nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Lar;

4. Em que difere a caracterização dos Traços Psicopatológicos dos sujeitos integrados em Lar, dos sujeitos integrados em Comunidade.

Quando se compara, ao nível dos Traços Psicopatológicos, sujeitos em Tratamento Ambulatório e em Comunidade Terapêutica, observa-se que são os sujeitos integrados em Comunidade Terapêutica que apresentam valores mais elevados ao nível dos Total de Sintomas Positivos (Quadro 26), que corresponde ao total de sintomas presentes. Tais resultados poderão ir ao encontro do referido por Treisman e Angelino (2004) e Margalho et al (2007), quando referem que os portadores do VIH/SIDA poderão apresentar traços de comorbilidade psicopatológica, uma vez que estamos face a pessoas que além de serem portadoras do VIH/SIDA, também possuem história de toxicodependência (por isso estão em comunidade terapêutica) e manifestam um elevado somatório de sintomas. Ora nos estudos dos autores observou-se que, 74% apresentava diagnóstico de perturbação de consumo de substâncias, 20% depressão major, 18% perturbação de adaptação, 26% distúrbios de personalidade e 18% perturbação afectiva (Treisman & Angelino, 2004). Bem como 27% apresentava depressão, 15% alcoolismo, 12% distúrbio de personalidade e toxicodependência (Margalho et al., 2007).

Estes resultados permitem diferenciar em que amostra se observa maior incidência de comorbilidade, isto é, tendo em conta que não se observam diferenças estatísticas entre os sujeitos em Tratamento Ambulatório e os em Lar (Anexo F), e por outro lado, quando se procura perceber a diferença entre os sujeitos integrados em Comunidade Terapêutica e os integrados em Lar, verifica-se que, tal como nos resultados à Questão 2, que são os sujeitos

integrados em Comunidade Terapêutica que apresentam valores mais elevados ao nível dos Total de Sintomas Positivos (Quadro 27). Ora a toxicod dependência e o VIH/SIDA representam dois problemas importantes de Saúde Pública no país (Fernandes et al., 2005; Rodrigues et al., 2007), sendo que na amostra em estudo cerca de 11,7% (Quadro 24) refere que recorre ao consumo de drogas, destes a maior percentagem pertence ao sexo feminino, ao contrário do observado no estudo desenvolvido por Rodrigues et al. (2007), onde registaram que a maior percentagem da população infectada pelo VIH/SIDA que recorre ao consumo de drogas pertencia ao sexo masculino.

Questão 5: Como se caracterizam os sujeitos portadores do VIH/SIDA ao nível do Suporte Social;

O Suporte Social, sendo um fenómeno interpessoal, favorece o desenvolvimento de recursos psicológicos e físicos (Biffi & Mamede, 2004), sendo que na amostra em estudo foi ao nível do Suporte Tangível (Quadro 28), que remete para a ajuda material ou de assistência, onde se verificou uma maior incidência, o que poderá estar relacionado com o facto de cerca de 58,4% dos participantes se encontrar em situação de desemprego (Anexo E), bem como cerca de 11,7% nem sequer nomear uma profissão com a qual se identifique (Quadro 15). Os resultados observados parecem ir ao encontro do referido por Mann e Tarantola (1998), uma vez que segundo os autores existe uma relação directa entre o perfil clínico e epidemiológico do VIH/SIDA e o padrão socio-económico. Mansinho (2006) vai mais longe considerando que, a interacção dos factores Hospedeiro e Ambiente podem facilitar a transmissão do VIH numa Comunidade, por exemplo, as situações de pobreza, o consumo de drogas, ou as desigualdades entre homens e mulheres, em certas circunstâncias, podem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos de risco que favorecem a

transmissão do VIH. Sendo que também Cunningham et al. (1995, cit. por Seidl et al., 2005) no estudo que realizaram com pessoas portadoras do VIH/SIDA observaram que as que se encontravam em situações precárias, a nível económico, apresentavam índices mais baixos ao nível da QV geral, bem-estar emocional, funcionamento cognitivo e funcionamento social.

Questões:

6. Em que difere a caracterização do Suporte Social nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Comunidade Terapêutica;

7. Em que difere a caracterização do Suporte Social nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Lar;

8. Em que difere a caracterização do Suporte Social dos sujeitos integrados em Lar, dos sujeitos integrados em Comunidade;

Quando se procura perceber as diferenças nas sub-amostras em estudo ao nível do Suporte Social, verificou-se que foi na dimensão Suporte Tangível que os sujeitos integrados em Lar Residencial apresentaram valores mais elevados, quer quando comparados com os em Tratamento Ambulatório (Quadro 29), quer quando comparados com a amostra em Comunidade Terapêutica (Quadro 30). Ao nível do par Tratamento Ambulatório e Lar Residencial não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em qualquer dimensão (Anexo G). O constatado pelos resultados parece-nos que se deve ao facto das pessoas integradas em Lar Residencial se encontrarem mais vulneráveis, devido à sua fragilidade física, a maior parte encontra-se na fase de SIDA, bem como, é preciso acrescentar, o facto de a maioria não ter suporte familiar, e depender de financiamentos governamentais para ali poder estar. Face a isto, percebemos com mais clareza que o Suporte Social é fundamental, mesmo quando surge mediante o apoio material e/ou económico (Biffi

& Mamede, 2004). Seidl et al., (2005) no estudo que desenvolveram verificaram que variáveis psicossociais contribuem para a explicação das dimensões da QV das pessoas seropositivas, como no observado no estudo desenvolvido por Castanha, Saldanha, Coutinho, Ribeiro e Araújo (2005), onde verificaram que a existência de trabalho, habitação, amizade, felicidade, Deus e família são dimensões essenciais para uma percepção de melhor QV.

Questão 9: Como se caracterizam os sujeitos portadores do VIH/SIDA ao nível das Estratégias de Coping;

As Estratégias de Coping desempenham um papel importante na adaptação psicológica a situações ameaçadoras (Ouakinia, 2000), assumindo um papel de relevo na problemática da adaptação ao VIH/SIDA (Rendo, 2004), sendo que na amostra em estudo foi ao nível da Aceitação, que remete para a aceitação que o acontecimento stressor é uma realidade, e Planear que remete para a forma de enfrentar o stress, onde se verificou maior incidência (Quadro 31). Os dois tipos de Estratégias de Coping incidem um na emoção e outro no problema, respectivamente (Folkman et al., 1986). Ora, no estudo desenvolvido por Friedland et al. (1996, cit. por Seidl et al., 2005) observou-se que Coping focalizado no problema é um preditor positivo de QV, por outro lado o Coping focalizado na emoção é um preditor negativo na mesma dimensão. Por outro lado, segundo Ouakini (1999), o papel protector ou disruptivo que o coping pode desempenhar, poderá influenciar alterações na função imunitária. No entanto, segundo Murphy e Melby (1999), quando a pessoa se encontra no 'estágio de aceitação', significa que esta assume o controlo da situação, reduzindo-se a sua vulnerabilidade ao sofrimento emocional.

Questão 10: Em que difere a caracterização das Estratégias de Coping nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Comunidade Terapêutica;

Portugal é um dos países que enfrenta maiores problemas em relação à epidemia da infecção do VIH/SIDA nos utilizadores de drogas injectáveis (Fernandes et al., 2005; Guerra & Negreiros, 2003; Passadouro, 2004). Ora de acordo com os resultados nas sub-amostras em estudo, foi ao nível do Uso de Substâncias onde se observaram diferenças estatisticamente significativas, sendo que foi na amostra de sujeitos inseridos em Comunidade Terapêutica onde se verificou uma maior incidência (Quadro 32). Apesar destes resultados, 15% da amostra em Tratamento Ambulatório refere Nunca evitar o consumo de drogas e 8,3% refere Nunca evitar a ingestão de bebidas alcoólicas, sendo que a amostra em Comunidade Terapêutica e em Lar Residencial apresentam valores no Quase Sempre e Sempre evitam, quer ao nível da ingestão de bebidas alcoólicas, quer ao nível do consumo de drogas (Anexo E). Estes resultados levam-nos a pensar que os participantes em Comunidade Terapêutica estão num processo terapêutico de maior verdade/consciencialização do seu recurso a substâncias aditivas como Estratégia de Coping. Tendo em conta o mencionado anteriormente, significa que estamos face a amostras que recorrem ao uso de drogas, sendo que estas têm associado um vasto leque motivacional/situacional, desde problemas pessoais e sociais, influência do grupo ou do par, indução de sensação de prazer e de resolução de problemas, capacidade de aliviar sensações, angústias, depressões, e podem funcionar como estimulantes, calmantes, inibidores, inspiradores, fortalecedores, permitindo a fuga à realidade ou ajudarem a suportar situações difíceis, carências ou privações (Gonçalves, 2008).

Questões:

11. Em que difere a caracterização das Estratégias de Coping nos sujeitos em Tratamento Ambulatório, dos sujeitos integrados em Lar;

12. Em que difere a caracterização das Estratégias de Coping dos sujeitos integrados em Lar, dos sujeitos integrados em Comunidade.

Tendo em conta os resultados podemos constatar que a amostra em Tratamento Ambulatório apresenta, em média, os valores mais elevados nas dimensões Auto-Culpabilização e Uso de Substâncias, em comparação com a amostra dos sujeitos integrados em Lar Residencial (Quadro 33). Por outro lado, quando observarmos o par, amostra integrada em Lar e amostra integrada em Comunidade Terapêutica, verificamos os mesmos resultados, sendo que neste par foram os sujeitos da amostra em Comunidade Terapêutica que apresentaram valores mais elevados nas dimensões Uso de Substâncias e Auto-Culpabilização (Quadro 34). Ora de acordo com o referido por Gonçalves (2008) existe um vasto leque motivacional para o recurso ao uso de substâncias, no entanto esta estratégia só é eficaz momentaneamente, sendo que é por esta realidade, de acordo com o referido por Machado et al. (1996, cit. por Souto, 2006), acerca das pessoas portadoras do VIH/SIDA, infectadas pela via sanguínea por meio do uso de drogas injectáveis, que estas pessoas têm maiores propensões à culpabilidade e à irritação, aliadas à menor força do ego e rebaixamento da resistência à frustração. Por outro lado, no estudo desenvolvido por Miller et al. (1989, cit. por Rendo, 2004), os autores observaram que os doentes portadores do VIH/SIDA associam a infecção a um 'castigo merecido' devido ao seu comportamento, seja pela diversidade de parceiros sexuais, homossexualidade ou consumo de drogas, o que leva ao desenvolvimento de sentimentos de culpa.

Os dados observados no estudo desenvolvido por Rodrigues et al. (2007) acerca da infecção por VIH/SIDA na população toxicod dependente, parece ir ao encontro do nosso estudo, tendo em conta o recurso ao uso de substâncias nas amostras em Tratamento Ambulatório e em Comunidade Terapêutica (Anexo E). O autor verificou que 44,75% eram portadores da doença, sendo que destes 45,9% pertenciam ao sexo masculino e 39,5% ao sexo feminino, e tinham uma idade compreendida entre os 30 e os 45 anos. Na amostra em estudo 54,5% pertence ao sexo masculino e 45,5% ao sexo feminino (Quadro 1), e por outro lado 85,7% tem idades compreendidas entre os 24 e 49 anos (Quadro 2)

Ao contrário do observado nas dimensões referidas anteriormente, ao nível do Humor, foram os sujeitos pertencentes à amostra integrada em Lar Residencial que apresentaram em média os valores mais elevados (Quadro 33), quando comparados com os sujeitos em Tratamento Ambulatório. O recurso a piadas é considerado uma estratégia para evitar o problema, sendo que no estudo desenvolvido por Lopes e Fraga (1998) foram a fuga e a repressão as estratégias usadas, face a agentes stressores como o medo da morte, dificuldades financeiras e problemas afectivos. Por outro lado, no estudo desenvolvido por Turner (2001, cit. por Carvalho et al., 2007) observou-se que as pessoas desencadeavam um processo de resiliência quando, entre outros, apresentavam senso de humor. Ora também para Masten, Garmezy e Risk (1985, cit. por Carvalho et al., 2007), o humor é considerado um factor de protecção promotor de resiliência que diz respeito aos atributos pessoais. No entanto, no contexto do VIH/SIDA, as diferenças individuais tanto podem ser entendidas como factores de risco, como de protecção, sendo fundamentais para estes doentes, quer no âmbito da promoção de saúde, como da QV (Carvalho et al., 2007).

Questão 13: De que forma as variáveis sócio-demográficas se relacionam com os Traços Psicopatológicos nos sujeitos portadores do VIH/SIDA;

De acordo com o estudo desenvolvido por Seidl et al. (2005), as pessoas que vivem com parceiro(a) relatam melhores condições de funcionamento da esfera afectiva e dos relacionamentos sociais, e maior satisfação em relação aos mesmos. Por outro lado, na amostra em estudo quem refere que Não Vive Sozinho, cerca de 66,2% (Quadro 13), apresentam um maior Índice de Sintomas Positivos, que remete para o grau de intensidade do stress, ajustado ao número de sintomas presentes (Quadro 35). Tais resultados poderão estar relacionados com o facto da vida social das pessoas portadoras do VIH/SIDA ser marcada pela presença da estigmatização (Carvalho et al., 2007), estando esta muitas vezes associada à fragilização dos laços sociais, isolando-o dos outros e da própria família (Ramos, 2004).

No que se refere à Idade em que a Pessoa foi Infectada pelo VIH/SIDA, verificou-se que os níveis de Hostilidade são mais elevados nos indivíduos com idade inferior a 30 anos (Quadro 35), sendo que 31,2% foi infectado com idade inferior a 24 anos (Quadro 18). Tais resultados poderão estar relacionados com o facto de um diagnóstico de que se está infectado pelo VIH/SIDA ter diversas implicações, nomeadamente psicológicas (Ramos, 2004; Seidl et al., 2005), se acrescentar-mos a esta realidade o facto da notícia ocorrer na fase da juventude, podemos pensar que se está face a uma reacção aguda ao stress, que normalmente se manifesta por ocasião do diagnóstico da infecção pelo VIH, e que segundo Bolcato (1999, cit. por Souto, 2006) se expressa, frequentemente, na forma de ansiedade, insónia, dificuldade de concentração, despersonalização e hostilidade. Para o autor nesta ocasião pode-se observar em alguns indivíduos o início da transmissão do VIH a outras pessoas, mediante a adopção de comportamentos facilitadores dessa transmissão.

Ao nível da presença de Outras Doenças além do VIH/SIDA, verificou-se que foi ao nível da Somatização e o Total de Sintomas Positivos onde se registaram valores mais elevados (Quadro 35). Também Lyketson et al. (1997, cit. por Margalho et al., 2007) no estudo que desenvolveram na população portadora do VIH/SIDA verificaram a existência de reacções somáticas. Por outro lado, queixas somáticas, têm associado estados emocionais negativos, em detrimento dos estados emocionais positivos (Rendo, 2004).

Da amostra em estudo, cerca de 45,5% refere a existência de ser portador de Outra Doença (Anexo E), destes a maior percentagem pertence à amostra em Tratamento em Ambulatório (74,3%), sendo que a Hepatite (28,6%) foi a doença mais referida (Quadro 19). Ora a presença de outras doenças na realidade do VIH/SIDA enquadra-se nas Doenças Oportunistas, que resulta do VIH/SIDA originar um quadro de deterioração acentuado, progressivo e irreversível do sistema imunitário (Lopes & Fraga, 1998). No entanto o observado na amostra em estudo não vai ao encontro do retratado na literatura, isto porque, segundo Gomes et al. (2007) e a OE (2008), a tuberculose é a mais incidente, isto porque o pulmão constitui um dos principais órgãos-alvo das infecções oportunistas (Marques et al., 2007).

A terapia anti-retroviral, desde o seu advento, tem contribuído para uma melhor QV do ponto de vista orgânico e aumentado a esperança de vida da população seropositiva (Canini et al., 2004; Castilho & Szwarcwald, 2000, cit. por Souto, 2006). Na amostra em estudo foram os participantes que referiram Quase Sempre tomar a Medicação para o VIH que apresentaram maiores níveis de Ansiedade (Quadro 36), no entanto estes sujeitos são apenas 6,5% da amostra em estudo, a maior percentagem 76,6% refere tomar Sempre a medicação, sendo ao nível do sexo masculino onde se verifica maior incidência, cerca de

42,9% (Quadro 20). Os elevados índices de Ansiedade nos que referem tomar Quase Sempre a medicação pode-se dever ao referido por Spinelli (2001, cit. por Correia, 2005), segundo o autor por mais que evoluam os esquemas terapêuticos, estes não retiram o carácter traumático associado ao diagnóstico de infecção pelo VIH, isto porque a ameaça à saúde física mantém-se, o que conduz a pessoa para a incerteza face ao futuro. No entanto os resultados vão de encontro ao mencionado por diversos autores, isto é, a Ansiedade, juntamente com a Depressão, serem das perturbações mais comuns na população portadora do VIH/SIDA (Garcês da Silva, 2006; Linar et al., 1995, cit. por Margalho et al., 2007; Morais & Moura, 2004).

Ao nível do Cuidado com a Alimentação foram os sujeitos que referiram Raramente cuidar da mesma, que apresentaram valores mais elevados nas dimensões Somatização e Total de Sintomas Positivos (Quadro 36), sendo que a maior percentagem pertence ao sexo masculino, 14,3%, dos 27,3% que refere Raramente. Ora, 27,3% foi também um resultado observado para aqueles que cuidam Sempre do seu tipo de alimentação, no entanto neste grupo a maior percentagem pertence ao sexo feminino (Quadro 22). De acordo com Dias e Mota (2006) as pessoas portadoras do VIH/SIDA possuem um hiper-metabolismo, que conduz a um aumento das necessidades energéticas e nutricionais, sendo por isso que a nutrição assume um papel essencial na QV e esperança de vida nestes doentes (BIRD, 2008).

Questão 14: De que forma as variáveis sócio-demográficas se relacionam com o Suporte Social dos sujeitos portadores do VIH/SIDA;

Tendo em conta o verificado ao nível dos Traços Psicopatológicos (Quadro 35), onde os indivíduos que Não Vivem Sozinhos apresentavam um maior Índice de Sintomas Positivos, ao analisarmos as dimensões do Suporte Social, percebemos que aqueles que Não

Vivem Sozinhos também apresentam maiores níveis, agora de Suporte Tangível e Interação Social Positiva (Quadro 37). Dos indivíduos que não vivem sozinhos, cerca de 16,9% vive em Comunidade, 14,3% com o Companheiro(a) e 10,4% com os Pais (Anexo E). Tais resultados vão ao encontro do referido por Biffi e Mamede (2004), segundo os autores as pessoas unidas por laços de afecto, consideração e confiança apresentam uma maior percepção das situações da realidade envolvente. Por outro lado, o apoio psicossocial, tem um papel importante na redução da depressão, do estigma e do stress, contribuindo desta forma para uma melhor QV (BIRD, 2008), sendo fundamental para adoptar uma atitude positiva perante uma vida com o VIH/SIDA (ONUSIDA, 2005).

Segundo Carvalho et al. (2007), as comunidades religiosas são consideradas sistemas de Suporte Social e promovem factores de protecção aos indivíduos. O referido pelos autores parece ir ao encontro do observado na amostra em estudo, uma vez que foram os sujeitos que referiram Quase Sempre recorrer à Religião/Espiritualidade para combater o Stress que apresentam maiores níveis de Interação Social Positiva (que remete para a disponibilidade de outros com quem se divertir e relaxar) em comparação com os que referem Nunca recorrer à Religião/Espiritualidade (Quadro 38). Isto deve-se ao facto da dimensão religiosa ser intrinsecamente uma dimensão social e cultural da experiência humana (Dalgarrondo, 2006).

Tal como observado no Quadro 36, foram os indivíduos que referiram cuidar Raramente da Alimentação que apresentam valores mais baixos, mas agora ao nível do Suporte Tangível (remete para a ajuda material e/ou de assistência) e Suporte Afectivo (remete para a expressão de afecto) (Quadro 38). Isto poderá dever-se ao facto de famílias com um membro portador do VIH/SIDA ter mais probabilidade de se caracterizar por pobreza e insegurança alimentar, uma vez que o facto de a pessoa estar infectada limita a sua

produtividade, o que leva, por seu turno, à perda de rendimentos ao mesmo tempo que se vê face a um aumento das despesas com os cuidados de saúde (BIRD, 2008). Sendo que já sabemos que o cuidado com a nutrição tem um papel fundamental na QV na vida das pessoas portadoras do VIH/SIDA (Dias & Mota, 2006).

Questão 15: De que forma as variáveis sócio-demográficas se relacionam com as Estratégias de Coping dos sujeitos portadores do VIH/SIDA;

Segundo Seidl et al. (2001) a procura de Suporte Social pode constituir-se como uma estratégia de Coping. No entanto esta é influenciada por variáveis sócio-demográficas (Holan & Moos, 1987, cit. por Ribeiro, 2007), ora de acordo com a amostra em estudo, os que referiram Não Vive Sozinhos, apresentam maiores níveis de Coping Activo (que remete para os esforços para anular o agente stressor) e Reinterpretação Positiva (que remete para procura de olhar a situação de forma mais favorável) (Quadro 39), estes resultados levam-nos a pensar que tal como referido por Holan e Moos (1987, cit. por Ribeiro, 2007), o Suporte Social apresenta-se como estratégia de Coping, sendo que a pertença a grupos de apoio é muitas vezes uma boa maneira de obter estratégias para fazer frente à infecção (ONUSIDA, 2005).

Tendo em conta a Crença na existência em Deus, verificou-se que 93,5% refere acreditar em Deus (Quadro 16), o que vai ao encontro da Religião/Espiritualidade como estratégia para lidar com o agente stressor observado na amostra em estudo, onde aqueles que referiram Quase Sempre e Sempre apresentaram maiores níveis nas dimensões Suporte Social Emocional, Suporte Instrumental, Religião e Reinterpretação Positiva (Quadro 40). Também no estudo desenvolvido por Seidl (2005) se constatou acerca da importância que a

religiosidade pode ter como estratégia para lidar com a doença. Carvalho et al. (2007), no estudo que levaram a cabo perceberam que a religiosidade também pode ter um papel importante na interpretação dos acontecimentos da vida, e para o desenvolvimento de mecanismos de Coping face às dificuldades e mudança de atitudes que uma infecção pelo VI/SIDA acarreta. O estudo realizado por Siegal e Schrimshaw (2001, cit. por Carvalho et al., 2007) com mulheres portadoras do VIH/SIDA vai neste sentido, isto porque observaram que o envolvimento religioso está relacionado com Estratégias de Coping mais activas face à infecção e a maiores índices de apoio Social. Para os autores, o envolvimento religioso poderá servir como um mecanismo de redução do processo de evitamento/ negação e, consequentemente, de prevenção do sofrimento psicológico.

Por outro lado o observado na amostra em estudo, tendo em conta a dimensão religiosa/ espiritual, parece ir ao encontro do verificado por Castanha et al. (2007) no estudo que desenvolveram com seropositivos, onde os participantes que se encontravam entre a faixa etária entre os 41 e 50 anos representarem o VIH/SIDA como uma doença que pode ser enfrentada pela esperança e pelo apoio que pode vir da religiosidade, objectivada na figura de Deus. Segundo os autores a religião pode surgir como apoio, representando uma importante rede de Suporte emocional. Ora também na amostra em estudo, onde a maior percentagem se encontra na faixa etária entre os 25 e 49 anos de idade (Quadro 2), 67,6% refere recorrer à religião/espiritualidade para lidar com o agente stressor (Quadro 17), sendo que tal como verificado no Quadro 40 há uma forte correlação com as dimensões Suporte Social Emocional, Suporte Instrumental, Religião e Reinterpretação Positiva.

Ao nível do Cuidado com Alimentação, na amostra em estudo verificou-se que os indivíduos que referem Quase Sempre apresentam índices mais elevados de Suporte Social

Emocional, do que os que referem Raramente, por outro lado os que Não Respondem apresentam maiores níveis em comparação com os que referem Raramente, Quase Sempre e Sempre, nas dimensões Suporte Social Emocional e Uso de Substâncias (Quadro 40). Os resultados levam-nos a pensar que quando a pessoa se encontra numa fase activa de consumos de drogas, esta é a sua única preocupação, no entanto, sabemos que o recurso ao consumo de drogas é ilusório, pois o espectro das realidades por elas proporcionado, independentemente da sua categoria, estimulante, depressor, perturbador da actividade cerebral, ou da sua origem, toda e qualquer droga quando introduzida no organismo modifica as funções deste, afectando profunda e seriamente a saúde do indivíduo, conduzindo a uma grande percentagem da taxa de morbilidade e mortalidade (Diclement et al., 1996, Lener e Galambos, 1998, cit. por Gonçalves, 2008).

O consumo de álcool produz alterações significativas em termos cognitivos, comportamentais e promove efeitos, tais como a euforia e sensação de bem-estar (Margalho et al., 2007). Na amostra em estudo quem refere Raramente e Não Responde, quando questionados se evitam o consumo de drogas, apresenta maiores níveis na dimensão Uso de Substâncias (Quadro 40), ora na amostra em estudo é o sexo feminino, 45,5% da amostra (Quadro 1), que mais refere Nunca evitar o Consumo de Álcool, cerca de 3,9% (Quadro 23), bem como são os participantes do sexo feminino que mais referem que Nunca evitar o Consumo de Drogas, cerca de 7,8% (Quadro 24). Os resultados na amostra em estudo, não vão ao encontro do observado nos dados do Inquérito Nacional de Saúde realizado em 1998/99, isto porque constatou-se que o consumo de álcool é maior no sexo masculino do que no sexo feminino (Dias, Vieira e Neto, 2003). Por outro lado o estudo desenvolvido por Gonçalves (2008) revelou que o sexo feminino apresenta maiores níveis de preocupação em relação ao álcool (61%), bem como acerca de outras substâncias (tabaco (58%), cannabis

(56%), haxixe e cocaína (55%), heroína (54%), barbitúricos e ecstasy (52%) e anfetaminas (51%). O sexo masculino, apenas demonstra índices de maior preocupação do que as raparigas em relação ao peyote (55%) e ao crack (53%).

Questão 16: Será que existe correlação entre os Traços Psicopatológicos e o Suporte Social;

Tendo em conta os resultados obtidos, verificamos que o Índice de Sintomas Positivos correlaciona-se positivamente de forma estatisticamente significativa com todas as dimensões do Suporte Social em estudo, de forma que a valores elevados das variáveis do Suporte Social tendem a estar associados valores elevados do Índice Sintomas Positivos, que remete para o grau de intensidade de stress ajustado ao número de sintomas presentes (Quadro 41). Tais resultados parecem ir ao encontro do referido por Seidl (2005), que o diagnóstico de infecção pelo VIH/SIDA não só tem implicações médicas e psicológicas, mas também sociais significativas. Sendo que o estigma, o preconceito e os sentimentos depreciativos são as variáveis que mais interferem no Social (Oliveira et al., 2006), conduzindo muitas vezes à fragilização dos laços sociais e isolamento, dos outros e da própria família (Ramos, 2004).

Segundo Guerra (1994), a pessoa portadora do VIH/SIDA bem adaptada à sua doença, tem que dispor de Suporte Social, sendo por isso considerado que, a ausência de depressão é um bom indicador face à capacidade de adaptação à doença. Ora de acordo com os resultados em estudo, observou-se que existe uma correlação negativa estatisticamente significativa entre Interação Social Positiva e a Sensibilidade Interpessoal, a Depressão, o Psicoticismo e o Índice Geral de Sintomas, significando que a valores elevados de Interação

Social Positiva tendem a estar associados a valores baixos das quatro dimensões dos Traços Psicopatológicos (Quadro 41). Isto significa que, tal como referido anteriormente, que o apoio psicossocial tem um papel determinante na redução dos índices psicopatológicos, nomeadamente a depressão, contribuindo desta forma para uma melhor QV (BIRD, 2008).

Questão 17: Será que existe correlação entre os Traços Psicopatológicos e as Estratégias de Coping;

Segundo Pereira e Canavarro (2005), as reacções psicológicas observadas nas pessoas infectadas pelo VIH/ SIDA reflectem dimensões psicossociais e familiares específicas, tais como o estigma associado à homossexualidade e ao consumo de drogas, bem como o medo de contágio. Ora quando observarmos correlações entre os Traços Psicopatológicos e as Estratégias de Coping verifica-se que existe correlações estatisticamente significativas positivas em várias dimensões, sendo que a todas elas, valores elevados de Coping tendem a estar associados a valores elevados nas dimensões dos Traços Psicopatológicos (Quadro 42).

O diagnóstico de infecção pelo VIH/SIDA representa um evento com características catastróficas (Carvalho & Galvão, 2008), ora na amostra em estudo foi possível observar uma maior incidência nas associações entre o Índice Sintomas Positivos e as Estratégias como, o Planear (modo de enfrentar o agente stressor), a procura de Suporte Instrumental (ajuda e conselhos), o Suporte Social Emocional e a Aceitação (aceitação do VIH/SIDA como uma realidade) (Quadro 42). A dificuldade de Coping na forma de lidar com a doença está frequentemente relacionada com prejuízo no tratamento (Carvalho & Galvão, 2008). No estudo desenvolvido pelos autores com mulheres portadoras do VIH/SIDA verificaram que existe uma grande dificuldade em aceitar e acreditar no diagnóstico, associado a tentativa de suicídio, depressão, isolamento e vergonha.

Segundo Ferreira (2004), os sintomas depressivos são observados em mais de 50% dos infectados pelo VIH/SIDA em algum momento da trajetória da doença. O referido pelo autor poderá estar relacionado com o verificado na amostra em estudo, onde foi possível observar associações positivas entre a Reinterpretação Positiva (procura em olhar a situação de forma mais favorável) e a Depressão e o Índice Sintomas Positivos (Quadro 42). Estes resultados levam a pensar que a depressão poderá ser uma ‘companheira de viagem’ destes doentes, sendo que no estudo desenvolvido por Margalho et al. (2007), com a população portadora do VIH/SIDA, onde a média das idades era de 37,8 anos e 57% possuía um nível de escolaridade baixo, até ao 1º ciclo e 42% apresentava-se como tendo um comportamento heterossexual, verificaram que 27% da amostra manifestava depressão. Ora também na amostra em estudo se verificou uma incidência da Depressão (Quadro 42), sendo que a média das idades em estudo é de 38,8 anos (Anexo E), cerca de 45,5% apresenta uma escolaridade até ao 1º ciclo (Anexo E) e 72,7% da amostra considera-se como tendo um comportamento heterossexual (Quadro 21).

Por outro lado, poderemos estar face a uma situação induzida por outra realidade, o facto de algumas das perturbações psiquiátricas serem fruto de disfunções neurológicas orgânicas devidas ao acometimento infeccioso, metabólico, medicamentoso ou neoplásico do sistema nervoso central, podendo expressar, ainda, na forma de uma depressão maior ou depressão psicótica (Gonzalez & Romero, 1996, cit. por Souto, 2006).

A depressão e a ansiedade generalizada são as perturbações mais comuns no portador do VIH/SIDA (Garcês da Silva, 2006; Linar et al., 1995, cit. por Margalho et al., 2007; Morais & Moura, 2004). Na amostra em estudo foi possível observar ao nível da Auto-Culpabilização (culpa no sucedido) e Negação (procura de rejeição da realidade do

VIH/SIDA) associações positivas com a Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Índice Geral de Sintomas (Quadro 42), ora estes resultados vão ao encontro do mencionado por Murphy e Melby (1999), segundo os autores, no 'estágio de crise' observam-se reacções de perplexidade, culpa, negação, isolamento Social, apreensão e ansiedade. Segundo Machado et al. (1996, cit. por Souto, 2006) são as pessoas infectadas pela via sanguínea por meio do uso de drogas injectáveis que têm maiores propensões à culpabilidade e à irritação, aliadas à menor força do ego e rebaixamento da resistência à frustração. Por outro lado, outros autores consideram a negação e a angústia como uma reacção psicológica normal, encarando unicamente como respostas patológicas as situações de depressão major e condutas suicidas, sendo que qualquer reacção é fruto da interacção de diversos factores psicossociais e familiares (Pereira & Canavarro, 2005).

Na amostra em estudo observaram-se associações positivas entre a Expressão de Sentimentos (consciência do stress emocional) e a Somatização, Psicoticismo e Índice Sintomas Positivos (Quadro 42). Tais resultados, levam a pensar no referido por Bolcato (1999, cit. por Souto, 2006), segundo o autor as reacções agudas ao stress, distúrbios de ajustamento, medo patológico do VIH/SIDA, suicídio, distúrbio psicótico agudo e distúrbio afectivo, depressão e delírio (estado confusional agudo) são perturbações psiquiátricas frequentes em indivíduos infectados pelo VIH/SIDA.

Segundo Morais e Moura (2004), a ansiedade pode manifestar-se em diferentes momentos no percurso da pessoa portadora do VIH/SIDA, no aconselhamento pré-teste, no diagnóstico, se o resultado for positivo, em várias outras situações durante o curso da infecção pelo VIH. Na amostra em estudo verificou-se associações positivas entre a Auto-Distração (sonhar acordado) e a Ansiedade, e Ansiedade Fóbica (Quadro 42). Tais resultados

parecem estar relacionados com a necessidade da pessoa procurar a fuga da realidade, face à sua condição, no entanto, tal como referido pelos autores acima identificados, a ansiedade manifesta-se em diferentes momentos, e tal como a depressão, parece ser uma ‘companheira de viagem’ da pessoa infectada pelo VIH/SIDA (Ferreira, 2004).

Na amostra em estudo observaram-se associações positivas entre o Desinvestimento Comportamental (desistir de alcançar os objectivos) e a Somatização, Obsessões Compulsivas, Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Índice Geral de Sintomas e Total de Sintomas Positivos (Quadro 42). Esta realidade poderá ser o resultado da dificuldade em assimilar a realidade de estar infectado pelo VIH/SIDA, no entanto também poderemos estar face a uma consequência da afecção do SNC, traduzindo-se num quadro de demência que inclui apatia, perda de memória, lentificação dos processos de cognição, sintomas depressivos e alterações motoras, entre outras (Louro, 1997). A síndrome demencial nestes doentes atinge cerca de 7,3% dos indivíduos, e cerca de 60% na fase terminal sofre de deficit cognitivo (Janssen et al., 1992, cit. por Louro, 1997).

O estudo desenvolvido por Lyketson et al. (1997, cit. por Margalho et al., 2007) revelou que as perturbações de consumo de substâncias são uma realidade nas pessoas infectadas pelo VIH/SIDA. Os resultados da amostra em estudo vão ao encontro do observado pelo autor acima identificado, uma vez que se verificou a existência de associações positivas entre o Uso de Substâncias (recorrer a substâncias como forma de lidar com os problemas) e as Obsessões Compulsivas, Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade, Hostilidade, Índice Geral de Sintomas e Total de Sintomas Positivos (Quadro 42). Os Traços Psicopatológicos observados, tanto pode ser um resultado da própria reacção à doença do VIH/SIDA, isto porque tal como mencionado por Garcês da Silva (2006) as pessoas

infectadas pelo VIH estão mais sujeitas a doenças mentais, em comparação com a população normal, sendo que Margalho et al. (2007) considera a possibilidade da própria infecção pelo VIH ser um factor precipitante de respostas tipo psicopatológicas. Como também, uma consequência do consumo de drogas, isto porque, segundo o M.E. (1998, cit. por Gonçalves, 2008), a cannabis, os alucinogénios, a cocaína e os opiáceos constituem o grupo das drogas, se numa primeira fase oferece sensações de bem-estar em virtude da perda do sentido do real, num segundo momento dão origem à dependência, toxicomania, alucinações, ilusões ópticas e auditivas, ansiedade, depressão, desconfiança patológica, degradação física, tensão, dor. Sendo que diferentes substâncias psicoactivas são susceptíveis de preencher diferentes necessidades psicológicas (Barnes & Olson, 1987, Riccio et al., 2001, cit. por Gonçalves, 2008),

Na amostra em estudo observaram-se associações positivas entre o Humor (recurso a piadas para lidar com os problemas) e a Sensibilidade Interpessoal (sentimentos de inferioridade), Ansiedade Fóbica e Índice Sintomas Positivos (Quadro 42). Ora segundo o ‘estágio transicional’ de Murphy e Melby (1999), acerca da adaptação do indivíduo face ao diagnóstico do VIH, quando a pessoa começa a apreender o diagnóstico, especialmente quando confirmado por alterações orgânicas objectivas e/ou preconceito social, sendo que as alterações na aparência física tornam-se um problema a nível emocional, especialmente pelo que representam em termos de estigmatização, o indivíduo tende ao isolamento e à solidão, sofre do desespero, de sentimento de desvalorização, perda de auto-estima e de produtividade. Face a isto o recurso ao humor pode desempenhar uma estratégia promotora de resiliência (Carvalho et al., 2007). De tal forma que, no estudo desenvolvido por Salovey, Rothman, Detweiker e Steward (2000) observaram que o riso e o humor medeiam a relação

entre acontecimentos de vida negativos e perturbações do humor e aumenta a tolerância para altos níveis de desconforto físico.

Questão 18: Será que existe correlação entre o Suporte Social e as Estratégias de Coping.

A procura de Suporte Social pode constituir-se, como uma estratégia de *Coping*, voltada para o controlo da situação ou do agente stressor (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). Na amostra em estudo verificou-se correlações estatisticamente significativas positivas em várias dimensões do Suporte Social e das Estratégias de Coping, sendo que a valores elevados do Coping tendem a estar associados a valores elevados de Suporte Social (Quadro 43).

De acordo com os resultados observados constata-se a existência de associações positivas entre o Suporte Tangível (ajuda material e/ou assistência) e o Planear, Suporte Instrumental, Suporte Social Emocional, Reinterpretação Positiva, Expressão de Sentimentos, Aceitação, e Negação (Quadro 43). Os resultados ao nível do Suporte Tangível vai ao encontro do verificado anteriormente, e ser fruto do facto de todos os participantes da amostra em estudo serem acompanhados por Instituições de apoio a indivíduos e famílias portadoras do VIH/SIDA (Quadro 10), sendo que as que recorrem, a maior percentagem, encontram-se numa situação de vulnerabilidade sócio-económica. Por outro lado, os restantes resultados, ao nível da Aceitação da realidade da infecção, tal como referido por Weaver, Antoni, Cechner, Durán, Penedo e Fernandes (2004) é considerado como um factor protector, na medida em que se associa a uma melhor QV e a um menor sentimento de stress. Os autores remetem para uma aceitação activa, isto é, que mobiliza a pessoa a tomar atitudes em

relação aos problemas encontrados no percurso. Esta estratégia apresenta-se de extrema importância, uma vez que estratégias contrárias como a evitação e negação da infecção estão associadas a sofrimento psicológico (Prado, Feaster, Schwartz, Pratt, Smith & Szapocznik, 2004) e a baixos índices de QV (Weaver et al., 2004).

Na amostra em estudo observaram-se associações positivas entre a Interação Social Positiva (disponibilidade de outros com quem se divertir e relaxar) e o Suporte Instrumental, Suporte Social Emocional, Reinterpretação Positiva, Aceitação e Humor (Quadro 43). Os resultados observados, vão ao encontro da literatura, mencionando a importância do apoio psicossocial, na redução dos índices de depressão, o estigma e o stress, contribuindo desta forma para uma melhor QV (BIRD, 2008), sendo que o Suporte Social pode-se expressar de formas distintas, tornando-se evidente quando (Wortman, 1984, cit. por Biffi & Mamede, 2004), tal como se pode observar pelos resultados, envolve expressão de afecto positivo, sendo que desta forma poderá ter capacidade de neutralizar a sensação de isolamento emocional ou solidão. Brook (1999, cit. por Castanha, et al., 2007) acrescenta ainda em relação ao Suporte Social familiar, que também este está associado ao bem-estar psicológico, sendo que o modo como as famílias se adaptam à doença é um reflexo do seu relacionamento íntimo, das suas histórias e do contexto sócio-cultural em que estão inseridas, ao mesmo tempo o Suporte dos amigos é útil para a mudança de hábitos de vida, nomeadamente no abandono de comportamentos sexuais de risco e do consumo de drogas. Desta forma, tal como refere Fernandes (1992, Biffi & Mamede, 2004), quanto mais Suporte Social um indivíduo obtém, mais apto estará para evitar situações de stress ou desenvolver condições favoráveis para o seu confronto e/ou aniquilamento.

Os sistemas de Suporte Social promovem factores de protecção aos indivíduos (Carvalho, et al., 2007). Segundo os resultados da amostra em estudo, verifica-se associações positivas entre o Suporte Afectivo (expressão de afecto) e o Suporte Instrumental, Suporte Social Emocional, Reinterpretação Positiva, Expressão de Sentimentos e Humor (Quadro 43). Tais resultados vão ao encontro do referido por Feather e Wainstock (1989, cit. por Biffi & Mamede, 2004), segundo os autores as relações de reciprocidade e de inter-ajuda favorecem o desenvolvimento de recursos psicológicos e físicos na pessoa, tornando-a capaz de enfrentar as dificuldades encontradas.

A rede de apoio Social representa um factor de extrema importância na vida da pessoa portadora do VIH/SIDA, sendo que esta deve procurar o apoio de membros da família e amigos em quem tenha confiança (ONUSIDA, 2005). Os resultados em estudo vão ao encontro do mencionado anteriormente, uma vez que, se verificou associações positivas entre o Suporte Emocional Informacional (empatia, confiança, informações para lidar com problemas) e o Suporte Instrumental, Suporte Social Emocional, Reinterpretação Positiva, Auto-Culpabilização, Negação e Humor (Quadro 43). Sendo que a adesão a um grupo de apoio para pessoas vivendo com o VIH representa uma boa estratégia para fazer amigos, bem como atenuar o sentimento de isolamento, e por outro lado, promove a obtenção de estratégias para fazer frente à infecção (ONUSIDA, 2005), mas também para lidar com a estigmatização e a discriminação muitas vezes associado à homossexualidade e ao consumo de drogas, bem como o medo de contágio (Pereira & Canavarro, 2005).

Face aos objectivos traçados para este estudo, ao nível da prevalência de *Psicopatologia*, constatou-se que foi o Psicoticismo, o diagnóstico que mais se acentuou, tendo em conta que noutros estudos, a depressão é aquela que se apresenta como a

perturbação mais incidente (Ferreira, 2004; Garcês da Silva, 2006; Margalho et al., 2007; Morais & Moura, 2004). Das três sub-amostras verifica-se que são os sujeitos integrados em Comunidade Terapêutica que apresentam valores mais elevados ao nível dos Total de Sintomas Positivos, o que parece ir ao encontro do referido por Treisman e Angelino (2004), acerca da possibilidade de os portadores do VIH/SIDA apresentarem traços de comorbilidade psicopatológica.

O consumo de drogas e ingestão de bebidas alcoólicas é referido em maior percentagem pelo sexo feminino, ao contrário do observado no estudo desenvolvido por Rodrigues et al. (2007), onde registaram que a maior percentagem da população infectada pelo VIH/SIDA que recorre ao consumo de drogas pertencia ao sexo masculino. Por outro lado, foram os que responderam Raramente e aqueles que não respondem, quando questionados se evitam o consumo de drogas, que apresentam maiores níveis na dimensão Uso de Substâncias. Sendo que nesta estratégia observou-se associações positivas entre as Obsessões Compulsivas, Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade, Hostilidade, Índice Geral de Sintomas e Total de Sintomas Positivos.

São as pessoas que Não Vivem Sozinhas que apresentam um maior Índice de Sintomas Positivos, que poderá estar relacionado com o facto da vida social das pessoas portadoras do VIH/SIDA ser marcada pela presença da estigmatização (Carvalho et al., 2007), estando esta muitas vezes associada à fragilização dos laços sociais, isolando-o dos outros e da própria família (Ramos, 2004). Por outro lado, ao nível das Estratégias de Coping, são também os que referem Não Viver Sozinhos que apresentam maiores níveis de Coping Activo e Reinterpretação Positiva.

Ao nível do *Suporte Social* verificou-se que foi o Suporte Tangível onde se registou maior incidência, sendo que foram as pessoas integradas em Lar Residencial que apresentaram valores mais elevados. Os resultados parecem ir ao encontro do referido por Mann e Tarantola (1998), segundo os autores existe uma relação directa entre o perfil clínico e epidemiológico do VIH/SIDA e o padrão socio-económico. Por outro lado, também foram as pessoas que Não Vivem Sozinhas que apresentam maiores níveis de Suporte Tangível e Interação Social Positiva. Face a isto, somos levados a pensar que mais uma vez parece haver correlação entre a pobreza e o VIH/SIDA, sendo que no nosso entender se considera poder existir ambientes que facilitam determinados comportamentos de risco, não estando só a falar das situações de pobreza, mas também nos utilizadores de drogas, tal como refere Parker e Camargo (2000), o processo de desenvolvimento cria formas de deslocamento social, as quais, por sua vez, produzem acções e práticas sociais que aumentam o risco de infecção pelo VIH/SIDA.

Verificou-se haver associações positivas entre o Suporte Tangível e as dimensões Planear, Suporte Instrumental, Suporte Social Emocional, Reinterpretação Positiva, Expressão de Sentimentos, Aceitação, e Negação das Estratégias de Coping, ora segundo Weaver et al. (2004) a aceitação da realidade da infecção é considerado como um factor protector, na medida em que se associa a uma melhor QV e a um menor sentimento de stress. Os autores remetem para uma aceitação activa, isto é, que mobiliza a pessoa a tomar atitudes em relação aos problemas encontrados no percurso. Esta estratégia apresenta-se de extrema importância, uma vez que Estratégias contrárias como a evitação e negação da infecção estão associadas a sofrimento psicológico (Prado et al., 2004) e a baixos índices de QV (Weaver et al., 2004).

Ao nível da Religião/Espiritualidade como estratégia para lidar com a doença, segundo o observado esta é uma dimensão que parece representar um papel relevante, o que vai ao encontro do referido por diversos autores acerca da importância que a religiosidade pode ter como estratégia para lidar com a doença, na interpretação dos acontecimentos da vida, e para o desenvolvimento de mecanismos de Coping face às dificuldades e mudança de atitudes que uma infecção pelo VIH/SIDA acarreta (Carvalho et al., 2007; Dalgarrondo, 2006; Seidl, 2005).

A Interação Social Positiva correlaciona-se positivamente com a Sensibilidade Interpessoal, a Depressão, o Psicoticismo e o Índice Geral de Sintomas, significando que a valores elevados de Interação Social Positiva tendem a estar associados a valores baixos das quatro dimensões dos Traços Psicopatológicos. Por outro lado, na mesma dimensão das Estratégias de Coping observou-se associações positivas com o Suporte Instrumental, Suporte Social Emocional, Reinterpretação Positiva, Aceitação e Humor. Também se verificou existir associações positivas entre o Suporte Afectivo e o Suporte Instrumental, Suporte Social Emocional, Reinterpretação Positiva, Expressão de Sentimentos e Humor.

Ao nível do Suporte Emocional Informacional observou-se existir associações positivas com o Suporte Instrumental, Suporte Social Emocional, Reinterpretação Positiva, Auto-Culpabilização, Negação e Humor.

Tendo em conta as *Estratégias de Coping* verificou-se que foi ao nível da Aceitação e Planear onde se verificou maior incidência. Por outro lado, foi a amostra em Lar Residencial que apresentou valores mais elevados no Humor, sendo que para Masten, Garmezy e Risk (1985, cit. por Carvalho et al., 2007), este é considerado um factor de protecção promotor de

resiliência que diz respeito aos atributos pessoais. Foi também ao nível do Humor que se observou correlações positivas com a Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade Fóbica e Índice Sintomas Positivos. Ora segundo o 'estágio transicional' de Murphy e Melby (1999), acerca da adaptação do indivíduo face ao diagnóstico do VIH, quando a pessoa começa a apreender o diagnóstico, especialmente quando confirmado por alterações orgânicas objectivas e/ou preconceito social, sendo que as alterações na aparência física tornam-se um problema a nível emocional, especialmente pelo que representam em termos de estigmatização. O indivíduo tende ao isolamento e à solidão, sofre do desespero, de sentimento de desvalorização, perda de auto-estima e de produtividade. Face a isto o recurso ao humor pode desempenhar uma estratégia promotora de resiliência (Carvalho et al., 2007).

Verificou-se haver uma maior incidência nas associações entre Estratégias de Coping como, o Planear, Suporte Instrumental, Suporte Social Emocional, Aceitação e o Índice Sintomas Positivos. Por outro lado, ao nível da Reinterpretação Positiva observaram-se associações positivas com a Depressão e o Índice Sintomas Positivos.

Também se registaram ao nível da Auto-Culpabilização e Negação associações positivas com a Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, bem como, entre a Expressão de Sentimentos e a Somatização, Psicoticismo, Índice Sintomas Positivos, Ideação Paranóide e Índice Geral de Sintomas.

Outras associações positivas foram observadas, tais como, entre o Desinvestimento Comportamental e a Somatização, Obsessões Compulsivas, Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Índice Geral de Sintomas e Total de Sintomas Positivos. Por

outro lado, também se verificou associações positivas entre a Auto-Distração e a Ansiedade, e Ansiedade Fóbica.

V - CONCLUSÃO

Este estudo foi um contributo para caracterizar e aprofundar conhecimentos sobre o VIH/SIDA, no entanto tendo sempre bem presente que existem limitações metodológicas, entre as quais:

- a ausência de amostra representativa a nível nacional,
- a ausência de sub-amostras equitativas entre si em termos de N;
- a amostra pertencer unicamente a estratos sócio-económicos baixos, isto é, todos participantes deste estudo encontram-se em acompanhamento institucional, muito em parte pela sua fragilidade económica e familiar. Isto significa que todos aqueles que saem destes critérios, na maior parte das vezes não recorrem a estas instituições, o que leva a que, tal como neste estudo estejamos face a uma grande limitação, que é o estrato sócio-económico, os estratos sociais acima da pobreza e pobreza extrema, não estão acessíveis para levar a cabo um estudo como este;
- as dimensões das Estratégias de Coping manifestaram baixa consistência interna, o que limita qualquer interpretação que se possa desenvolver ao nível de possíveis correlações que existam, como é o caso, nomeadamente e principalmente a Auto-Distração, onde se verificou um valor de consistência de 0,02. Face a isto somos levados a questionar o porquê deste valor, sendo que poderá dever-se a vários factores, entre eles, o da dimensão não estar adaptada à realidade da população em estudo, ou o conceito não se aplicar à amostra, ou também ser um conceito mal traduzido. Para se poder avaliar melhor o porquê desta realidade seria necessário proceder a um análise de conteúdo, que no caso não foi realizado;

- não se saber em que fase a amostra se encontra, fase sintomática ou assintomática, uma vez que existem reacções diferentes, na fase sintomática existe um confronto mais directo com a doença que poderá influenciar o tipo de estratégia que a pessoa se socorre e respectivas reacções;

- ausência de meios diagnósticos para avaliar a afecção do SNC, uma vez que algumas manifestações poderão ser consequência de um quadro demencial.

Face aos objectivos traçados para este estudo, ao nível da prevalência de Psicopatologia, constatou-se que foi o Psicoticismo, o diagnóstico que mais se acentuou, tendo em conta que noutros estudos, a depressão é aquela que se apresenta como a perturbação mais incidente (Ferreira, 2004; Garcês da Silva, 2006; Margalho et al., 2007; Morais & Moura, 2004).

Segundo Pereira e Canavarro (2005), as reacções psicológicas observadas nas pessoas infectadas pelo VIH/ SIDA reflectem dimensões psicossociais e familiares específicas. Ora quando observarmos as correlações entre os Traços Psicopatológicos e as Estratégias de Coping verifica-se que existe correlações estatisticamente significativas positivas em várias dimensões, sendo que a todas elas, valores elevados de Coping tendem a estar associados a valores elevados nas dimensões dos Traços Psicopatológicos (Quadro 42).

O consumo de drogas e ingestão de bebidas alcoólicas é referido em maior percentagem pelo sexo feminino, ao contrário do observado no estudo desenvolvido por Rodrigues et al. (2007), onde registaram que a maior percentagem da população infectada pelo VIH/SIDA que recorre ao consumo de drogas pertencia ao sexo masculino. Segundo Gonçalves (2008) o consumo abusivo de álcool, tabaco e outras drogas pode traduzir-se

numa acção nefasta para o indivíduo traduzível em três níveis de efeitos: efeitos psicológicos (perturbações de comportamento, perda de capacidade lúdica, ansiedade, depressão e psicoses), efeitos físicos e efeitos sociais (problemas familiares, escolares, laborais, relacionais, juridico-criminais). De tal forma que para o autor, a droga constitui actualmente uma ameaça à democracia, ao estado de direito e ao progresso, porque provoca a destruturação, desumanização e degradação do indivíduo.

Ao nível do Suporte Social verificou-se que foi o Suporte Tangível onde se registou maior incidência, sendo que foram as pessoas integradas em Lar Residencial que apresentaram valores mais elevados. Os resultados parecem ir ao encontro do referido por Mann e Tarantola (1998), segundo os autores existe uma relação directa entre o perfil clínico e epidemiológico do VIH/SIDA e o padrão socio-económico.

Verificou-se que tal como referido por Seidl et al. (2003) que a procura de Suporte Social pode constituir-se, como uma estratégia de *Coping*, voltada para o controlo da situação ou do agente stressor, isto porque na amostra em estudo verificou-se correlações estatisticamente significativas positivas em várias dimensões do Suporte Social e das Estratégias de Coping, sendo que a valores elevados do Coping tendem a estar associados a valores elevados de Suporte Social (Quadro 43), nomeadamente entre o Suporte Tangível e as dimensões Planear, Suporte Instrumental, Suporte Social Emocional, Reinterpretação Positiva, Expressão de Sentimentos, Aceitação e Negação. Estes resultados levaram-nos a pensar que a aceitação activa da realidade da infecção é considerada como um factor protector, na medida em que se associa a uma melhor QV e a um menor sentimento de stress, que mobiliza a pessoa a tomar atitudes em relação aos problemas encontrados no percurso (Weaver et al., 2004). Esta estratégia apresenta-se de extrema importância, uma vez que

estratégias contrárias como a evitação e negação da infecção estão associadas a sofrimento psicológico (Prado et al., 2004) e a baixos índices de QV (Weaver et al., 2004).

Por outro lado, verificou-se que a única associação negativa se observa nas correlações Traços Psicopatológicos e Suporte Social, entre Interação Social Positiva e a Sensibilidade Interpessoal, a Depressão, o Psicoticismo e o Índice Geral de Sintomas, significando que a valores elevados de Interação Social Positiva tendem a estar associados a valores baixos das quatro dimensões dos Traços Psicopatológicos (Quadro 26). Sendo que, tal como verificado nos Quadros 42 e 43, a valores elevados de todas as dimensões do Suporte Social tendem a estar associados valores elevados do Índice Sintomas Positivos (Quadro 41).

Tendo em conta as Estratégias de Coping verificou-se que foi ao nível da Aceitação e Planear onde se verificou maior incidência. Por outro lado, foi a amostra em Lar Residencial que apresentou valores mais elevados no Humor, sendo que para Masten, Garmezy e Risk (1985, cit. por Carvalho et al., 2007), este é considerado um factor de protecção promotor de resiliência que diz respeito aos atributos pessoais. Foi também ao nível do Humor que se observou correlações positivas com a Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade Fóbica e Índice Sintomas Positivos. Ora segundo o 'estágio transicional' de Murphy e Melby (1999), acerca da adaptação do indivíduo face ao diagnóstico do VIH, quando a pessoa começa a apreender o diagnóstico, especialmente quando confirmado por alterações orgânicas objectivas e/ou preconceito social, sendo que as alterações na aparência física tornam-se um problema a nível emocional, especialmente pelo que representam em termos de estigmatização. O indivíduo tende ao isolamento e à solidão, sofre do desespero, de sentimento de desvalorização, perda de auto-estima e de produtividade. Face a isto o recurso ao humor pode desempenhar uma estratégia promotora de resiliência (Carvalho et al., 2007).

Ao nível da Religião/Espiritualidade como estratégia para lidar com a doença, segundo o observado esta é uma dimensão que parece representar um papel relevante, o que vai ao encontro do referido por diversos autores acerca da importância que a religiosidade pode ter como estratégia para lidar com a doença, na interpretação dos acontecimentos da vida, e para o desenvolvimento de mecanismos de Coping face às dificuldades e mudança de atitudes que uma infecção pelo VIH/SIDA acarreta (Carvalho et al., 2007; Dalgalarrodo, 2006; Seidl, 2005).

Uma realidade que ao longo do estudo se foi consciencializando é o facto de não se verificarem diferenças estatísticas ao nível da variável Sexo. Face a uma amostra por conveniência como é a do nosso estudo, onde cerca de 45,5% pertence ao sexo feminino (Quadro 2), tal parece ir ao encontro do referido por Chaves et al. (2005), pois segundo os autores estamos face a uma alteração dos padrões epidemiológicos do VIH/SIDA, sendo que perspectivam que nos próximos anos o ratio homem/mulher seja de 1:1, por outro lado, a realidade referida por outros autores, que consideram que a mulher é mais vulnerável à infecção por VIH/SIDA devido à posição social e económica que ocupa na sociedade, dificultando-lhe o negociar, o uso do preservativo, o discutir a fidelidade e abandonar relações que a coloquem em risco (Macklin, 2003, cit. por Maia, Guilherme & Freitas, 2008) parece não ser uma realidade da amostra em estudo, sendo que também Pereira e Canavarro (2005) consideram que no Ocidente o sexo feminino representa cerca de 25% dos casos.

Ao mesmo tempo, o observado na variável Sexo pode-se dever a um outro factor, isto é, na realidade portuguesa dos dezoito distritos, a infecção por VIH/SIDA está essencialmente concentrada em quatro grandes áreas, Lisboa, Porto Setúbal e Faro (CVEDT, 2008; Guerra & Negreiros, 2003), ora se pensarmos que a nossa amostra foi recolhida na área

da Grande Lisboa e Distrito de Setúbal, ao nível dos seus diversos concelhos (Quadro 31), podemos estar face a um padrão epidemiológico enviesado, com diferentes taxas de incidência (Pereira & Canavarro, 2005), uma vez que a maior percentagem dos participantes era de nacionalidade portuguesa (Quadro 11) e esta significa uma grande diversidade de estilos de vida, hábitos culturais e concentrações demográficas diferentes (Guerra & Negreiros, 2003).

Esta realidade ao nível da variável Sexo leva a pensar que podemos estar face a uma alteração na forma de adaptação à doença, onde diferenças no género não significa obrigatoriamente traços diferentes ao nível da doença mental, suporte social e estratégias de coping.

Por outro lado, o mencionado por Dias et al. (2006) que a face social do VIH/SIDA tem consequências transversais a todos os grupos etários da população infectada pelo VIH/SIDA, parece ir ao encontro da amostra em estudo, pois não se observou diferenças estatísticas com a variável Idade, sendo que, tal como observado pelo CVEDT (2008) foi entre os 25 e os 49 anos de idade onde se verificou a maior distribuição de diagnóstico de infecção por VIH/SIDA.

Podemos concluir que, apesar das limitações inerentes a este estudo, estão criadas as bases para sustentar a importância de desenvolver mais estudos nesta área, nomeadamente, avaliar a dimensão religiosa, distinguindo-a da espiritualidade na pessoa portadora do VIH/SIDA, tendo em conta que existe diferentes formas de religiosidade, em distintos contextos sociais e culturais, bem como significações e implicações diferenciadas para a vida das pessoas, sua subjectividade e saúde mental (Dalgarrondo, 2006). Sendo que seria de

todo pertinente procurar perceber o papel da religião e espiritualidade na saúde e doença mental.

Ao mesmo tempo seria interessante perceber a realidade da resiliência na pessoa portadora do VIH/SIDA e que implicações têm ao nível da saúde e doença mental.

Por outro lado parece pertinente, perceber se ao nível dos traços de personalidade existem possíveis associações com a saúde e doença mental e estratégias de coping, nomeadamente o papel do Humor. Bem como a pertinência em qualquer estudo com a população portadora do VIH/SIDA, se puder controlar a variável Fase Sintomática ou Assintomática, bem como qualquer possível afecção do SNC, consequência da própria progressão da doença.

Pensamos que existe uma outra área que seria importante perceber, a partir de uma amostra mais alargada e representativa da população, isto é, se estamos realmente face a uma alteração dos padrões epidemiológicos, bem como na forma de adaptação à doença, onde não existe diferenças ao nível da variável Sexo.

Referências

- Aldir, I. (2006). Um de Dezembro, dia mundial da SIDA. *Jornal do Centro*, 12, 8.
- BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (2008). *HIV/SIDA, nutrição e segurança alimentar*. Consultado em 25 de Junho de 2008 através de www.worldbank.org
- Biffi, R. & Mamede, M. (2004). Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Revista de Enfermagem*, 38(3), 262-269.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos. In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *testes e provas psicológicas em Portugal (vol. 2)* (pp. 95- 109). Braga: APPORT/ SHO.
- Canini, S., Reis, R., Pereira, L., Gir, E. & Pelá, N. (2004). Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. *Revista Latino Americana*, 12(6), 940-945.
- Carvalho, C. & Galvão, M. (2008). Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. *Revista de Enfermagem*, 42(1), 90-97.
- Carvalho, F., Morais, N., Koller, S. & Piccinini, C. (2007). Factores de protecção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Caderno de Saúde Pública*, 23(9), 2023-2033.
- Casau, N. (2005). Perspective on HIV infection and aging: Emerging Research on the horizon. *HIV/AIDS - Clinical Infectious Diseases*, 41, 855-863.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of epidemiology*, 104, 107-123.
- Castanha, A., Coutinho, M., Saldanha, A. & Oliveira, J. (2006). Consequências biopsicossociais na AIDS na qualidade de vida de pessoas seropositivas para o HIV. *DST – Revista Brasileira das Doenças Sexualmente Transmissíveis* 18(2), 100-107.
- Castanha, A., Coutinho, M., Saldanha, A. & Ribeiro, C. (2007). Avaliação da qualidade de vida em seropositivos para o HIV. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 23-31.
- Castanha, A., Saldanha, A., Coutinho, M., Ribeiro, C. & Araújo, L. (2005). *A qualidade de vida de seropositivos para o HIV após duas décadas da terapia anti-retroviral*. Consultado em 13 de Junho de 2008 através de www.aidscongress.net/6congresso
- CVEDT - Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2008). *Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2007*. Ministério da Saúde.
- Chaves, C. (2006). Cuidados de saúde primária e a SIDA. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 108-115.

- Chaves, C., Ramalho, M., Carrilho, P. & Araújo, T. (2005). SIDA e a mulher. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 31, 100-127.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Correia, E. (2005). «Existere» com o VIH! É possível com(viver) com este vírus?. *Passo a passo*. Consultado em 1 de Setembro de 2007 através de <http://www.passoapasso.com.pt/passoapasso/Main.aspx?link=html/tree/artigosopiniao/PaPExistere.htm>
- Dalgalarrodo, P. (2006). Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 177-178.
- Dias, A., Fonseca, S., Renca, P. & Silva, E. (2006). *Análise estatística da população com mais de 50 anos infectada em Portugal*. Consultado em 13 de Janeiro de 2008 através de www.aidscongress.net/6congresso
- Dias, S., Gonçalves, A., Luck, M. & Fernandes, M. (2004). Risco d infecção por VIH/SIDA: utilização-acesso aos serviços de saúde numa comunidade migrante. *Acta Médica Portuguesa*, 17, 211-218.
- Dias, I. & Mota, M. (2006). *Nutrição e VIH: particularidades no idoso*. Consultado em 24 de Maio de 2008 através de www.aidscongress.net/7congresso
- Dias, M., Vieira, S. & Neto, D.(2003) *Evolução do consumo de bebidas alcoólicas e de etanol em Portugal Continental: Dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde 1987,1996 e 1999*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
- Faria, J. & Seidl, E. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjectivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 155-164.
- Felismino, H., Costa, S. & Soares, M. (2008). Direitos e deveres de pessoas com HIV/AIDS no âmbito da saúde: um enfoque bioético. *Revista de Enfermagem*, 10(1), 87-99.
- Fernandes, S., Martins, H., Trigo, H., Leitão, E. Coutinho, R. & Paixão, M. (2005). Estimativa da seroincidência do VIH do tipo1 num grupo de toxicodependentes: Uma nova abordagem. *Actas Médicas Portuguesas*, 18, 37-44.
- Ferreira, V. (2004). Depressão. In R. Bonifácio (Ed.), *Manual de assistência psiquiátrica em HIV/AIDS*, (pp. 23-26). Brasília: Ministério da Saúde.
- Ferreira, R. & Figueiredo, M. (2007). *Estratégias de enfrentamento ao diagnóstico do HIV/SIDA relatadas por mulheres*. Consultado em 13 de Janeiro de 2008 através de www.aidscongress.net/7congresso
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.

- Gallego, L., Gordillo, V. & Catalán, J. (2000). Psychiatric and psychological disorders associated to VIH infection. *AIDS Review*, 2, 48-60.
- Galvão, M., Cerqueira, A. & Marcondes-Machado, J. (2004). Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 430-437.
- Garcês da Silva, I. (2006). A importância do apoio psicológico a doentes com VIH/SIDA. *ABRAÇO*, 10(6), 5-6.
- Gaspar de Matos, M., Battistutta, D., Simões, C., Carvalhosa, S., Dias, S. & Gonçalves, A. (2003). Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doença*, 4(1), 3-20.
- Gomes, M., Carvalho, J., Duarte, F. & Neves, S. (2007). Tratamento da tuberculose latente em doente adulto infectado pelo vírus da imunodeficiência humana. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 13(3), 408-412.
- Gonçalves, A. (2008). *Álcool, tabaco e outras drogas: concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares*. Tese de Doutoramento em Psicologia, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Grant, A. & De-Cock, K. (1998). The growing challenge of HIV/AIDS in developing countries. *British Medical Bulletin*, 54(2), 369-381.
- Guazmán, J. & Báez, M. (2005). Distorsiones cognitivas em personas que viven com VIH. *Perspectivas Psicológicas*, 6(5), 49-60.
- Guerra, M. (1994). Avaliação da adaptação do ser humano à seropositividade ao vírus VIH. *Análise Psicológica*, 12(3), 381-388.
- Guerra, M. & Negreiros, J. (2003). Estimativa do número toxicodependentes utilizadores de via endovenosa no distrito do Porto a partir do método 'Back Calculation'. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(2), 48-56.
- Kanai, R. & Camargo, E. (2002). Terapia de aderência anti-retroviral. *Jornal Brasileiro Medicina* 82(1), 121-132.
- Kwilecki, S. (2004). Religion anda coping: a contribution from religious studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 43(4), 477-489.
- Lopes, J. & Carrinho, P. (2005). As toxicodependências num CAT ou as dependências da SIDA reflexões sobre o acompanhamento terapêutico a toxicodependentes com sida ou seropositivos ao VIH. *Psiquiatria Clínica*, 26(1), 71-75.
- Lopes, M. & Fraga, M. (1998). Pessoas vivendo com HIV: estresse e suas formas de enfrentamento. *Revista Latino-americna de enfermagem*, 6(4), 75-81.

- Louro, C. (1997). Disfunções neuropsiquiátricas e psicológicas na infecção pelo VIH. *Arquivos de Medicina*, 11(5), 16-18.
- Magalhães, A. (2005). *Casais serodiscordantes em relação ao VIH: Estudo sobre os processos de integração existencial do VIH/SIDA*. Tese de Mestrado em Psicologia, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Maia, M. (2006). O apoio domiciliário a pessoas infectadas pelo VIH em Portugal e em França. *Arquivos de Medicina*, 20(5), 183-184.
- Maia, C., Guilherme, D. & Freitas, D. (2008). Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união de facto. *Revista de Saúde Pública*, 1, 1-7.
- Mann, J. & Tarantola, D. (1998). HIV 1998: the global picture. *Scientific American*, 279(1), 82-83.
- Mansinho, K. (2006). O que é o VIH. *Jornal do Centro*, 8, 4-5.
- Margalho, R., Marques, J., Cabral, N., Oliveira, S., Saraiva da Cunha, J. & Silvestre, A. (2007). *Doença mental e infecção VIH*. Consultado em 9 de Maio de 2008 através de www.psicologia.com.pt
- Margalho, R., Marques, N., Oliveira, J., Saraiva da Cunha, J. & Silvestre, A. (2007). *Caso clínico VIH e perturbação afectiva bipolar*. Consultado em 15 de Julho de 2007 através de www.psicologia.com.pt
- Marques, M., Alves, V., Duque, V. & Botelho, M. (2007). Pulmão profundo: reacção celular ao VIH. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 13(2), 175-212.
- Martins, J. (2004). Conhecendo a AIDS. In R. Bonifácio (Ed.), *Manual de assistência psiquiátrica em HIV/AIDS*, (pp. 7-16). Brasília: Ministério da Saúde.
- Miranda, M. (2004). *Amarras do mundo rural: Implicações do isolamento social na saúde e nos projectos dos jovens*. Tese de Mestrado em Sociologia da Saúde, apresentada ao Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho.
- Morais, M. & Moura, K. (2004). Ansiedade. In R. Bonifácio (Ed.), *Manual de assistência psiquiátrica em HIV/AIDS*, (pp. 17-22). Brasília: Ministério da Saúde.
- Murphy, M. & Melby, V. (1999). Psychological needs of patients with HIV disease: reviewing the literature using Nichol's (1985) adjustment reaction model as a framework. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1(6), 101-106.
- Oliveira, I., Araújo, L. & Saldanha, A. (2006). Percepções dos profissionais de saúde acerca da aids na velhice. *DST – Revista Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis* 18(2), 143-147.
- ONUSIDA (2005). *Viver num mundo confrontado ao VIH e à SIDA: Informação destinada a funcionários do sistema das Nações Unidas e suas famílias*. Consultado em 27 de Junho de 2008 através de <http://www.unaids.org>

- OE - Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dia mundial da tuberculose*. Consultado em 7 de Maio de 2008 através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedenoticias/Marco%202008/Dia%20Tuberculose.pdf>
- 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(2), 90-111.
- Ouakinin, S. (2000). *Psicoimunologia: factores psicossociais, parâmetros imunológicos e evolução da infecção pelo VIH*. Tese de Doutoramento, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pargament, K., McCarthy, S., Shah, P., Ano, G., Tarakeshwar, N., Wachholtz, A., Sirmine, N., Vasconcelles, E., Murray-Swank, N., Locher, A. & Duggan, J. (2007). Religion and HIV: A Review of the literature and clinical implications. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1201-1209.
- Parker, R. Camargo, K. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 8, 89-102.
- Passadouro, R. (2004). Prevalência e factores de risco das infecções por VIH, Hepatite B e C num estabelecimento prisional de Leiria. *Actas Médicas Portuguesas*, 17, 381-384.
- Pereira, A. (1999). *Guia prático de utilização do SPSS: análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, M. & Canavarro, M. (2005). *Reacções psicológicas e psicopatológicas ao VIH/SIDA no decurso da gravidez*. Consultado em 9 de Maio de 2008 através de [http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=VOLUMEN&revista_b usqueda=2091&clave_busqueda=10](http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=VOLUMEN&revista_busqueda=2091&clave_busqueda=10)
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2001). *Análise de dados para ciências sociais*. Edições Sílabo.
- Pires, R. (2006). *Adesão à terapêutica anti-retrovirica: uma meta psicoterapêutica*. Consultado em 8 de Outubro de 2007 através de <http://www.psicologia.com.pt>
- Ponte, A. & Pais-Ribeiro, J. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do mos social support survey. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Edts.). *actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.53-56). Lisboa: ISPA.
- Prado, G., Feaster, D., Schwartz, S., Pratt, I., Smith, L. & Szapocznik J (2004). Religious involvement, coping, social support and psychological distress in HIV-seropositive African American mothers. *AIDS Behaviour*, 8, 221-223.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Rendo, G. (2004). *Coerência, complexidade e multiplicidade narrativas no confronto com a seropositividade para o VIH*. Tese de Mestrado em Psicologia, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

- Ribeiro, J. (1999a). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Ribeiro, J. (1999b). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 17(3), 547-558.
- Ribeiro, J. (2007_2ª ed.). *Introdução à psicologia da saúde*. Quarteto: Coimbra.
- Ribeiro, J. & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Rodrigues, P., Dias, I., Lopes, A., Neves, R., Almeida, A., Abreu, R. & Caria, E. (2007). Infecção por VIH e VHC em toxicod dependentes observados na consulta de doenças infecto-contagiosas dum hospital geral de Lisboa. *Toxicodependências*, 13(2), 63-68.
- Sadala, M. & Marques, S. (2006). Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2369-2378.
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiker, J. & Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 1, 110-121.
- Saraiva, C. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio*. Redhorse: Coimbra.
- Seidl, E. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sócio demográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 421-429.
- Seidl, E., Rossi, W., Viana, K., Meneses, A. & Meireles, E. (2005). Crianças e adolescentes vivendo com HIV/AIDS e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 279-288.
- Seidl, E. & Tróccoli, B. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.
- Seidl, E., Tróccoli, B. & Zsannon, C. (2001). Análise factorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17, 225-234.
- Seidl, E., Zannon, C. & Tróccoli, B. (2005). Pessoas vivendo com HIV/SIDA: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.
- Souto, B. (2006). *Contribuição ao entendimento da terapêutica da síndrome da imunodeficiência adquirida: A fenomenologia da aderência ao tratamento antiretroviral*. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde, apresentada na Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da saúde*. Artmed: Porto Alegre.

- Torres, G. & Ruffino, M. (2001). Competência técnica na prevenção do HIV/SIDA: validação de um instrumento. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9(6), 7-12.
- Tostes, M. & Oliveira, A. (2004). Distúrbios cognitivos e demência associados ao HIV. In R. Bonifácio (Ed.), *Manual de assistência psiquiátrica em HIV/AIDS*, (pp. 33-35). Brasília: Ministério da Saúde.
- Treisman, G. & Angelino, A. (2004). *The psychiatry of AIDS: a guide to diagnoses and treatment*. USA: Johns Hopkins University Press.
- Ulla, S. & Remor, E. (2002). Psiconeuroimunologia e infecção por HIV: realidade ou ficção? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 113-119.
- Ventura, A. (2006). Adesão à terapêutica anti-retrovírica na infecção VIH/SIDA. *Arquivos de Medicina*, 20(1), 37-49.
- Vitória, A. (2004). *Importância da adesão ao tratamento anti-retroviral: Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento antiretroviral*. Consultado em 3 de Março de 2008 através de <http://www.aids.gov.br/assistencia/adesaoarv.html>
- Weaver, K., Antoni, M., Lechner, S., Durán, R., Penedo, E., Fernandez, M., Ironson, G. & Schneiderman, N. (2004). Perceived stress mediates the effects of coping on the quality of life of HIV-positive women on highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 8(2), 175-183.
- World Health Organization (2003a). Global situation of the HIV/AIDS pandemic. *Weekly Epidemiological Record*, 49, 417-424.
- World Health Organization (2003b). *Adherence to long therapies. Evidence for action*. Consultado em 13 de Janeiro de 2008 através de http://www.who.int/chronic_conditions/adherence_report.pdf
- World Health Organization (2007). *UNAIDS: AIDS epidemic*. Consultado em 22 de Fevereiro de 2008 através de <http://www.unaids.org>

ANEXOS

Anexo A

Questionário Sócio-Demográfico

Desde já agradeço a sua disponibilidade em colaborar.

Este questionário destina-se a obter alguns dados necessários à realização de uma tese de mestrado.

A sua colaboração é fundamental e imprescindível na concretização deste trabalho.

Solicitamos que faça o preenchimento do mesmo com a máxima sinceridade e honestidade, pois só assim podemos obter os dados necessários ao estudo acerca do VIH/SIDA que nos propomos realizar.

Por favor responda a todas as questões.

Não assine nem rubrique qualquer folha.

Queremos garantir-lhe o anonimato. As suas respostas são confidenciais.

Responda somente após ter lido com atenção as perguntas e as alternativas dadas.

As suas respostas vão contribuir para uma melhor compreensão sobre a forma como **as pessoas lidam com o VIH/SIDA**. Por isso gostaríamos de saber alguns dados a seu respeito, **sem que isso quebre o sigilo da sua identidade**. Por favor preencha o melhor que for capaz, sem deixar nenhuma questão em branco, fazendo **um círculo no número que corresponde à sua escolha**.

1. O sexo a que pertence? 1. Masculino

2. Feminino

2. A sua Idade: _____ Anos

3. Qual a sua nacionalidade: _____

4. A Localidade (Concelho) onde reside: _____

5. O seu Estado Civil actual?

1. Solteiro(a)

2. Casado(a)/ Em união de facto

3. Divorciado(a)/ Separado(a)

5. Viúvo(a)

6. Vive sozinho?

1. Sim

2. Não

7. Se respondeu Não na questão anterior diga com quem habita actualmente: _____

8. Tem Filhos?

1. Sim

Quantos? _____

2. Não

9. Qual o último ano de escolaridade que concluiu? _____

10. Qual a sua profissão: _____

11. Em relação à sua situação

1. Empregado(a)

4. Trabalhar em casa

profissional encontra-se:

2. Desempregado(a)

5. De Baixa

3. Reformado(a)

6. Outro (especifique) _____

12. Acredita na existência de Deus? 1. Sim
2. Não

13. Considera a religião e/ou a espiritualidade importante para lidar com os acontecimentos stressantes da sua vida? 1. Nunca 2. Raramente 3. Quase sempre 4. Sempre

14. Que idade tinha quando soube que era portador do VIH/SIDA: _____ Anos

15. Sofre de alguma outra doença (por exemplo: Diabetes, Hipertensão, ou outras)? 1. Sim
2. Não

Se respondeu **SIM** diga qual (ou quais) _____

16. Toma dedicação para combater o VIH/SIDA? 1. Nunca 3. Quase sempre
2. Raramente 4. Sempre

17. Qual a sua orientação sexual? 1. Homossexual 3. Bissexual
2. Heterossexual 4. Outra (especifique) _____

18. Tem uma alimentação cuidada? 1. Nunca 3. Quase sempre
2. Raramente 4. Sempre

19. Evita beber bebidas alcoólicas? 1. Nunca 3. Quase sempre
2. Raramente 4. Sempre

20. Evita consumir drogas? 1. Nunca 3. Quase sempre
2. Raramente 4. Sempre

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo B

Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Para cada afirmação que se segue deverá escolher a alternativa de resposta com a qual se identifica fazendo **uma cruz no quadrado que corresponde à sua escolha**. Por favor responda a todas as frases com sinceridade.

Em que medida foi incomodado(a) pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas Vezes
1. Nervosismo ou tensão anterior.					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.					
4. Ter a ideia que outros são culpados pela maioria dos seus problemas.					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.					
7. Dores sobre o coração ou no peito.					
8. Medo na rua ou praças públicas.					
9. Pensamentos de acabar com a vida.					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.					
11. Perder o apetite.					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso.					
13. Ter impulsos que não se podem controlar.					
14. Sentir-se sozinho(a) mesmo quando está com mais pessoas.					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho.					
16. Sentir-se sozinho(a).					
17. Sentir-se triste.					
18. Não ter interesse por nada.					
19. Sentir-se atemorizado(a).					
20. Sentir-se facilmente ofendido(a) nos seus sentimentos.					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.					
22. Sentir-se inferior aos outros.					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago.					
24. Impressão de que os outros o(a) costumam observar ou falar mal de si.					
25. Dificuldade em adormecer.					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.					
27. Dificuldade em tomar decisões.					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.					
29. Sensação de que lhe falta o ar.					
30. Calafrios ou afrontamentos.					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo.					
32. Sensação de vazio na cabeça.					
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia que devia ser castigado(a) pelos seus pecados.					

35. Sentir-se sem esperança perante o futuro.					
36. Ter dificuldade em se concentrar.					
37. Falta de força em partes do corpo.					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas.					
42. Sentir-se embaraçado(a) junto de outras pessoas.					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias.					
44. Grande dificuldade em sentir-se 'póximo(a)' de outra pessoa.					
45. Ter ataques de terror ou pânico.					
46. Entrar facilmente em discussão.					
47. Sentir-se nervoso(a) quando tem de ficar sozinho(a).					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.					
49. Sentir-se tão desassossegado(a) que não consegue manter-se sentado(a) quieto(a).					
50. Sentir que não tem valor.					
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.					
52. Ter sentimentos de culpa.					
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.					

Anexo C

Escala de Suporte Social do MOS

Indique, com que frequência conta com alguém:

	Nunca	Rara-mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Para fazer coisas agradáveis?					
2. Para se distrair?					
3. Para relaxar?					
4. Para se divertir?					
5. Que ame e que o faça sentir amado?					
6. Que lhe dê um abraço?					
7. Que lhe demonstre amor e afecto?					
8. Para partilhar as suas preocupações e medos mais íntimos?					
9. Que compreenda os seus problemas?					
10. Que confie para falar de si ou dos seus problemas?					
11. Para o ouvir quando precisar de desabafar?					
12. Para lhe dar bons conselhos em situação de crise?					
13. Para lhe dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?					
14. De quem realmente quer conselhos?					
15. Para lhe dar informação e o ajudar a compreender uma determinada situação?					
16. Para o ajudar, se ficar de cama?					
17. Para o levar ao médico?					
18. Para o ajudar nas tarefas diárias se ficar doente?					
19. Para lhe preparar refeições, se não puder prepará-las?					

Anexo D

Brief COPE

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM O STRESS	Nunca faço	Faço algumas vezes	Faço com frequência	Faço Quase sempre
1. Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação.				
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.				
3. Tenho dito para mim próprio(a) "isto não é verdade".				
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.				
5. Procuo apoio emocional de alguém (amigos, família).				
6. Desisto de me esforçar para obter o que quero.				
7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação (desempenho).				
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo.				
9. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções).				
10. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.				
11. Uso o álcool ou outras drogas para me ajudar a ultrapassar os meus problemas.				
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.				
13. Faço críticas a mim próprio(a).				
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.				
15. Procuo o conforto e compreensão de alguém.				
16. Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo.				
17. Procuo algo positivo em tudo o que me está a acontecer.				
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira..				
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras.				
20. Tento aceitar as coisas tal como está a acontecer.				
21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.				
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.				
23. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.				
24. Tento aprender a viver com a situação.				
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.				
26. Culpo-me pelo que está a acontecer.				
27. Rezo ou medito.				
28. Enfrento a situação com sentido de humor.				

Anexo E

Média das Idades dos Participantes, Distribuição dos Inquiridos por Com Quem Habita, Número de Filhos, Ano de Escolaridade e Sexo, Situação Profissional, Outras Doenças, Tipo de Intervenção e Ingestão de Bebidas Alcoólicas e Tipo de Intervenção e Consumo de Drogas

Média das Idades dos Participantes

		Idade	Idade quando infectado pelo VIH
N	Valid	77	74
	Missing	0	3
Mean		38,7922	30,1081

Distribuição dos inquiridos por Com quem Vive

		Frequência	Percentagem
Valid	Filho(s)	5	6,5
	Sobrinho	1	1,3
	Pai(s), irmão(s), filho(s)	2	2,6
	Companheiro(a)	11	14,3
	Companheiro(a) e Filho(s)	5	6,5
	Pai(s) e irmão(s)	2	2,6
	Pais	8	10,4
	Irmão(s) e Sobrinho(s)	1	1,3
	Pais e Filho(s)	3	3,9
	Irmão	2	2,6
	Comunidade	13	16,9
	Total	53	68,8
Missing	System	24	31,2
Total		77	100,0

Distribuição dos inquiridos por Número de Filhos

		Frequência	Percentagem
Valid	Um Filho	18	23,4
	Dois Filhos	18	23,4
	Três Filhos	2	2,6
	Quatro Filhos	6	7,8
	Cinco Filhos	1	1,3
	Total	45	58,4
Missing	System	32	41,6
Total		77	100,0

Distribuição dos inquiridos por Ano de Escolaridade e Sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Feminino	Masculino
Ano de Escolaridade	1º ano	Count	4	2	6
		% within Ano de Escolaridade	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Sexo	9,5%	5,7%	7,8%
2º ano		Count	2	1	3
		% within Ano de Escolaridade	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Sexo	4,8%	2,9%	3,9%
3º ano		Count	2	1	3
		% within Ano de Escolaridade	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Sexo	4,8%	2,9%	3,9%
4º ano		Count	15	8	23
		% within Ano de Escolaridade	65,2%	34,8%	100,0%
		% within Sexo	35,7%	22,9%	29,9%
5º ano		Count	0	2	2
		% within Ano de Escolaridade	,0%	100,0%	100,0%
		% within Sexo	,0%	5,7%	2,6%
6º ano		Count	5	3	8
		% within Ano de Escolaridade	62,5%	37,5%	100,0%
		% within Sexo	11,9%	8,6%	10,4%
7º ano		Count	2	4	6
		% within Ano de Escolaridade	33,3%	66,7%	100,0%
		% within Sexo	4,8%	11,4%	7,8%
8º ano		Count	2	1	3
		% within Ano de Escolaridade	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Sexo	4,8%	2,9%	3,9%
9º ano		Count	7	4	11
		% within Ano de Escolaridade	63,6%	36,4%	100,0%
		% within Sexo	16,7%	11,4%	14,3%
10º ano		Count	2	1	3
		% within Ano de Escolaridade	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Sexo	4,8%	2,9%	3,9%
11º ano		Count	0	1	1
		% within Ano de Escolaridade	,0%	100,0%	100,0%
		% within Sexo	,0%	2,9%	1,3%
12º ano		Count	1	4	5
		% within Ano de Escolaridade	20,0%	80,0%	100,0%
		% within Sexo	2,4%	11,4%	6,5%
0 anos		Count	0	1	1
		% within Ano de Escolaridade	,0%	100,0%	100,0%
		% within Sexo	,0%	2,9%	1,3%
Frequência Universitária		Count	0	2	2
		% within Ano de Escolaridade	,0%	100,0%	100,0%
		% within Sexo	,0%	5,7%	2,6%
Total		Count	42	35	77
		% within Ano de Escolaridade	54,5%	45,5%	100,0%
		% within Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Anexo F

Estadísticas Descriptivas para os Traços Psicopatológicos de Acordo com o
Tratamento em Ambulatório e Lar Residencial

Estatísticas descritivas para os traços psicopatológicos de acordo com o tratamento e resultado do teste t

	Tipo de Intervenção	N	Média	D. padrão	t	p
Somatização	Ambulatório	60	2,2	0,8	-0,5	ns
	Lar Residencial	7	2,4	0,9		
Obsessões_Compulsões	Ambulatório	60	2,6	0,8	-0,2	ns
	Lar Residencial	7	2,7	0,8		
Sensibilidade Interpessoal	Ambulatório	60	2,6	0,8	-0,9	ns
	Lar Residencial	7	2,3	1,0		
Depressão	Ambulatório	60	2,9	0,9	1,7	ns
	Lar Residencial	7	2,3	1,1		
Ansiedade	Ambulatório	60	2,4	0,7	0,6	ns
	Lar Residencial	7	2,3	0,8		
Hostilidade	Ambulatório	60	2,4	0,8	-0,2	ns
	Lar Residencial	7	2,4	0,7		
Ansiedade Fóbica	Ambulatório	60	1,8	0,6	-1,8	ns
	Lar Residencial	7	2,3	0,7		
Ideação_Paranóide	Ambulatório	60	2,8	0,8	0,7	ns
	Lar Residencial	7	2,6	0,9		
Psicoticismo	Ambulatório	60	10,1	3,0	0,2	ns
	Lar Residencial	7	9,7	4,7		
Índice Geral Sintomas	Ambulatório	60	2,5	0,6	0,4	ns
	Lar Residencial	7	2,4	0,6		
Índice Sintomas Positivos	Ambulatório	60	62,6	21,1	-1,7	ns
	Lar Residencial	7	72,8	14,9		
Total Sintomas Positivos	Ambulatório	60	36,3	11,1	1,2	ns
	Lar Residencial	7	31,1	7,5		

ns- resultado não significativos

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Anexo G

Estatísticas Descritivas para o Suporte Social de Acordo com Tratamento em Ambulatório e Comunidade Terapêutica
o Suporte Social de Acordo com Tratamento em Ambulatório e Comunidade Terapêutica

Estatísticas descritivas para o suporte social de acordo com o tratamento e resultado do teste t

	Tipo de Intervenção	N	Média	D. padrão	t	p
Supote_Tangível	Ambulatório	60	64,0	30,0	-1,1	ns
	Comunidade Terapêutica	10	75,5	23,9		
Interacção_Social_Positiva	Ambulatório	60	59,3	20,2	-1	ns
	Comunidade Terapêutica	10	66,0	15,8		
Suporte Afectivo	Ambulatório	60	62,3	25,9	-1,3	ns
	Comunidade Terapêutica	10	73,3	20,4		
Suporte Emocional Informacional	Ambulatório	60	63,6	21,8	1,2	ns
	Comunidade Terapêutica	10	72,0	17,4		

ns- resultado não significativos

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas