

Grazielly Rita Marques Giovelli

**RELAÇÃO ENTRE SINTOMAS DE DEPRESSÃO, SUPORTE SOCIAL,  
QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO EM PESSOAS QUE  
VIVEM COM HIV/AIDS**

Prof. Dr. Gabriel Jose Chittó Gauer

Orientador

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**RELAÇÃO ENTRE SINTOMAS DE DEPRESSÃO, SUPORTE SOCIAL,  
QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO EM PESSOAS QUE  
VIVEM COM HIV/AIDS**

Grazielly Rita Marques Giovelli

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof. Dr. Gabriel Jose Chittó Gauer

Orientador

Porto Alegre, Março de 2009

## **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

G513a Giovelli, Grazielly Rita Marques  
Relação entre sintomas de depressão, suporte social, qualidade de vida e adesão ao tratamento em pessoas que vivem com HIV/AIDS./ Grazielly Rita Marques Giovelli. – Porto Alegre, 2009.  
86f

Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) –  
Faculdade de Psicologia, PUCRS.  
Orientação: Prof. Dr. Gabriel José Chittó Gauer.

1. Psicologia Clínica. 2. Saúde - Psicologia. 3.  
HIV/AIDS. 4. Suporte Social. 5. Qualidade de Vida. 6.  
Adesão ao tratamento. I. Gauer, Gabriel José Chittó.  
II. Título.

**Ficha elaborada pela bibliotecária Cíntia Borges Greff CRB 10/1437**

*Toda informação é, de certa forma,*

*uma proposta ou elemento de formulação de propostas.*

*É matéria-prima fundamental da ação política e, portanto, do trabalho cotidiano dos  
movimentos populares.*

*O que nos falta é a capacidade de traduzir em proposta  
aquilo que ilumina a nossa inteligência e mobiliza nossos corações: a construção de um  
novo mundo.*

*Herbert de Sousa*

*À minha família e ao meu amor!*

## AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho, pude contar com o apoio e o carinho de muitas pessoas. Para tanto agradeço a cada uma pela especial participação nesta etapa, tão importante, de minha vida.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Gabriel Jose Chittó Gauer, pela oportunidade de realizar este estudo e por sua forma afetiva e competente de ser.

Aos estudantes de psicologia e bolsistas do Grupo de Pesquisa, Clarissa, Pedro, Jamille, Gabriela, Paula, Rachel, Charline e Renata pela afetividade e competência em ajudar no desenvolvimento desta pesquisa, desde a colaboração da coleta de dados à inserção no banco de dados.

Ao professor Dr. João Feliz, estatístico, por sua constante dedicação e empenho em me auxiliar na análise dos dados.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa “Avaliação e Intervenção em Saúde Mental e Bioética Clínica”, pelo apoio, especialmente, à doutoranda Prísla Ucker Calvetti pela sua incansável disponibilidade em me auxiliar neste estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, às Secretárias e aos professores, que sempre se mostraram disponíveis no que fosse preciso.

Ao Dr. Gabriel Narvaez e à Dra. Cândida Neves, do Ambulatório do Hospital São Lucas e à Patrícia Werlang do Grupo de Apoio à Prevenção da Aids do Rio Grande do Sul - GAPA/RS, os quais me proporcionaram a oportunidade de realizar este trabalho.

A todos os participantes desta pesquisa, pela contribuição em aceitar participar do estudo.

Aos Professores da Comissão Examinadora, Dr. Eduardo Remor e Dra. Margareth Oliveira, que gentilmente aceitaram participar e colaborar com este trabalho fazendo parte da Banca.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, por viabilizar financeiramente a realização deste estudo.

A todos os meus amigos, em especial à Hericka, Aline e Rafaela pelo carinho.

Aos meus queridos pais, Ademar e Tânia; aos meus irmãos, Ademar Junior e Michael, e aos meus avós, pelo amor incondicional e por sempre acreditarem em mim.

Ao meu marido, Alexandre Cardoso, pessoa muito especial em minha vida, quem esteve sempre do meu lado com muito amor e paciência.

MUITO OBRIGADA!

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	8
<b>ABSTRACT</b> .....	10
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	16
<b>CAPITULO I - REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
<b>CAPITULO II - ESTUDO EMPIRICO</b> .....	38
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	61
<b>APÊNDICES</b> .....	63
<b>ANEXOS</b> .....	66

## RESUMO

Os pacientes soropositivos para o HIV/Aids e a epidemia da Aids têm se tornado objeto de interesse por parte dos profissionais de saúde mental pela dimensão do impacto psicológico do diagnóstico, evolução da infecção e a vulnerabilidade (social e emocional) destes sujeitos. Com o intuito de explorar este tema, foram elaborados para esta dissertação dois estudos. O primeiro se refere a uma revisão bibliográfica sobre a construção de aspectos que fundamentam a presente pesquisa. Esse se intitula: “Psicologia da Saúde e Suporte Social em Pacientes com doença Crônica: HIV/Aids”. O segundo referente ao capítulo empírico, intitula-se: “Relação entre sintomas de Depressão, Suporte Social, Qualidade de Vida e Adesão em pessoas que vivem com HIV/AIDS”. No capítulo de revisão bibliográfica, buscou-se abordar a aplicabilidade da Psicologia da Saúde em pacientes com doença crônica, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Além desta discussão, procuramos lançar uma reflexão do impacto do suporte social percebido na adesão ao tratamento de pessoas portadoras do HIV/Aids. A ênfase dada foi aos aspectos saudáveis do desenvolvimento humano, como suporte social, que contribuem para o processo de resiliência do indivíduo no contexto de saúde, bem como na adesão e qualidade de vida deste indivíduo. O artigo empírico apresentou resultados e discussão a partir do objetivo de avaliar sintomas de depressão, suporte social, adesão ao tratamento e qualidade de vida. Além disso, buscou-se investigar a relação correlacional destas variáveis com os marcadores biológicos (CD4+ e carga viral) em 63 pessoas vivendo com HIV/Aids. O estudo foi desenvolvido em um serviço de saúde da rede pública de e em uma Organização Não-governamental ambos em Porto Alegre, RS. Os instrumentos utilizados para a coleta foram: Ficha de dados sociodemográficos e situação clínica; Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV Bref), CEAT-VIH - Questionário de avaliação da adesão ao tratamento anti-retroviral, Inventário Depressão de Beck e Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/Aids. Para analisar a relação entre os aspectos psicossociais e marcadores biológicos, os sintomas de depressão, suporte social, adesão e qualidade de vida utilizou-se a correlação de Pearson. Para avaliar diferenças entre grupos, foi utilizada a técnica de análise de variância (ANOVA). Os resultados apontam que não houve associação significativa entre marcadores biológicos, dados sociodemográficos e sintomas de depressão, suporte social, qualidade de vida e grau de adesão. Existe correlação positiva entre suporte social, adesão e qualidade de vida. Os dados obtidos com este estudo revelam que o suporte social tende a contribuir no processo

de resiliência da pessoa que vive com HIV/Aids, promovendo maior qualidade de vida, podendo assim ser considerado um fator de proteção à saúde.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde, HIV/Aids, suporte social, adesão, qualidade de vida, resiliência.

Área conforme classificação CNPq:

7.07.00.00 – 1 (Psicologia)

Sub-área conforme classificação CNPq:

7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica)

## ABSTRACT

HIV seropositive and AIDS patients, as well as the AIDS epidemic itself have gained much interest of mental health researchers lately. In special, attention has been giving to its psychological dimension, infection development and the individual's social and emotional vulnerability. With the intent to explore this theme, two studies were conducted. On the first one, a literature review was performed encompassing the fundamental aspects of this research. This is entitled "Health Psychology's and social support to Chronic Illness: HIV/AIDS". The second study was empirical, and entitled "Relation between depressive symptoms, social support, quality of life and adherence in HIV/AIDS Patients". In the literature review the focus was on the applicability of Health Psychology theories in patients with chronic diseases, Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Besides this theme analysis, we raised few questions regarding the impact of perceived social support on adherence to treatment of HIV/AIDS patients. Emphasis was given on the positive aspects of human development, such as social support, which helps both the resilience process and improves quality of life (QOL) of those individuals. The empirical article aimed to evaluate depressive symptoms, social support, treatment adherence and QOL in HIV/AIDS patients. We also investigated possible correlations between those variables and biological markers (CD4+ and viral load) in a sample of 63 patients. The data was collected from two distinctive places, a STD public ambulatory and a non-governmental institution, both in Porto Alegre. The instruments were a socio-demographic questionnaire with clinical information, World's Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-HIV Bref), Adherence to Anti-retroviral Treatment Questionnaire (CEAT-VIH), Beck's Inventory for Depression (BDI) and Social Support Inventory for People Living with HIV/AIDS. In order to investigate the possible interaction between the psychosocial aspects and biological markers, depressive symptoms, social support, adherence and QOL, a Pearson's Correlation analysis

was performed. The comparison between groups was through Analysis of Variance statistical technique (ANOVA). The results show no significant association between any biological marker and socio-demographic data. There was also no evidence of correlation between such markers and the variables depressive symptoms, social support, QOL and adherence. Results suggest that social support contributes to the resilient process of HIV/AIDS patients, enhancing QOL and serving as a protective factor to health.

Keywords: Health Psychology, HIV/Aids, social support, adherence, Quality of Life, resilient.

## INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado foi realizada no intuito de aprofundar a experiência adquirida pela mestranda, no atendimento à portadores de HIV/Aids no período de cinco anos em uma Instituição não – governamental da cidade de Porto Alegre. Bem como buscar compreender a dinâmica do processo saúde - doença em pacientes com doença crônica, no caso HIV/Aids. Para tanto, a partir da inserção no mestrado, foi possível complementar uma trajetória de conhecimento na prática com o conhecimento técnico, ou seja, poder integrar práticas, estudos e pesquisas.

O estudo: Avaliação Psicossocial de pacientes HIV/Aids faz parte do grupo de pesquisa: Avaliação e Intervenção em Saúde Mental e Bioética Clínica, orientado pelo Professor Doutor Gabriel Jose Chittó Gauer que integra a Linha de pesquisa: Avaliação e Intervenção em Grupos Clínicos e Não-Clínicos do Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS.

Para compreender a relevância desta pesquisa é válido ressaltar que pacientes soropositivos para o HIV/Aids e a epidemia da Aids têm se tornado objeto de interesse por parte dos profissionais de saúde mental pela dimensão do impacto psicológico do diagnóstico, evolução da infecção e a vulnerabilidade (social e emocional) destes sujeitos. Para tanto este estudo focou compreender e avaliar os aspectos psicossociais desta população.

As repercussões psíquicas da infecção pelo HIV/Aids são ao mesmo tempo, semelhantes e distintas daquelas de outras patologias orgânicas. Porque além de ser uma severa doença letal e incurável que coloca ao infectado a iminência de morte, a epidemia da Aids causou, desde o início, reações de discriminação, preconceito e exclusão social (Mello & Malbergier, 2006).

As alterações psicológicas associadas à infecção por HIV/Aids se caracterizam fundamentalmente pela sua alta incidência e por uma grande variedade de complicações que manifestam. As mais significativas são: ansiedade, depressão, ira, culpa, revolta (raiva) obsessões e auto-observação, além de excessiva preocupação com a saúde (Chandra, Desai & Ranjan, 2005; Remor, 2002; Mello & Malbergier, 2006).

Destacaremos, neste estudo, o quadro de depressão que pode ser observado quando o sujeito compreende que seu meio e ele mesmo apresentam apenas possibilidades negativas e ausência de gratificações, ou também frente a situações em que sente estar desamparado, quando apresentam incapacidade de solucionar seus problemas (Remor, 1999).

A Psicologia da Saúde, busca compreender mais acerca de suporte social devido ao entendimento deste como um construto na medida em que a disponibilidade e a satisfação com o apoio social parecem afetar o ajustamento de pessoas portadoras de enfermidades crônicas, como o HIV/Aids (Seidl, Zannon & Tróccoli, 2005). Também as situações de preconceito e discriminação podem caracterizar as reações sociais à soropositividade, induzindo ao isolamento social, à restrição dos relacionamentos interpessoais e às dificuldades no campo afetivo-sexual, com impacto negativo na rede social de apoio de pessoas que vivem com HIV/Aids (Vervoort, Borleffs, Hoepelman, & Grypdonck, 2007; Cardarelli, Weis, Adams, Radaford, Vecino, Munguia, Johnson & Fulda, 2008).

Para Siegel e Lekas (2002) as doenças crônicas são tipicamente incuráveis, e assim os objetivos dos cuidados clínicos são geralmente retenções, retardando a progressão da doença e o gerenciamento da sintomatologia, mais do que a busca de uma solução definitiva (“cura”). Pelo fato de a Aids preencher os critérios para uma doença crônica. Lignani Júnior, Greco e Carneiro (2001) destacam que a adesão a tratamentos é tema bastante importante, principalmente quando se abordam doenças crônicas.

A adesão ao tratamento é tão ou mais importante na síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e implica diversos contextos. São eles: físicos, como efeitos colaterais de curto (náuseas, vômitos...) e longo prazo (lipodistrofia, dislipidemias), podendo ser reconhecidos como fatores de risco para a doença cardiovascular (Guimarães, Greco, Ribeiro, Penido & Machado, 2007; Yu, Calderaro, Lima & Caramelli, 2005) emocionais (aceitar o diagnóstico, dividir com alguém sua condição sorológica, estabelecer vínculos afetivos...) e sociais (preconceito, discriminação), para tanto o uso incorreto dos anti-retrovirais ou o não uso deles está relacionado diretamente à falência terapêutica, facilitando a emergência de cepas do vírus da imunodeficiência humana (HIV) resistentes aos medicamentos existentes (Kern, 2004; Battaglioli- DeNero, 2007).

O advento dos anti-retrovirais, para o tratamento dos indivíduos com HIV/Aids, vem proporcionando aumento no tempo de sobrevivência; o seu alto custo e inúmeros efeitos colaterais associados à inexistência de cura para a doença têm direcionado investigações sobre o impacto qualitativo dessa terapêutica na qualidade de vida (Bucciardini, Wu, Florida, Fragola, Ricciardulli & Tomino, 2000).

Para tanto a adesão pode ser entendida de maneira ainda mais ampla como uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedece as orientações médicas, mas segue, entende e concorda com a prescrição estabelecida pelo médico. Significa que deve haver uma combinação entre o médico e o paciente, relação em que são firmadas as responsabilidades de cada um e também de todas as outras pessoas envolvidas no processo.

A qualidade de vida relacionada à saúde é considerada um conceito muito mais amplo, uma vez que aborda tanto os conceitos de qualidade de vida global quanto aqueles relacionados ao próprio estado de saúde (Heyland, Guyatt, Cook, Meade, Juniper & Cronin, 1998)

De acordo com Remor (1997), nos últimos anos os estudos sobre qualidade de vida nessa população têm avaliado não só a dimensão física, mas também os aspectos

psicossociais e emocionais. Estes apontam novas estratégias de tratamento que são capazes de atuar em tais aspectos e proporcionar melhora na qualidade de vida dessas pessoas.

Como concluem seu estudo Almeida e Labronici (2007) a doença é um período de transição na vida da pessoa, que desorganiza seu ser, suas relações e seus ajustamentos à vida em sociedade, e, precisamente, aqueles que estão mais próximos, como família, trabalho, amigos, lazer e paixões. Essa constatação é acompanhada de muitas incertezas, gerando ansiedade, insegurança, medo e o sentimento de perda de uma situação, por ora conhecida para um porvir desconhecido e assustador. E é no confronto com essa nova realidade, que a pessoa passa a vivenciar momentos de grande sofrimento.

Para a realização deste estudo, foi elaborado primeiramente um projeto de pesquisa intitulado: “Avaliação psicossocial de portadores HIV/Aids”, aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS e pelo Comitê de Ética da PUCRS (CEP 08/04228).

Nessa dissertação constam dois capítulos sobre a temática, conforme a Resolução nº. 002/2004 de 25/3/2004 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sendo um artigo de revisão teórica: Psicologia da Saúde e Suporte Social em Pacientes com doença Crônica: HIV/Aids e outro de natureza empírica: Relação entre sintomas de Depressão, Suporte Social, Qualidade de Vida e Adesão em pessoas que vivem com HIV/Aids.

Na primeira parte desta dissertação, propõe-se uma discussão acerca da aplicabilidade da Psicologia da Saúde em pacientes com doença crônica, em especial ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e à síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), além de lançar uma reflexão do impacto do suporte social sobre o bem-estar psicológico, adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas portadoras do HIV/Aids.

O estudo empírico responde ao projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação e teve como objetivo avaliar sintomas de depressão, suporte social, adesão ao tratamento e qualidade de vida e investigar a relação destes com os marcadores biológicos

(CD4+ e carga viral). Para analisar a relação entre os aspectos psicossociais e marcadores biológicos, os sintomas de depressão, suporte social, adesão e qualidade de vida utilizou-se a correlação de Pearson. Para avaliar diferenças entre grupos, foi utilizada a técnica de análise de variância (ANOVA).

Após a apresentação dos dois capítulos encontram-se as Considerações Finais. Em seguida, constam em Apêndice, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Ficha de Identificação. Em anexo estão incluídos os instrumentos utilizados neste estudo: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV Bref); CEAT-VIH - Questionário de avaliação da adesão ao tratamento anti-retroviral; Inventário Depressão de Beck e Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/Aids. Também está inserida a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC-RS.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, M.R.C.B & Labronici, L.M. (2007). A trajetória silenciosa de Pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciência: Saúde Coletiva*, 12(1), 263-274.
- Battaglioli-DeNero, A.M. (2007). Strategies for Improving Patient Adherence to Therapy and Long-Term Patient Outcomes. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(1), 17-22.
- Bucciardini, R., Wu, A.W., Floridia, M., Fragola, V., Ricciardulli, D., Tomino, C. (2000). Quality of life outcomes of combination zidovudine- didanosine-nevirapine and zidovudine-didanosine for antiretroviral-naïve advanced HIV-infected patients. *AIDS*, 14(16), 2567-74.

- Cardarelli, R., Weis, S., Adams, E., Radaford, D., Vecino, I., Munguia, G., Johnson, K.L. & Fulda, K.G. (2008). General Health Status and Adherence to Antiretroviral Therapy. *Journal International Association Physicians AIDS Care*, 7; 123 originally published online Apr 25.
- Chandra, P.S., Desai, G. & Ranjan, S. (2005). HIV & psychiatric disorders. *Indian Journal Medice Residence*, 121, 451-467.
- Guimarães, M.M.M., Greco, D.B., Ribeiro de O. Júnior, Antônio Penido, M.G. & Machado, L.J.C. (2007). Distribuição da gordura corporal e perfis lipídico e glicêmico de pacientes infectados pelo HIV. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, 51(1), 42-51.
- Heyland, D.K., Guyatt, G., Cook, D.J., Meade, M., Juniper, E., Cronin, L., (1998). Frequency and methodologic rigor of quality-of-life assessments in the critical care literature. *Crit Care Méd*, 26(3), 591-598.
- Kern, F. A.(2004). *Redes de Apoio no Contexto da Aids: um retorno para a vida*. Porto Alegre. EDIPUCRS.
- Lignani Jr, L., Greco, D.B., Carneiro, M. (2001). Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Revista de Saúde Pública*, 35(6), 495-501.
- Mello de, V.A. & Malbergier, A. (2006). Depression in women infected with HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 10-17.
- Remor, E.A. (1997). Contribuições do modelo psicoterapêutico cognitivo na avaliação e tratamento psicológico de uma portadora de HIV. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2), 249-261.
- Remor, E.A. (1999). Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Revista Psico*, 30(1), 205-217.

- Remor, E.A. (2002). Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 283-287.
- Seidl, E.M.F., Zannon, C.M.L.C. & Tróccoli, B.T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.
- Siegel, K. & Lekas, H.M. (2002). AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS- Official Journal of the Internacional Aids Society*. Volume 16 Supplement 4, 2002, p S69–S76.
- Vervoort, S.C.J.M., Borleffs, J.C.C., Hoepelman, A.I.M. & Grypdonck, M.H.F. (2007). Adherence in antiretroviral therapy: a review of qualitative studies. *AIDS*, 21(3), 271–281.
- Yu, P.C., Calderaro, D., Lima, E.M.O., Caramelli, B. (2005). Terapia hipolipemiante em situações especiais - síndrome de imunodeficiência adquirida. *Arquivos. Brasileiro de . Cardiologia* 85(5),58-61.

**CAPITULO I**

**REVISÃO DE LITERATURA**

**PSICOLOGIA DA SAÚDE E SUPORTE SOCIAL EM PACIENTES COM**

**DOENÇA CRÔNICA: HIV/AIDS**

## INTRODUÇÃO

O campo da psicologia vem se expandindo para além das fronteiras convencionais da psicologia social e do cuidado à saúde mental, de modo que essa área vem sendo, cada vez mais, solicitada para o exercício de uma série de intervenções preventivas e/ou terapêuticas voltadas para a atenção a outros campos da saúde humana. Prova disso é a criação de uma nova área de estudos e intervenções, a Psicologia da Saúde, que ressalta a importância dos comportamentos de prevenção e cuidados com a saúde. Entretanto, em que pese à contribuição que a psicologia tem trazido para essa área, há algumas questões na relação entre psicologia e saúde que merecem ser mais exploradas.

Tendo em vista o grande avanço das medidas de controle do vírus HIV, devido ao desenvolvimento de sofisticados exames laboratoriais para o acompanhamento de sua evolução no organismo e à descoberta da medicação anti-retroviral. A Aids é considerada uma doença crônica e o novo desafio passou a ser aprender, a viver e a conviver com o HIV/Aids (Moscovics, 2008).

Nesse sentido, Scheiderman, Antoni, Saab e Ironson (2001) destacam que os fatores psicossociais têm influenciado no desencadeamento e desenvolvimento de doenças crônicas, como a coronariana, câncer e HIV/Aids. Também referem que intervenções psicoterapêuticas e fortalecimento do suporte social podem ser um recurso para a melhora da qualidade de vida dos pacientes com doença crônica quando estas são complementares ao acompanhamento médico (Seidl & Tróccoli, 2006; Calvetti, 2006).

Atualmente, um dos temas mais relevantes no campo da pesquisa é a adesão ao tratamento, constituindo-se no grande desafio para quem trabalha nesta área, assim como para as próprias pessoas que vivem com HIV/Aids.

Para isso propõe-se através deste artigo discutir a aplicabilidade da Psicologia da Saúde em pacientes com doença crônica, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a

Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Além desta discussão, lançar uma reflexão do impacto do suporte social percebido na adesão ao tratamento de pessoas portadoras do HIV/Aids.

### **Psicologia da Saúde**

Psicologia da Saúde é uma área de contribuição profissional e científica para a promoção e a manutenção da saúde; visando à prevenção e ao tratamento do processo saúde-doença. Também busca identificar os fatores relacionados ao desenvolvimento de enfermidades e contribuir para a análise e a melhora dos serviços de saúde e elaboração de uma política sanitária (Matarazzo,1980).

Para Calvetti, Muller e Nunes (2007) a Psicologia da Saúde trata de um campo de natureza interdisciplinar, que tem por finalidade realizar estudos relacionados à promoção, prevenção e tratamento da saúde do indivíduo e da população para a melhoria da qualidade de vida.

Conforme Castro e Bornholdt (2004), esta área centra-se na atenção primária, secundária e terciária e aspira dedicar-se, no futuro, à promoção e à educação para a saúde.

O caminho da Psicologia da Saúde está em expandir o desenvolvimento do modelo biopsicossocial, pois este têm se mostrado atuais em pesquisas relacionadas às intervenções no campo da saúde sobre o andamento das doenças. Dessa maneira, faz-se relevante propor atividades de prevenção e tratamento na busca da melhoria da qualidade de vida ( Keefe & Blumenthal, 2004).

Para Straub (2005), o modelo biopsicossocial destaca que os comportamentos se caracterizam por processos biológicos, psicológicos e sociais. Esse modelo enfatiza a influência recíproca entre esses aspectos no desenvolvimento humano, fundamentando-se na teoria sistêmica do comportamento, que compreende que o corpo é formado por

sistemas em interação, como o endócrino, o cardiovascular, o nervoso e o imunológico, que interagem com os aspectos psicossociais.

O modelo biopsicossocial é utilizado por psicólogos da saúde em diversas áreas, incluindo HIV/Aids, adesão ao tratamento e implicações de variáveis psicológicas e sociais no funcionamento imunológico do processo saúde-doença (Calvetti et al, 2007).

Para Silva (2005), a área de atuação do psicólogo vem-se ampliando para além dos limites tradicionais da atenção à saúde mental, de modo que esse profissional vem sendo cada vez mais procurado para o exercício de uma série de intervenções preventivas e/ou terapêuticas voltadas para a atenção da saúde somática.

### **Doença Crônica e HIV/Aids**

Para Silva (2005), a evolução da anatomia patológica levou à fisiologia, de modo que a classificação nosográfica encontrou um substrato na decomposição anatômica. O resultado desta evolução compôs formação da teoria das relações entre o normal e o patológico.

Segundo Canguilhem (1990), a saúde perfeita não existe a não ser como um conceito normativo de um tipo ideal. Referir que a saúde perfeita não existe é apenas dizer que o conceito de saúde não é o de uma existência, mas sim o de uma norma cuja função e cujo valor é relacionar esta norma com a existência.

Siegel e Lekas (2002) destacam que as doenças crônicas são tipicamente incuráveis, e, assim, os objetivos dos cuidados clínicos são geralmente retenções, retardando a progressão da doença e gerenciando a sintomatologia, mais do que a busca de uma solução definitiva (“cura”). Além disto, as doenças crônicas tendem a compartilhar de uma variedade de características (Lubkin & Larsen , 2002). O curso da doença crônica é caracterizado pela freqüente alternância, de períodos de recaídas/recidivas ou os períodos estáveis interrompidos por exacerbações episódicas dos sintomas. A maioria das doenças

exigem a adesão a um regime de tratamento, embora estes difiram significativamente por meio da complexidade e eficácia.

A Aids preenche os critérios para uma doença crônica pelo fato dos tratamentos disponíveis tornarem a carga viral indetectável, porém não podem inteiramente erradicá-la do corpo e não erradicada, a carga viral repercutirá, conseqüentemente, não há ainda nenhuma cura para a doença. O curso da progressão da doença, causada pelo HIV varia consideravelmente entre os indivíduos (Hogan & Hammer, 2001) e as abordagens terapêuticas para a infecção por o HIV não são igualmente eficazes para todos os pacientes (Friedland & Williams, 1999).

Contudo, com o avanço da Ciência, houve um significativo desenvolvimento de regimes para a recuperação da saúde, modificando a expectativa de vida de pacientes que, diante de uma patologia incurável, antigamente não contavam com nenhum recurso. A introdução de novas tecnologias e procedimentos modificou o cenário destas patologias, que de incuráveis passaram a ser crônicas embora não tenham cura, têm controle, como no caso do HIV/Aids (Moskovics, 2008).

Entretanto, em alguns aspectos, a adesão ao tratamento da Aids apresenta características comuns às demais doenças crônicas, porém também assume características particulares, decorrentes do contexto de adoecimento, das características da infecção e seu tratamento das conseqüências da não - adesão (Maia, 2006). Se para as doenças crônicas em geral, é fundamental considerar o paciente enquanto sujeito social, no caso da Aids, isto se torna ainda mais relevante, tendo em vista o estigma que ainda atravessa esta síndrome e todas as conseqüências que dela decorrem e que afetam diretamente a quem vive com HIV/Aids.

## **Aspectos biopsicossociais e HIV/Aids**

A identificação do HIV/Aids ocorreu há pouco mais de duas décadas; no entanto, o número de pessoas infectadas e doentes tem aumentado significativamente durante este período de tempo. De 1980 até junho de 2008, foram identificados no Brasil 333.485 (66%) casos de Aids no sexo masculino e 172.995 (34%) no sexo feminino (Boletim Epidemiológico, 2008). Tendo em vista os números alarmantes atualmente a Aids tem sido considerada um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil, sendo crescente a incidência da doença.

A infecção pelo HIV atingiu o estágio de pandemia no mundo, apresentando-se no Brasil como uma epidemia de proporções preocupantes (Carvalho, Morais, Koller & Piccinini, 2007). Desde o seu aparecimento, na década de 1980, vêm-se observando os fenômenos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização da epidemia (Brito, Castilho & Szwarczwald, 2001; Ministério da Saúde, 2008). Evidenciando - se que a infecção não está mais restrita ao que se considerava como grupos de risco (homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, por exemplo) e vem atingindo a população de forma geral (Oliveira, Meyer, Santos & Wilhelms, 2004).

A atuação do retrovírus HIV no organismo causa disfunção imunológica crônica e progressiva devido ao declínio dos níveis de linfócitos CD4+, e quanto mais baixo for o índice desses, maior o risco do indivíduo desenvolver a doença (Canini, Reis, Pereira, Gir & Prelá, 2004). O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) opera na destruição das células T CD4<sup>+</sup> e os macrófagos do sistema imunológico. As pessoas infectadas pelo vírus do HIV são suscetíveis a uma grande diversidade de enfermidades bacterianas e virais. O tempo entre a aquisição do HIV e a manifestação da Aids pode durar alguns anos, porém, mesmo o fato de o indivíduo ser portador do vírus estar muitas vezes assintomático pode apresentar importantes transtornos na esfera psicossocial, a partir do momento de descoberta do diagnóstico.

Na realidade brasileira, segundo Castro e Remor (2004), a epidemia da infecção por HIV/ Aids, surgiu como um importante problema de saúde pública e de bem-estar social. Após duas décadas de constante pesquisa e intervenção no âmbito da Aids percebe-se que o impacto do HIV na vida das pessoas afetadas sofreu mudanças em relação aos aspectos psicossociais.

Alguns trabalhos têm chamado a atenção para essas novas implicações psicossociais, como por exemplo: as modificações na expectativa de vida e, portanto a revisão das perspectivas de futuro, a necessidade de uma re-definição de projetos pessoais e profissionais, de re-avaliar as expectativas, crenças e benefícios com relação ao tratamento e a necessidade de fortalecimento dos vínculos afetivos e relações sexuais (Remor, 2002).

Em relação ao HIV/Aids, é importante destacar que a morbidade psiquiátrica é freqüente e varia desde transtornos de adaptação, perturbações leves do estado de humor e transtornos por ansiedade, até os transtornos do estado de humor unipolares e bipolares, transtornos psicóticos e delírio ou demência relacionada ao HIV.

Ao longo dos anos, concomitante à disseminação do HIV/Aids, novas alternativas de tratamento foram sendo desenvolvidas, o que aumentou a sobrevida e a melhora da qualidade de vida destas pessoas (Ministério da Saúde, 2007 e Sociedade Brasileira de Infectologia, 2003).

No início da epidemia, a preocupação era a iminência de morte. Atualmente, o medo da morte diminui pelo advento do tratamento anti-retroviral, e então surge a necessidade de reestruturação da vida, a fim de conviver com a presença do vírus no organismo. Os avanços no diagnóstico e tratamento do HIV/Aids cada vez mais vêm tornando essa infecção como crônica (Siegel & Lekas, 2002). Esses avanços geraram um impacto considerável na vida dos portadores de HIV/Aids, diminuindo o receio sobre a

proximidade da morte e possibilitando a permanência de relações sociais, de trabalho, de lazer e afetivas na vida.

Existem evidências, da relação entre a infecção do HIV, sistemas imunológicos e nervoso com fatores psicossociais. Estudos recentes referem que os aspectos relacionados a hábitos e estilos de vida e apoio social podem ser fatores que influenciem na progressão da doença. Há um avanço nos tratamentos anti-retrovirais, e conseqüentemente, também, das necessidades de intervenções psicológicas e sociais para as pessoas soropositivas (Remor, 2002).

A adesão ao tratamento prescrito para as doenças crônicas consiste em problema de grande envergadura, que precisa ser encarado seriamente por todos os países, tendo em vista os enormes gastos aplicados no enfrentamento dessas doenças pelos sistemas de saúde pública (Moskovics, 2008). Embora a tendência seja encarar esta questão desde uma perspectiva meramente individual, responsabilizando unicamente os pacientes pela dificuldade de adesão. Destaca-se que tanto o contexto sociocultural quanto os serviços e profissionais de saúde exercem grande influência no seu comportamento em relação ao tratamento (Sanchez- Sosa, 2001).

Para tanto em relação à epidemia do HIV, faz-se necessário o investimento de intervenções de atenção primária em saúde (modos de prevenção), secundária (auxiliar as pessoas soropositivas a conviver com a doença e na adesão ao tratamento) e no auxílio da reabilitação do seu contexto familiar, social e de trabalho.

### **Implicações da rede social**

Doenças crônicas como a Aids podem ter repercussão sobre o indivíduo, assim como na família, nos amigos e nos cuidadores. Aqueles que têm Aids muitas vezes, sentem-se isolados das redes de apoio social. Quando os exames revelam a presença da infecção, o indivíduo é submetido aos desafios de enfrentar o estigma da Aids e

desenvolver estratégias para minimizar o impacto da doença em sua saúde física e mental (Siegel & Krauss, 1991).

Campos e Thomason (2007) afirmam que maioria dos indivíduos que vivem com HIV/Aids, costumeiramente torna-se conscientes de seu estado soropositivo no auge da vida. Virtualmente, todos os campos de seu funcionamento pessoal e social se encontram afetados, pois revelar seu estado sorológico à família e aos amigos, com frequência compromete o sistema de apoio social do indivíduo. Além disso, o apoio social foi reconhecido como um componente essencial para predizer a morbidade e mortalidade entre sujeitos cronicamente doentes, incluindo os que têm HIV.

A partir dos anos 90, as pesquisas passaram a investigar associações entre variáveis psicológicas, o quanto o enfrentamento e o suporte social propiciam o ajustamento à condição de enfermidade crônica e adesão ao tratamento (Seidl, Zannon e Tróccoli, 2005).

Conforme investigação de Friedland, Renwick e McColl (1996), foi verificado que renda familiar e suporte social emocional foram preditores positivos da qualidade de vida. A associação entre disponibilidade e satisfação com o suporte social, bem-estar psicológico e percepção positiva da qualidade de vida representam um moderador do estresse em contextos relacionados ao processo saúde-doença (Leserman, Petitto, Golden, Gaynes, Gu, Perkins, Silva, Folds & Evans, 2000; Schmitz e Crystal, 2000).

O construto de suporte social surgiu, proeminentemente na literatura em psicologia e em áreas correlatas a partir de meados dos anos 1970 (Seidl & Tróccoli, 2006) com os trabalhos de Cassel (1976) e Cobb (1976), os quais tiveram grande relevância ao apontar a influência das interações sociais sobre o bem-estar e a saúde das pessoas. Esses estudos buscavam compreender como a falta 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 estresse.

Cobb (1976) em seus estudos concluiu que a adequação do suporte social poderia ter efeitos protetores em momentos de crise, como luto, aposentadoria, desemprego, recuperação de doenças e hospitalização. Nas pesquisas, realizadas nas décadas de 1960 e 1970, foi possível identificar, contudo, dificuldades para definir e, conseqüentemente, avaliar o suporte social. (Thoits, 1982).

Na área da Psicologia da Saúde, suporte social é um construto que tem despertado grande interesse na medida em que a disponibilidade e a satisfação com o suporte social parecem afetar o ajustamento de pessoas portadoras de enfermidades crônicas (Seidl & Troccoli, 2006; DiMatteo, 2004) como no caso HIV/Aids (Symister & Friend, 2003).

Seidl e Troccóli (2006) destacam que os estudos sobre suporte social podem ser classificados em duas categorias, de acordo com a conceituação e o tipo de medida focalizada: aspectos estruturais e funcionais do suporte. Os estudos que buscam os aspectos estruturais detêm-se na frequência ou quantidade de relações sociais, preocupados, portanto, com a integração da pessoa em uma rede social. Já o componente funcional refere-se à amplitude em que as relações sociais podem cumprir determinadas funções. Assim, a análise dos aspectos funcionais do suporte social volta-se para a percepção quanto à disponibilidade e ao tipo de apoio recebido, abrangendo ainda a satisfação com o mesmo.

Na literatura têm prevalecido duas categorias de suporte funcional: instrumental ou operacional e emocional ou de estima. A primeira categoria refere-se à disponibilização de ajuda de outro no manejo ou resolução de situações práticas ou operacionais do cotidiano, como apoio material, financeiro ou das atividades diversas do dia-a-dia. O suporte emocional ou de estima consiste em comportamentos como escutar, fornecer atenção ou fazer companhia que contribuem para que a pessoa se sinta cuidada e/ou estimada (Seidl & Troccóli, 2006).

Para Carvalho, Lavouras, André e Silva (2004), o suporte social compreende cinco dimensões: a) suporte emocional: sentimentos, aceitação, apoio e segurança; b) suporte instrumental: ajuda concreta em termos de serviços específicos; c) assistência material: prestação ou troca de bens tangíveis; d) suporte informativo: informações e conselhos para maior compreensão dos problemas; e) suporte de convívio social: atividades sociais que visam a um maior bem-estar.

McNally e Newmam (1999) argumentam que os estudos sobre a estrutura da rede e o nível de integração social não valorizam o significado das relações sociais para o indivíduo, pois contar o número de relacionamentos ou a atividade social da pessoa não abrange os aspectos subjetivos implicados no conceito. Sustentam, assim, a conceitualização de suporte social no entendimento funcional, valorizando a avaliação da pessoa e a satisfação com o suporte.

Em relação ao suporte social, Thoits (1995) refere que as medidas estruturais de integração social parecem relacionadas à saúde física e mental, no entanto, há indícios de que a integração social não protege do impacto emocional decorrente de estressores específicos; já o suporte funcional emocional parece ter melhores resultados como protetor da saúde física e mental diante de estressores do curso de vida.

Straub (2005) afirma que a carência de suporte social pode fazer com que a Aids se desenvolva de forma mais rápida; em parte, porque deixa os soropositivos menos capazes de enfrentar eventos estressantes da vida de forma eficaz.

Pesquisas (Klunklin & Harrigan, 2002) têm mostrado ainda o impacto da condição da soropositividade sobre os cuidadores, como familiares; ou pessoas da rede social informal, como amigos e voluntários que compartilham dos cuidados à saúde de crianças e adultos soropositivos. São pessoas que fazem parte da rede social de apoio, convivendo cotidianamente com questões relacionadas ao HIV/Aids.

Para Resende, Silva, Marques e Abreu (2008) as implicações positivas do suporte social estão relacionadas com o aproveitamento de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família e amigos (emocional e/ou funcional). Uma destas implicações positivas, exercidas por estes, na saúde está relacionada ao fato de que o suporte tende a reduzir os efeitos negativos na saúde mental, na medida em que a ajuda dada ou recebida contribui para o aumento de um sentido de controle pessoal, tendo uma influência positiva no bem-estar psicológico.

Segundo descrição de Andrade e Vaitsman (2002), uma das formas de compreensão das influências positivas da rede social na saúde é quando há referências a intervenções terapêuticas de longo prazo. No decorrer da vida, pode-se constatar que a convivência entre as pessoas favorece comportamentos de saúde. As relações sociais também contribuem para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade através da inter-relação.

Para Freire (2001) a vida pode ser satisfatória, com qualidade e bem-estar, quando há disposição para encarar seus desafios, buscar os direitos dos cidadãos e pôr em prática planos viáveis dentro das condições pessoais e do meio ambiente em que se vive, especialmente quando a pessoa possui uma rede de suporte social. Contribuindo com as idéias anteriores, Resende, Souza e Guimarães, (2006) descreve que o suporte social ajuda a aumentar a competência adaptativa, por meio do manejo das emoções e de orientação afetiva e cognitiva. Com isso, pode-se dizer que o suporte social que as redes sociais, como por exemplo serviços de saúde, organizações não – governamentais e comunidade em geral, oferecem reduz o isolamento e aumentam a satisfação com a vida das pessoas.

Para tanto se destaca também que o suporte social tem sido investigado em estudos sobre adesão ao tratamento anti-retroviral, Singh, Berman, Swindells, Justis, Mohr, Squier e Wagener (1999) e Remor, Milner e Pressler (2007) referem que a satisfação com o suporte social esteve associada à adesão ao tratamento. A importância do suporte social foi

apontada por sua influência direta na motivação para o autocuidado e indireta ao atenuar estímulos que interferiam negativamente sobre a adesão. Em outro estudo, Gonzalez, Penedo, Antoni, Duran, McPherson-Baker, Ironson e Schneiderman (2004) constataram que apoio social e o bem-estar psicológico estiveram relacionados à conduta de adesão à terapia anti-retroviral.

Desta forma, Straub (2005) destaca-se que os psicólogos da saúde cumprem importante papel no combate à epidemia do HIV/Aids. Nos primeiros anos, os psicólogos eram os principais profissionais que trabalharam na projeção e implementação de esforços de prevenção primária e secundária para diminuir a disseminação do HIV/Aids. Através de intervenções buscaram reduzir comportamentos de risco de infecção e ajudar aqueles que são HIV /Aids a compreenderem sua condição sorológica, bem como aderir a regimes de tratamento complexos.

Ultimamente os psicólogos da saúde se associaram a cientistas da área médica para estudar a maneira como fatores psicossociais como crenças sobre a Aids e divulgação da condição de HIV positivo, percepção de suporte social e possíveis sintomas de ansiedade e depressão, influenciam a infecção por HIV e sua progressão para Aids. Baseado nas crescentes evidências dessas investigações, os psicólogos necessitam planejar intervenções para a melhora da adesão ao tratamento e qualidade de vida destas pessoas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O cuidado é uma prática fundamental para a promoção de saúde, porém cuidar é diferente de curar, tratar ou controlar, (Moskovics, 2008). A saúde expressa uma complexa e dinâmica realidade sustentada por um conjunto de fatores biopsicossociais. Para isso, é fundamental o envolvimento coletivo dos membros de uma comunidade, dos serviços de

saúde e seus profissionais, bem como de pesquisadores da área da saúde para a compreensão do fenômeno saúde-doença.

Neste sentido, o autocuidado assume um papel mais importante do que a tecnologia profissional de cura. Os indivíduos, a família e a comunidade em geral se constituem em elementos básicos do sistema de cuidado da saúde, um recurso comunitário onipresente, para o qual o recurso profissional passa a ser suplementar (Moskovics, 2008).

Para tanto a promoção de saúde diz respeito ao processo de capacitação da comunidade em prol da melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo seu bem-estar físico, mental e social, a partir de seus próprios recursos (Moskovics, 2008). Assim, o cuidar não passa apenas pelas competências e tarefas técnicas, mas inclui a construção dos projetos de vida de quem quer ser cuidado (Ayres, 2004) e uma responsabilidade que deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidades, grupos e profissionais. (WHO, 2008).

Desta forma destaca-se o papel do suporte social na vida de pessoas com doenças crônicas, como portadores de HIV/Aids, o qual pode ser um amenizador das situações de preconceito e discriminação, bem como fortalecer o sistema imunológico, e conseqüentemente a saúde nos seus aspectos biopsicossocial. Podendo ainda contribuir na melhora da adesão ao tratamento e a qualidade de vida.

Com isso torna-se necessário o investimento em intervenções na área da Psicologia a fim de contribuir para o planejamento das ações de saúde. Pode-se destacar a necessidade da atenção dos profissionais de saúde e pesquisadores, tanto para os fatores de proteção à saúde quanto para os fatores de risco, tanto para os processos de resiliência em indivíduos, tanto quanto para os aspectos relacionados à vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

- Andrade, G.R.B & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* (7) 4, pp. 925-934.
- Ayres, J. R. C. (2004). Normas e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 583-592.
- Brito, A.M, Castilho E.A. & Szwarcwald CL. (2001). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*; 34:207-24.
- Calvetti, P.U. (2006). *Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- PUCRS.
- Calvetti, P.U., Muller, M.C. & Nunes, M.L.T. (2007). Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva: Perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 27(4),706-717.
- Cassel, J. C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Campos, P.E. & Thomason, B. (2007). Intervenções cognitivo-comportamentais com pessoas com HIV/AIDS. Caballo, V. (org) In Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos Psicológicos da Atualidade- Intervenção em crise, transtornos da Personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde. Livraria Santos Editora. 441-459.
- Canguilhem, G. (1990). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Canini, S.R.M.S., Reis, R.B., Pereira, L.A., Gir, E. & Pelá, N.T.R. (2004). Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), 940-945.

Carvalho, F. T., Morais, N. A., Koller, S. H. & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cad. Saúde Pública* vol.23 no.9 Rio de Janeiro

Carvalho, G., Lavouras, H., André, I. e Silva, L.S. (2004). *Projecto de promoção da saúde mental e prevenção das toxicodependências na gravidez e 1ª infância : suporte social*. Escola Nacional de Saúde Publica.

Castro, E.K. & Remor, E.A. (2004). Aspectos Psicossociais e HIV/Aids: Um Estudo Bibliométrico (1992-2002) Comparativo dos Artigos Publicados entre Brasil e Espanha. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), 243-250.

Castro, E.K & Bornhord, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.

DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23, 207-218  
Friedland, J., Renwick, R. & McColl, M. (1996). Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS Care*, 8, 15-31.

Friedland, J., Renwick, R. & McColl, M. (1996). Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS Care*, 8, 15-31.

Gonzalez, J. S., Penedo, F. G., Antoni, M. H., Duran, R. E., McPherson-Baker, S., Ironson, G. & Schneiderman, N. (2004). Social support, positive states of mind and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology*, 23, 413-418

Hogan, C.M. & Hammer, S.M.(2001). Host determinants in HIV infection and disease. Part 1: cellular and humoral immune responses. *Annais Internacional of Medicine*, 134 (9 part 1),761–766.

Keefe, F. & Blumenthal, J.(2004). Health Psychology: what will the future bring? *Health Psychology*, v.23, n.2, p.156-157.

Leserman, J., Petitto, J. M., Golden, R. N., Gaynes, B. N., Gu, H., Perkins, D. O., Silva, S. G., Folds, J. D. & Evans, D. L. (2000). Impact of stressful life events, depression, social support, coping and cortisol on progression to AIDS. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1221-1228.

Lubkin, I.M.& Larsen, P.D.(2002). What is chronicity? In *Chronic Illness: Impact and Interventions*. Jones & Bartlett Publishers.

Maia, C.M.F.(2006). *Avaliação da Qualidade de vida de portadores HIV/Aids*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Universidade Católica de Goiás-GO

Matarazzo, J. (1980). Behavioural health's challenge to academic, psychology. *American Psychologist*, 37.

McNally, S. T. & Newman, S. (1999). Objective and subjective conceptualizations of social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 309-314

Ministério da Saúde. (2008). *Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV*. Acesso em 29 de novembro, 2008, [www.saúde.gov.br](http://www.saúde.gov.br).

Moskovics, J.M. (2008). *Gestantes soropositivas: dimensões psicossociais na adesão ao pré-natal*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008). *Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV*. Secretaria de Vigilância em Saúde -Programa Nacional de DST e Aids. Brasília – DF

Oliveira, D.L.L.C., Meyer, D.E., Santos, L.H.S. & Wilhelms, D.M.(2004). A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*; 20:1309-18.

Remor, E.A. (1999). Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Revista Psico*, 30(1), 205-217.

Remor, E. (2002a). Valoración de la adhesión al tratamiento anti-retroviral en pacientes VIH. *Psicothema*, 14 (2), 262-267.

Remor, E. (2002b). Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 283-287.

Remor, E., Milner, M.J. & Preussler, G. (2007). Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 685-694.

Resende, M.C., Silva, R.M., Marques T.P. & Abreu, M.V.(2008). Coping e satisfação com a vida em adultos com AIDS. *Revista Psico*, 2, 232-239,

Schmitz, M. F. & Crystal, S. (2000). Social relations, coping, and psychological distress among persons with HIV/AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 665-685.

Sanchez-Sosa, J. J. (2001). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms operating through health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19.

Seidl, E.M.F. & Zannon, C.M.L.C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588

Seidl, E.M.F., Zannon, C.M.L.C. & Tróccoli, B.T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.

Seidl, E.M.F. & Tróccoli, B.T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 22(3) 317-326.

- Seidl, E.M.F. & Machado, A.C.A. (2008). Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 239-247
- Silva, L.B. de C. (2005). A psicologia na saúde: entre a clínica e a política. *Revista do Departamento de Psicologia. UFF (17) 1 Niterói jan./jun.*
- Siegel, K. & Krauss, B.J. (1997). Living with HIV infection: Adaptive tasks of seropositive gay men. *Journal of health and social behavior*, 32, 17-32
- Singh, N., Berman, S. M., Swindells, S., Justis, J. C., Mohr, J. A., Squier, C. & Wagener, M. M. (1999). Adherence of Human Immunodeficiency Virus-Infected patients to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 29, 824-830.
- Siegel, K. & Lekas, H.M. (2002). AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS*; 16:69-76.
- Scheiderman, N., Antoni, M., Saab, P., Ironson, G. (2001). Health Psychologist: Psychosocial and Biobehavioral Aspects of Chronic Disease Management. *Annual Review of Psychology*, 55, 555-580.
- Siegel, K. & Lekas, H.M. (2002). AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS- Official Journal of the Internacional Aids Societ*, 16(4), 69–76.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Sociedade Brasileira de Infectologia. Tratamento hoje (2003). *Boletim Terapêutico de HIV/AIDS, DST e Hepatites Virais*; 1(4).
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 53-79.
- World Health Organization. (2007). *Adherence to lon-term therapies- evidence for action*. Acesso em 28 de novembro, 2008, [www.who.int](http://www.who.int)

**CAPITULO II**

**ESTUDO EMPIRICO**

**RELAÇÃO ENTRE SINTOMAS DE DEPRESSÃO, SUPORTE SOCIAL,  
QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

## INTRODUÇÃO

De acordo com os dados do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS - United Nations Programme (UNAIDS, 2007) a prevalência de HIV chegou a um patamar estável, contudo a Aids continua entre as principais causas de morte em âmbito mundial. Estima-se que o número de pessoas atualmente vivendo com HIV/Aids seja de 33,2 milhões, embora o número de novas infecções por HIV tenha diminuído. O número de mortes consequência de doenças relacionadas à Aids, diminuiu para 2.1 milhões nos últimos 2 anos.

A identificação do HIV/Aids ocorreu há pouco mais de duas décadas, no entanto o número de pessoas infectadas e doentes tem aumentado significativamente durante esse período de tempo. De 1980 até junho de 2008, foram identificados no Brasil 333.485 (66%) casos de Aids no sexo masculino e 172.995 (34%) no sexo feminino (Boletim Epidemiológico, 2008). Ao longo da história a razão entre os sexos vem diminuindo de forma progressiva. Mesmo observando essas mudanças na epidemia, os números ainda são alarmantes, e a Aids continua sendo considerada um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil.

Para compreender a dimensão do HIV/Aids na vida das pessoas, é necessário conhecer os seus aspectos epidemiológicos, clínicos e psicossociais. Como citado acima, a epidemiologia ainda tem mostrado um aumento significativo dos casos de HIV/Aids, fato que tem influenciado diretamente na condição psicossocial dos indivíduos que têm o HIV/Aids.

Para entender a dinâmica clínica desta patologia é importante saber que o HIV é um retrovírus que causa no organismo disfunção imunológica crônica e progressiva devido ao declínio dos níveis de linfócitos CD4+, e quanto mais baixo for o índice desses, maior o risco do indivíduo desenvolver Aids (Canini, Reis, Pereira, Gir & Praela, 2004).

O período entre a infecção pelo HIV e a manifestação da Aids pode persistir em alguns anos, porém, apesar de o indivíduo portador do vírus estar, muitas vezes, assintomático, pode apresentar importantes transtornos na esfera psicossocial, a partir do momento em que suspeita estar infectado pelo HIV (Remor, 1999), de descoberta do diagnóstico e no início do tratamento antiretroviral (Remor, Moskovics & Pressler, 2007).

Com a introdução dos anti-retrovirais denominados HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy*<sup>1</sup>), em 1996 veio concomitante as possibilidades efetivas de tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids (Seidl & Machado, 2008), bem como a diminuição expressiva da mortalidade relacionada com a infecção pelo vírus HIV/Aids (Vervoort; Borleffs, Hoepelman & Gryndonck, 2007). E, com isso, foi possível uma mudança na perspectiva e no prognóstico da Aids, gerando uma onda de otimismo nas pessoas com o HIV/Aids (Remor, 2002b).

Os avanços no diagnóstico e tratamento do HIV/Aids vêm tornando essa infecção cada vez mais semelhante às doenças definidas como crônicas (Siegel & Lekas, 2002). Tais avanços repercutiram no impacto considerável na vida dos portadores de HIV/Aids, diminuindo o temor sobre a iminência da morte, possibilitando a permanência de relações sociais, de trabalho, de lazer e afetivas na vida (Carvalho, Morais, Koller & Piccinini, 2007). Refletiram-se, também, na revisão de perspectivas e redefinições de projetos futuro, gerando com isso uma necessidade de fortalecimento dos vínculos afetivos e das relações sexuais (Remor, 2002a).

Para tanto considerando que a definição de resiliência é a "capacidade do ser humano de superar adversidades", esta pode ser uma compreensão essencial a ser incorporada no entendimento da infecção e tratamento de pacientes com HIV/Aids (Carvalho et al 2007).

---

<sup>1</sup> Terapia Antiretroviral Altamente Ativa

A concepção de resiliência resgata um entendimento de ser humano como alguém que busca a sua felicidade, bem-estar e saúde, tendo todo potencial para desenvolver estratégias para conseguir esse objetivo (Morais & Koller, 2004). Com isso, a situação de infecção pelo HIV/Aids pode ser de extrema adversidade, mas pode ser ressignificada e até vivida como fonte potencial para a mudança e para novas oportunidades diante da vida (Carvalho, Moraes, Koller & Piccinini, 2007).

Estudos indicam diversas alterações no sistema nervoso dos pacientes com HIV/Aids, associadas com depressão, estresse (Remor, 2002), ansiedade, depressão, ira, culpa, revolta (raiva) obsessões e auto-observação, além de excessiva preocupação com a saúde (Bayés, 1995; Mittag, 1996). Tais alterações psicossociais podem influenciar na evolução da doença e contribuir para aumentar a vulnerabilidade biológica do portador (Thompson, Nanni & Levine, 1996; Remor, et al 2007).

Com isso, é válido ressaltar a importância de identificar fatores que propiciam o ajustamento à condição de doença crônica e enfrentamento ativo diante da disponibilidade de tratamento (Seidl, Zannon e Tróccoli, 2005). Evidencia-se, assim, a associação entre disponibilidade e satisfação com o suporte social, bem-estar psicológico e percepção positiva da qualidade de vida, corroborando achados que indicam o papel do suporte como moderador do estresse em contextos relacionados ao processo saúde-doença (Leserman, Petitto, Golden, Gaynes, Silva & Perkins, 2000).

O conceito de qualidade de vida engloba a subjetividade e a multidimensionalidade do ser humano. Trata-se de um construto interdisciplinar e que implica a contribuição de diferentes áreas do conhecimento para o seu aprimoramento conceitual e metodológico (Seidl & Zannon, 2004).

Muitos portadores de HIV/Aids sofrem um impacto em sua qualidade de vida, tanto pelos fatores próprios às limitações físicas, sociais e estéticas, quanto devido ao fato de que muitos profissionais da área de saúde encontram dificuldades no seu atendimento, uma vez

que carecem de conhecimentos e habilidades necessários para lidar com essa enfermidade (Maia, 2006).

Portanto, devido ao fato de a maioria das doenças crônicas não terem cura, a mensuração da qualidade de vida é imprescindível para a avaliação de estratégias de tratamento e custo/benefício, tornando-se ferramenta importante para direcionar a distribuição de recursos e a implementação de programas de saúde, os quais, por sua vez, podem privilegiar não só os aspectos físicos do paciente, mas também aqueles relacionados às dimensões psíquicas e sociais, possibilitando à equipe de saúde planejar cuidado integral (Remor, 2002b ; Seidl & Tróccoli, 2006).

O objetivo geral deste estudo foi avaliar os aspectos psicossociais de portadores HIV/Aids. Dentre os objetivos específicos estão: avaliar sintomas de depressão, suporte social, adesão ao tratamento e qualidade de vida e investigar a relação destes com os marcadores biológicos (CD4+ e carga viral).

## **MÉTODOS**

Delineamento transversal, descritivo e correlacional.

### **Amostra**

A amostra da pesquisa foi composta por 63 pessoas com HIV/Aids, do sexo masculino e do feminino, diagnosticados como portadores de HIV/Aids e fazendo uso de anti-retroviral. Os participantes foram selecionados por conveniência, consecutivamente, em dois locais de atendimento a pessoas com HIV/Aids de Porto Alegre/RS, sendo eles o Ambulatório de Infectologia do Hospital São Lucas e o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids do Rio Grande do Sul/GAPA-RS.

## **Instrumentos**

Questionário de dados sociodemográficos e da situação clínica: idade, sexo, escolaridade, situação conjugal; situação empregatícia, tempo de diagnóstico, estágio do HIV, terapia anti-retroviral utilizada, células T CD4+ (sistema imunológico) e carga viral (CV).

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV Bref): versão brasileira validada por Zimpel e Fleck (2003). Este avalia a qualidade de vida genérica de pessoas vivendo com HIV/Aids, (constituído) por 31 itens constituídos de 6 domínios: Físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso), Psicológico (sentimentos positivos, pensamento, memória, aprendizado e concentração), Nível de Independência (mobilidade, atividades cotidianas, dependência de medicação e tratamento, capacidade para o trabalho), Relações Sociais (relacionamentos, suporte social, atividade sexual), Meio Ambiente (segurança física, recursos financeiros, cuidados sociais e de saúde, oportunidades de acesso a novas informações e de lazer, ambiente físico e transporte) e Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (crenças pessoais, religiosas e espiritual). As questões são individualmente pontuadas em uma escala tipo likert de 5 pontos, onde 1 indica percepções baixas e negativas e 5 percepções altas e positivas.

CEAT-VIH - Questionário de avaliação da adesão ao tratamento anti-retroviral: desenvolvido por Eduardo Remor (2002b) e validado para a versão brasileira por Remor, Milner- Moskovic e Preussler (2007); o instrumento que é constituído por 20 questões e visa identificar o grau de adesão ao tratamento anti-retroviral em pacientes infectados pelo HIV. O instrumento é constituído por 20 questões.

Inventário Depressão de Beck: composta por 21 itens, com o escore de cada resposta variável de 0 a 4 (mínimo, leve, moderada e grave), viabiliza quantificar a intensidade do sintoma (Cunha, 2001).

Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: instrumento para mensuração do suporte social percebido e da satisfação, construído e validado no Canadá,

denominado *Social Support Inventory for People who are Positive or Have Aids* pelos autores Renwick, Halpen, Rudman & Friedland (1999); e validado no Brasil por Seidl e Tróccoli (2006) específico para pessoas soropositivas. Este instrumento foi desenvolvido com base em estudos sobre o suporte social para a população em geral e para pessoas acometidas por condições médicas específicas, como HIV/AIDS. É composto de 24 itens, com escala de resposta tipo Likert de cinco pontos, podendo ser auto-aplicado ou administrado mediante entrevista. Divido em dois fatores: 1- *suporte emocional* – percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional em relação à soropositividade; 2. *suporte instrumental* - percepção e satisfação quanto à disponibilidade de apoio no manejo ou resolução de questões operacionais do tratamento ou do cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ou financeira.

### **Procedimentos de Coleta de Dados**

O primeiro contato com o paciente no serviço de saúde foi após o atendimento com o infectologista, e na ONG este primeiro contato foi realizado no momento em que o usuário buscava atividades na Instituição. Caso houvesse concordância em participar do estudo, este assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A aplicação dos instrumentos foi individual, realizada pela equipe treinada pelos pesquisadores especialistas na área; e deu-se em uma sala reservada durante aproximadamente uma hora.

### **Análise dos dados**

A investigação sobre os dados sociodemográficos, situação clínica e aspectos psicossociais do presente estudo foram submetidos à análise descritiva, frequências das variáveis, médias, desvio padrão e inferências. Para analisar a relação entre os aspectos psicossociais e marcadores biológicos, os sintomas de depressão, suporte social, adesão e

qualidade de vida, utilizou-se a correlação de *Pearson*. Para avaliar diferenças entre grupos, foi utilizada uma análise de variância (ANOVA). Foi utilizado o nível de significância de 5%, sendo os dados computados e analisados no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 11,5.

### **Procedimentos Éticos**

Este estudo tem aprovação da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS e do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul da PUCRS (CEP 08/04228). Este projeto teve apoio do CNPq Edital MCT/CNPq 03/2008 - Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas, processo número 400325/2008-0 e da Empresa Associação dos Transportadores de Passageiros de Porto Alegre com vale transporte.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os participantes tinham entre 24 e 57 anos de idade, média de  $42,37 \pm 6,93$  anos, 57,1% do sexo masculino e 61,9% solteiros. A orientação sexual informada era predominantemente heterossexual (66,7%). A amostra foi selecionada em dois locais de atendimento a pessoas com HIV/Aids de Porto Alegre/RS, sendo eles o Ambulatório de Infectologia do Hospital São Lucas (57.1%) e o Grupo de Apoio a Prevenção da Aids do Rio Grande do Sul/GAPA-RS (42.9%).

Quanto à situação de trabalho 52,4% dos participantes não trabalhavam. E em relação ao nível socioeconômico, foi predominantemente media baixa (65,1%). Do total da amostra 74,6 % informou não utilizar medicação psiquiátrica. Quanto ao seu modo de

infecção destacou-se a via sexual (76,2%), seguida da transmissão por uso de drogas injetáveis (12,7%).

O tempo de infecção HIV variou de no mínimo 2 até no máximo 252 meses, com uma média de  $106,21 \pm 60,41$  meses. A carga viral (cópias/ml) oscilou entre 45,00 e 166885,00, apresentando uma alta variabilidade (média  $4756,13 \pm 22004,18$ ). Sendo 78,6% dos participantes com carga viral indetectável.

Em média, os participantes ingeriam 4,98 comprimidos diariamente, variando entre 1 e 16 comprimidos diários. As combinações de posologia predominante foram: ingestão de comprimidos de 12/12 horas (93,7%) e de 24/24 horas (4,8%). As combinações de fármacos mais comuns foram: 2 inibidores da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeos (ITRN) + 1 Inibidor Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeos (ITRNN) (52,4% ) e 2 ITRN +2 Inibidor de Protease (IP) (20,6%).

Não foi observada associação significativa entre marcadores biológicos, dados sociodemográficos e sintomas de depressão, suporte social, qualidade de vida e grau de adesão. Bem como não houve diferença significativa nas análises realizadas entre os participantes do ambulatório de Infectologia do Hospital São Lucas em relação a ONG – GAPA/RS.

A seguir, são apresentadas na Tabela 1 as características sociodemográficas e situação clínica da amostra.

**Tabela 1 - Distribuição da amostra de pacientes, segundo dados sociodemográficos e situação clínica. N=63**

<b>Dado sociodemográfico</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>f</b>	<b>DP</b>
<b>Idade</b>		42		6,9
<b>Escolaridade</b>				
Nenhum	4,8		3	
1° incompleto	1,6		1	
1° completo	31,7		20	
2° completo	42,9		27	
3° incompleto	3,2		2	
3° completo	15,9		10	
<b>Sexo</b>				
Feminino	42,9		27	
Masculino	57,1		36	
<b>Situação de trabalho</b>				
Trabalha	47,6		30	
Não trabalha	52,4		33	
<b>Orientação sexual</b>				
Heterossexual	66,7		42	
Homossexual	23,8		15	
Bissexual	9,5		6	
<b>Forma de transmissão</b>				
Sexual	76,2		48	
Usuários de drogas injetáveis	12,7		8	
Transfusão de hemoderivados	1,6		1	
Outro (acidente de trabalho)	1,6		1	
Não sabe	7,9		5	
<b>Nível socioeconômico</b>				
Baixo	22,2		14	
Médio baixo	65,1		41	
Médio alto	11,1		7	
Alto	0		0	
<b>Dados clínicos</b>				
<b>Tempo infecção HIV (meses)</b>		106,2	63	60,4
<b>Uso de medicação psiquiátrica</b>				
Sim	22,2		14	
Não	74,6		47	
<b>Células CD4+ por mm<sup>3</sup> de sangue</b>		451,3	63	
<b>Carga viral (cópias/ml)</b>				
<50 (indetectável)	71,4	49,8	45	0,7
51-400	7,9	216,0	5	103,8
401-30.000	14,3	4639,8	9	5943,9
>30.000	6,3	63638,0	4	70163,0

Na tabela 2, em relação aos sintomas de depressão os participantes apresentam nível de depressão leve (M= 14,5; DP= 12,5). Em relação ao suporte social dos participantes do estudo foi observado que a maior média (M= 41,2; DP= 11,8) foi no fator 1, que representa suporte social emocional. Os estudos associados ao tema HIV/Aids,

conforme Seidl e Tróccoli (2006), têm apontado a relevância do apoio social no enfrentamento da doença. Dyer, Patsdaughter, Mc Guinness, Connor e De Santis (2004) referem, em pesquisa realizada com pessoas soropositivas para o HIV/Aids, que as que apresentam processos de resiliência têm enfrentado a situação de enfermidade com maior positividade.

Foi identificado em estudo (Remien, Exner, Kertzner, Ehrhardt,. Rotheram-Borus & Johnson, 2006) realizado, que sintomas depressivos foram associados inversamente ao suporte social funcional e a pessoas que vivem com HIV/Aids. As percepções de interações sociais com outros indivíduos podem aumentar o amor-próprio, o autovalorização e a autoconfiança de pessoas que vivem com HIV/Aids, reduzindo desse modo, sua percepção da estigmatização (Simoni, Montoya, Huang & Goodry, 2005).

Em estudo realizado por Singh, Berman, Swindells, Justis, Mohr, Squier e Wagener (1999) foi observado que a satisfação com o suporte social esteve associada à adesão ao tratamento. A importância do suporte social foi apontada por sua influência na disponibilização de encorajamento, reforço positivo e motivação para o autocuidado e por atenuar estímulos que interferiam negativamente sobre a adesão. Em estudo mais recente, pesquisadores (Gonzalez, Penedo, Antoni, Duran, McPherson-Baker, Ironson, & Schneiderman, 2004) constataram que apoio social e o bem-estar psicológico estiveram relacionados à conduta de adesão à terapia anti-retroviral.

Em relação ao grau de adesão, os participantes apresentaram 47,6% baixa/insuficiente (f= 30), 31,7% boa/ adequada (f= 20) e 20,6% estrita (f= 13). Pode-se observar que a maior concentração de porcentagem está presente em boa/ adequada e estrita, considerando uma amostra com adesão. Evidencia-se, com alguma consistência, a associação entre disponibilidade e satisfação com o suporte social, bem-estar psicológico, adesão ao tratamento e percepção positiva da qualidade de vida. (Mello & Malbergier, 2006; Leserman, Petite, Golden, Gaynes, Gu & Perkins, 2000).

Na avaliação da qualidade de vida, pode-se observar a média ( $M=15,5$ ;  $DP= 3,4$ ) maior no domínio da Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais; estudo (Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003) realizado com pacientes com HIV/Aids revelou que aqueles que apresentavam escores mais elevados de bem-estar espiritual tendiam a ter mais esperança.

Outros estudos também apontam que a religiosidade e a espiritualidade em pessoas com HIV/Aids podem auxiliar como suporte social no ajustamento psicológico (Seidl & Tróccoli, 2006) e no enfrentamento da doença (Prado, Feaster, Schwartz, Pratt, Smith & Szapocnik, 2004). A espiritualidade foi indicada como fonte de suporte social a pacientes com HIV/Aids (Siegel & Schrimshaw, 2001; Carvalho, 2001) e como meio de interpretação para os acontecimentos da vida, esta pode representar apoio para o enfrentamento das dificuldades e para a mudança de atitudes (Carvalho et al, 2007). As pessoas com crença espiritual tendem a demonstrar positividade na adversidade, como a situação de enfrentamento da doença e do tratamento de saúde (Sodergren, Hyland, Crawford & Partridge, 2004).

Remor (2002) desenvolveu um estudo de avaliação do impacto da ansiedade, da depressão e da qualidade de vida das pessoas HIV/Aids quando o tratamento anti-retroviral não apresenta os efeitos esperados. Os resultados indicaram que as percepções e expectativas negativas com o tratamento podem modular o estado emocional e impactar negativamente a qualidade de vida das pessoas HI/Aids e que um nível de suporte social adequado é capaz de atenuar este impacto negativo.

Conforme estudo de Maia (2006), muitos portadores de HIV/Aids sofrem um impacto em sua qualidade de vida tanto pelos fatores próprios às limitações físicas, sociais e estéticas, quanto devido ao fato de que muitos profissionais da área de saúde encontram dificuldades no seu atendimento, uma vez que carecem de conhecimentos e habilidades necessários para lidar com essa enfermidade.

Canini, Reis, Pereira, Gir e Praela (2004) verificaram que, nos últimos anos os estudos sobre qualidade de vida em portadores de HIV/Aids têm avaliado não só a dimensão física, mas também os aspectos psicossociais, apontando a necessidade de novas estratégias de intervenção, além do tratamento clínico e medicamentoso.

Estudo realizado com 241 pacientes soropositivos para o HIV/AIDS verificou que os pacientes com satisfação no suporte emocional apresentaram melhor percepção na qualidade de vida (Seidl, Zamon & Tróccoli, 2005). É possível supor que o suporte social e o tratamento anti-retroviral repercuta na melhora das condições físicas e na resposta imunológica (Rabkin, Fernando, Lin , Sewell & McElhiney, 2000) da portador de HIV/Aids .

Corroborando com os resultados obtidos na presente pesquisa, estudos (Remor, 2002; Seidl, Zannon & Troccoli, 2006) também desatacam que suporte social pode ser um fator atenuador do impacto negativo da soropositividade na vida das pessoas infectadas, sendo este um recurso pessoal externo que pode facilitar a adaptação ao processo da doença. A rede de apoio pode ser uma estratégia útil para adesão ao tratamento e aumento da qualidade de vida.

Na Tabela 2, apresenta-se as médias e o desvio padrão dos sintomas de depressão, suporte social e os domínios da escala de qualidade de vida.

**Tabela 2 - Apresentação das médias e desvio padrão dos sintomas de depressão, suporte social e qualidade de vida.**

<i>Variável</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
<b>Níveis de depressão</b>	14,5	12,5
<b>Suporte Social</b>		
Emocional - Fator 1	41,2	11,8
Instrumental - Fator 2	32,6	10,2
<b>Qualidade de Vida</b>		
Domínio 1 - Físico	13,8	3,5
Domínio 2 - Psicológico	13,9	3,3
Domínio 3 - Nível de Independência	13,5	3,1
Domínio 4 - Relações Sociais	13,8	3,5
Domínio 5 - Meio Ambiente	13,9	2,9
Domínio 6 - Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais	15,5	3,4

Na tabela 3, pode-se observar uma correlação negativa entre depressão e adesão. Os sintomas psiquiátricos, segundo Campos, Guimarães e Remien (2008) são comuns entre as pessoas com doenças crônicas, incluindo o HIV / Aids. Estes podem contribuir para a não-adesão à terapia anti-retroviral e, conseqüentemente, para a baixa imunidade e resposta virológica (Mello & Malbergier, 2006) para a progressão para Aids (Paterson, Swindells, Mhr, Brester, Vergis & Squier, 2000) e para a piora da qualidade de vida (Tostes, Chalub & Botega, 2004). Em estudo realizado (Tucker Burnam, Sherbourne, Kung & Gifford, 2003) foi salientado que os indivíduos com depressão, ansiedade ou pânico generalizado foram aproximadamente duas vezes mais não-aderentes que aqueles sem um transtorno psiquiátrico.

O domínio físico ( $r= 0,40$ ,  $p= 0,001$ ), psicológico ( $r= 0,50$ ,  $p= <0,001$ ), de relações sociais ( $r= 0,47$ ,  $p= <0,001$ ) e de meio ambiente ( $r= 0,48$ ,  $p= <0,001$ ) tiveram e correlação altamente significativa em relação à adesão. Estes dados podem estar relacionados a uma boa adaptação psicológica e o suporte social dos participantes deste estudo. Constatando, assim, que a resiliência pode estar implicada neste processo de saúde-doença para a adesão ao tratamento, sendo um fator de proteção.

No domínio Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais ( $r= 0,298$ ,  $p= 0,018$ ), constatou-se correlação significativa em relação à adesão. As crenças religiosas e espirituais têm demonstrado ser um recurso auxiliar no enfrentamento de eventos estressores, como o processo saúde-doença e o tratamento da saúde, visto no entendimento da Psicologia da Saúde e de pesquisas relacionadas (Straub, 2005). Em relação ao nível de independência ( $r= 0,231$ ,  $p= 0,069$ ), não houve correlação significativa com a adesão ao tratamento.

O suporte social emocional – Fator 1 ( $r= 0,43$ ,  $p= <0,001$ ) e o suporte social instrumental – Fator 2 ( $r= 0,39$ ,  $p= <0,002$ ) apresentaram correlação altamente significativa em relação à adesão. Para Carvalho et al (2007) os sistemas de suporte fazem parte de um âmbito mais amplo da vida das pessoas. Trata-se das relações estabelecidas com a escola, o trabalho, centros religiosos ou instituições de saúde. A fim de promoverem fatores de proteção aos indivíduos, essas instâncias precisam propiciar a competência e a determinação individual. O estudo realizado por Carvalho, Hamann, & Matsushita (2007) corrobora com os resultados obtidos na presente pesquisa, que avaliou fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-retroviral em 150 pacientes e identificou que a situação de moradia e suporte social foi variáveis preditoras da adesão ao tratamento.

A importância do suporte social pode ser desatada como uma influência positiva no encorajamento e motivação para o autocuidado. Portanto, nesta pesquisa pode-se inferir que participantes com maior suporte social emocional apresentam maiores índices de adesão ao tratamento e qualidade de vida.

**Tabela 3 - Correlação entre sintomas de depressão, qualidade de vida, suporte social e adesão.**

<i>Variável</i>	<i>Escore bruto CEAT</i>	
	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>BDI</b>	-0,430**	<0,001
<b>WHOQOL</b>		
Domínio 1 - Físico	0,409**	0,001
Domínio 2 - Psicológico	0,507**	<0,001
Domínio 3 - Nível de Independência	0,231	0,069
Domínio 4 - Relações Sociais	0,474**	<0,001
Domínio 5 - Meio Ambiente	0,480**	<0,001
Domínio 6 - Espiritualidade/Religião/Crenças	0,298*	0,018
Pessoais		
<b>SUPORTE SOCIAL</b>		
Emocional - Fator 1	0,438**	<0,001
Instrumental - Fator 2	0,392**	0,002

\* **A correlação é significativa ao nível de 5%.**  
\*\* **A correlação é significativa ao nível de 1%.**

Na tabela 4, foi possível identificar que o grupo com grau de adesão estrita apresentou média inferior de sintomas depressão e média superior nos domínios psicológico, nível de independência e social da qualidade de vida. O suporte social emocional – fator 1 apresentou uma média mais alta no grupo com adesão estrita quando comparado com o grupo de baixa ou insuficiente adesão. Os resultados abaixo expostos ressaltam a necessidade de incentivar as pessoas que vivem com HIV/Aids a buscar fontes de suporte social, por meio de relacionamentos recíprocos, participando de atividades voluntárias e sociais com a família, os amigos e/ou em grupos. Para tanto, este estudo demonstrou que a adesão ao tratamento é complexa pela interação de variáveis, destas encontramos resultados significativos nesta amostra, como os aspectos psicossociais, níveis de depressão, suporte social e qualidade de vida.

**Tabela 4 - Apresentação das médias da qualidade de vida e Suporte Social em relação à estratificação do grupo, segundo o Grau de Adesão.**

	<i>Médias Grau de Adesão</i>		
	<b>Baixa/ insuficiente</b>	<b>Boa/ adequada</b>	<b>Estrita</b>
<b>BDI</b>	18,6B	15,2B	4,0A
<b>WHOQOL</b>			
Domínio 1 - Físico	12,9A	13,3A	16,8A
Domínio 2 - Psicológico	12,5A	14,1A	16,6B
Domínio 3 - Nível de Independência	12,4 A	13,2 A	15,8 B
Domínio 4 - Relações Sociais	12,7A	13,6A	16,8B
Domínio 5 - Meio Ambiente	12,6A	14,2A	16,5A
Domínio 6 -Espiritualidade/ Religião/Crenças	14,9A	15,2A	17,3A
Pessoais			
<b>SUPORTE SOCIAL</b>			
Emocional - Fator 1	36,8A	43,2AB	47,9B
Instrumental - Fator 2	29,9A	33,8A	36,8A

Médias seguidas de letras diferentes na linha, diferem pelo teste Tukey ( $p < 0,005$ ).

A correlação negativa da depressão com a adesão esta em conformidade com outros resultados da pesquisa, que mostram maior suporte social e qualidade de vida. Considerando suporte social e religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais como fatores de proteção à saúde pode-se observar que os participantes deste estudo demonstram fortalecimento no processo de resiliência.

A evolução do conhecimento da progressão do HIV/Aids e seus tratamentos são crescentes, contudo as necessidades psicológicas das pessoas soropositivas também vêm mudando. É necessária a identificação de temas que afetam a saúde mental dessas pessoas para contribuir no desenvolvimento de novas intervenções psicológicas mais adaptadas à realidade da Aids. Neste sentido, torna-se relevante que os psicólogos da saúde estejam voltados também para os processos de resiliência dos portadores de HIV/Aids, a fim de auxiliar na promoção e no desenvolvimento psicológico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que o objetivo do estudo foi obtido, pois foi possível descrever, analisar os níveis de depressão, marcadores biológicos e o suporte social de portadores de HIV/Aids e relacionar estes com a adesão ao tratamento, como também avaliar a qualidade de vida e compreender os processos de resiliência no contexto de saúde-doença desta população. Considera-se como limitação do estudo que os participantes foram entrevistados em diferentes locais, serviço de saúde e organização não - governamental, sendo uma amostra pequena em cada um, porém não houve diferença significativa entre estes.

Os conhecimentos alcançados com essa pesquisa possibilitam sugestões e orientações para as equipes de saúde, visando melhorar as intervenções das mesmas, o que pode revestir-se em uma constante melhora na qualidade de vida dos portadores de HIV/Aids. Acredita-se que esse estudo possa servir como referência para outras pesquisas sobre suporte social, qualidade de vida e adesão de pacientes HIV/Aids.

Para tanto, sugerem-se novos estudos com diferentes delineamentos. Dentre estes, longitudinais para avaliação do suporte social, adesão ao tratamento e qualidade de vida para acompanhamento deste processo saúde – doença. Também pesquisas quase-experimental e experimental com proposta de um modelo de intervenção psicossocial e estudo qualitativo para a compreensão dos fatores de proteção; dentre estes, suporte social e resiliência para a adesão ao tratamento.

**REFERÊNCIAS**

- Bayés, R. (1995). *Psicología y SIDA*. Madrid: Martinez Rocca
- Boletim Epidemiologico (2008). Ministerio da Saúde. Brasília -DF
- Campos, L.N., Guimarães, M.D.C. & Remien, R.H. (2008). Anxiety and Depression Symptoms as Risk Factors for Non-adherence to Antiretroviral Therapy in Brazil. *Aids Behavior*, 18 (6), 529-536(8)
- Canini, S.R.M.S., Reis, R.B., Pereira, L.A., Gir, E. & Pelá, N.T.R. (2004). Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), 940-945.
- Carvalho, F.T. (2005). *Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Carvalho, F. T., Morais, N. A., Koller, S. H. & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Caderno de Saúde Pública*. 23 (9 ).Rio de Janeiro
- Carvalho, C. V.; Hamann, E. M. & Matsushita, R. (2007). Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 40 (5).
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dyer, J., Patsdaughter, C., McGuinness, T., O Connor, C. & DeSantis, J. (2004). Retrospective Resilience: The power of the patient-provider alliance in disenfranchised persons with HIV/AIDS. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 10(1), 57-65.

- Fleck, M.P.deA., Borges, Z., Bolognesi, G. & Rocha, N.S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446-455.
- Gonzalez, J. S., Penedo, F. G., Antoni, M. H., Duran, R. E., McPherson-Baker, S., Ironson, G. & Schneiderman, N. (2004). Social support, positive states of mind and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology*, 23, 413-418
- Leserman, J., Petitto, J. M., Golden, R. N., Gaynes, B. N., Gu, H., Perkins, D. O., Silva, S. G., Folds, J. D. & Evans, D. L. (2000). Impact of stressful life events, depression, social support, coping and cortisol on progression to AIDS. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1221-1228.
- Maia, C.M.F.(2006). *Avaliação da Qualidade de vida de portadores HIV/Aids*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Universidade Católica de Goiás-GO
- Mello de, V.A. & Malbergier, A. (2006). Depression in women infected with HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 10-17.
- Mittag, O. (1996). *Asistencia práctica para enfermos terminales*. Barcelona: Herder.
- Morais, N.A. & Koller, S.H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: a ênfase na saúde. In S.H. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Paterson, D.L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E.N. & Squier, C. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133 21–30.
- Penzak, S.R., Reddy, Y.S. & Grimsley, S.R. (2000). Depression in patients with HIV infection. *Am J Health-System Pharmacy*, 5, 376-389.

- Prado, G.; Feaster, D.; Schwartz, S.; Pratt, I., Smith, L.& Szapocnik, J. (2004). Religious involvement, coping social support and psychological distress in HIV-seropositive. African American Mothers. *AIDS and Behavior*. 8 (3), 221-235.
- Rabkin, G.J., Ferrando, S., Lin, S.H., Sewell, M. & McElhiney, M. (2000). Psychological effects of HAART: A 2-year study. *Psychosomatic Medicine*, 62, 413-422.
- Remien, T., Exner, R.M., Kertzner, A.A., Ehrhardt, M.J., Rotheram-Borus, and Johnson, M.O. *et al.* (2006). Depressive symptomatology among HIV-positive women in the era of HAART: A stress and coping model. *American Journal of Community Psychology*, 38 , 275–285.
- Remor, E. (2002a). Valoración de la adhesión al tratamiento anti-retroviral en pacientes VIH. *Psicothema*, 14(2), 262-267.
- Remor, E. (2002b). Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 283-287.
- Remor, E. (2002c). Manual del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH). Madrid: Facultad de Psicología/ Universidad Autónoma de Madrid.
- Remor, E., Milner, M.J. & Preussler, G. (2007). Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 685-694.
- Renwick, R., Halpen, T., Rudman, D. & Friedland, J. (1999). Description and validation of a measure of received support specific to HIV. *Psychological Reports*, 84, 663-673.
- Seidl, E.M.F. & Zannon, C.M.L.C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Seidl, E.M.F., Zannon, C.M.L.C. & Tróccoli, B.T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.

- Seidl, E.M.F. & Tróccoli, B.T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 22(3) 317-326
- Seidl, E.M.F. & Machado, A.C.A. (2008). Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 239-247 .
- Siegel, K. & Lekas, H.M. (2002). AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS- Official Journal of the Internacional Aids Societ*, 16(4), 69–76.
- Siegel, K. & Schrimshaw, E.W. (2001). Reasons and justifications for considering pregnancy among women living with HIV/AIDS. *Psychology Women* ; 25:112-23.
- Singh, N., Berman, S. M., Swindells, S., Justis, J. C., Mohr, J. A., Squier, C. & Wagener, M. M. (1999). Adherence of Human Immunodeficiency Virus-Infected patients to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 29, 824-830.
- Sodergren S.C.; Hyland, M. E., Crawford, A. E & Partridge, M. R. (2004). Positivity in illness: self-delusion or existential growth. *British Journal of Health Psychology*, .9, 163-174.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Thompson, S.C., Nanni, C., & Levine, A. (1996). The stressors and stress of being HIV-positive. *AIDS Care*, 8 (1), 5-14.
- Tostes, M. A. Chalub, M. & Botega, N J. (2004). The Quality of Life of HIV-infected Women is associated with psychiatric morbidity. *AIDS Care*, 16, 177-186.
- Tucker, J. S., Burnam, A., Sherbourne, C. D., Kung, F. Y., & Gifford, A. L. (2003). Substance use and mental health correlates of nonadherence to antiretroviral medications in a sample of patients with human immunodeficiency virus infection. *The American Journal of Medicine*, 114, 573– 580.
- Vervoort, S.C.J.M., Borleffs, J.C.C., Hoepelman, A.I.M. & Grypdonck, M.H.F. (2007). Adherence in antiretroviral therapy: a review of qualitative studies. *AIDS*, 21(3), 271–281.

WHOQOL Group (2003). Initial steps to development the World Health Organization's Quality of life instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/AIDS. *Aids Care*, 15(3), 347-357.

Zimpel, R. (2003). *Avaliação da qualidade de vida de pacientes com HIV/Aids*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados alcançados nesta pesquisa não podem ser entendidos como estáveis, devido o movimento da epidemia de HIV/Aids, que está em constante alteração, tanto em seus aspectos epidemiológicos, quanto em seus aspectos psicossociais. Para tanto o paciente portador de HIV/Aids necessita se adaptar invariavelmente à situação de adoecimento.

O estudo realizado para elaborar esta dissertação permitiu a ampliação do entendimento sobre o processo saúde-doença em pessoas soropositivas para o HIV/Aids. Contribuindo também para o desenvolvimento técnico-científico através da reprodução desse entendimento em publicações em periódicos e exposição em eventos científicos da área da saúde.

A partir do material apresentado, sugere-se a realização de estudos relacionados à avaliação do suporte social, adesão ao tratamento e qualidade de vida para acompanhamento deste processo saúde – doença. Estudos longitudinais a fim de avaliar a relação e o impacto das emoções positivas em diferentes períodos de enfrentamento do processo saúde-doença como também o desenvolvimento de estudos com delineamento qualitativo, com o objetivo de explorar os achados realizados.

Torna-se necessário o investimento em intervenções na área da Psicologia a fim de contribuir para o planejamento das ações de saúde. Também se constatou a necessidade da atenção dos profissionais de saúde e pesquisadores, especialmente dos psicólogos, para os fatores de proteção à saúde tanto quanto aos fatores de risco, para os processos de resiliência em indivíduos, tanto quanto para os aspectos relacionados à vulnerabilidade. Para assim contribuir para o fortalecimento no enfrentamento da adversidade.

Também se tem intuito de expandir o acesso dessas informações para os serviços de saúde e para a comunidade de pessoas vivendo com HIV/Aids. Os resultados demonstrados nesta dissertação, focado no suporte social, adesão ao tratamento e

qualidade de vida remeteram à reflexão sobre os mecanismos de resiliência. Este reflexão recomenda a compreensão sobre a relevância do desenvolvimento da resiliência em indivíduos soropositivos para o HIV/Aids frente à situação de doença.

Pode-se observar que ainda existe muito a ser pesquisado em relação ao desenvolvimento dos aspectos saudáveis de portadores HIV/Aids. Contudo, sugere-se o progresso em estudos e ações de profissionais da saúde, considerando a relevância dos fatores de proteção e resiliência tanto quanto os fatores de risco e vulnerabilidade da saúde, contribuindo assim, no planejamento e intervenções em saúde pública para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids.

## **APÊNDICES**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar aspectos psicológicos e a intervenção psicoeducativa em portadores do HIV para o aumento da adesão ao tratamento. Os pacientes serão sorteados para dois grupos, um que receberá a intervenção e outro que não receberá a mesma. Os dois grupos serão contatos para um momento de reaplicação dos instrumentos. Após o término da pesquisa será oferecida a intervenção para o grupo que ainda não havia recebido. A investigação está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS e, tem sido desenvolvida pela psicóloga doutoranda Prislá Ücker Calvetti e uma etapa desse pela mestrandia Grazielly Rita Marques Giovelli sob a coordenação Dr. Gabriel Gauer, pesquisador do grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção em Saúde Mental e Bioética Clínica.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão colocados anonimamente à disposição da pesquisadora responsável pelo estudo e utilizados para fins científicos, resguardando-se o sigilo quanto à identificação dos participantes. Seu maior desconforto será quanto à disponibilidade do tempo necessário para responder aos instrumentos. Seu benefício será a contribuição feita em prol do desenvolvimento do conhecimento científico, do planejamento de estratégias para o aumento da adesão ao tratamento e do atendimento à pessoa infectada pelo HIV.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo do participante) fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido (a), do desconforto que a pesquisa possa acarretar e dos benefícios esperados. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (51) 33203550 ramal 7735. Sei que informações novas me poderão ser fornecidas e que a partir dessas novas informações que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação. Também que se houverem dúvidas quanto a questões éticas poderei entrar em contato com o Dr. Neio Lúcio Fraga Pereira, Coordenador do Comitê de Ética em pesquisa do GHC pelo telefone (51) 3357 2407

Declaro ter recebido cópia do termo de consentimento informado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Dr. Gabriel Gauer  
Pesquisador Orientador

\_\_\_\_\_  
Prislá Ücker Calvetti CRP 07/10537  
Pesquisadora Principal

\_\_\_\_\_  
Grazielly Giovelli CRP 07/11458  
Pesquisadora

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Fones: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Turno disponível para atendimento: Manhã ( )

Tarde ( )

Noite ( )

Serviço:

## **ANEXOS**



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p><b>1</b> 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2</b> 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p><b>3</b> 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p><b>4</b> 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p><b>5</b> 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p><b>6</b> 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p><b>7</b> 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p><b>8</b> 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p><b>9</b> 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p><b>10</b> 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p><b>11</b> 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p><b>12</b> 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p><b>13</b> 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1

**CONTINUAÇÃO NO VERSO**

“Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.”

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.  
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

<p><b>14</b> 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p><b>15</b> 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p><b>16</b> 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p><b>17</b> 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p><b>18</b> 0 O meu apetite não está pior do que o habitual. Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p><b>19</b> 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p><b>20</b> 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p><b>21</b> 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
<p>_____ Subtotal da Página 2</p>	
<p>_____ Subtotal da Página 1</p>	
<p>_____ <b>Score Total.</b></p>	

**CEAT-VHI****Dados do Historial Médico** (*Preenchidos pelo pesquisador consultando o prontuário*)

Tempo de infecção em meses

Linfócitos T CD4 (última medição)

Carga viral (última medição)

Medicação Antiretroviral

Nº de comprimidos

Posologia (frequencia e dose)

Número do Prontuário Médico:

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Ficha de dados sóciodemográficos**

Sexo

Idade

Homem

Mulher

Situação laboral

Orientação sexual

Trabalha

Homossexual

Não Trabalha

Bissexual

Heterossexual

Nível de estudos

Uso de medicação psiquiátrica

Primário

Sim

Secundário

Não

Universitário

Modo de transmissão do HIV

Clase social autoinformada

Sexual

Baixa

Tranfusão

Média Baixa

Compartir Seringas

Média Alta

Não sabe

Alta

## CEAT-VIH

Durante a última semana	Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez
1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?					
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?					
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?					
4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?					

5. Lembra-se que remédios para o HIV está tomando nesse momento?

\_\_\_\_\_

(escrever os nomes)

6. Como é a relação que mantém com o seu médico?

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa
------	---------------	---------	---------------	-----

	Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito
7. Quanto esforço necessita fazer para seguir com o tratamento?					
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?					
9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?					
10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?					
11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?					

	Não, nunca	Sim, alguma vez	Sim, aproxima damente a metade das vezes	Sim, muitas vezes	Sim, sempre
12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?					
13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?					

14. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	-------------	------------	------------------

15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos
----------------	----------	-----------------------	----------------	---------------

16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo
-------------	----------------	---------	-------------	---------------

17. Que avaliação tem de si mesmo com relação a toma dos remédios para o HIV?

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor
----------------	-----------------	---------	----------	-----------------

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
-------------------	----------------------	---------	-------------------	---------------------

	SIM	NÃO
19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? [Se responde afirmativamente, Quantos dias aproximadamente?] .....		
20. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação? Qual? .....		

## ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL EM HIV/AIDS

Este questionário é sobre o apoio ou ajuda que você tem recebido de diferentes pessoas com quem você se relaciona. Por favor, informe a frequência dos diferentes tipos de apoio que tem recebido em relação à soropositividade e a sua satisfação quanto a cada um deles. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco. Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração!

**1. Você tem recebido apoio de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde?** (Exemplo: tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**1.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**2. Você tem recebido apoio de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**2.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**3. Você tem recebido apoio de alguém em atividades práticas do seu dia-a-dia?** (Exemplo: arrumação da casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo de refeições ou qualquer atividade doméstica cotidiana)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**3.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**4. Você tem recebido apoio de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde?** (Exemplo: lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, acompanhar em uma consulta ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**4.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**5. Você tem recebido apoio de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**5.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

- **Com base nos tipos de apoio mencionados acima (questões 1 a 5), marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.**

- ( ) esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)  
 ( ) pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? \_\_\_\_\_  
 ( ) pessoa (s) da família que não mora(m) comigo. Quem? \_\_\_\_\_  
 ( ) amigo(s)  
 ( ) chefe ou colega(s) de trabalho  
 ( ) vizinho(s)  
 ( ) profissionais de saúde  
 ( ) outra pessoa. Quem? \_\_\_\_\_

**6 .Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**6.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

SEIDL, E.M.F. & TRÓCCOLI, B. T. (2006). Desenvolvimento de Escala para avaliação do suporte social em HIV/AIDS. *Psicologia , Teoria e Pesquisa*, 22 (3), 317-326. Disponível em [www.scielo.org.br](http://www.scielo.org.br) . Profª do Instituto de Psicologia da UnB e Coordenadora do Projeto Com-Vivencia (Ações Integradas de Estudos e Atendimento a Pessoas Portadoras do HIV/Aids e Familiares ) Hospital Universitário de Brasília.

**7. Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**7.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**8. Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**8.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**9. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**9.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**10. Você tem recebido apoio de alguém que lhe ajuda a melhorar o seu humor, seu astral?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

**10.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?**

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

**11. Você tem recebido apoio de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?**

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

SEIDL, E.M.F. & TRÓCCOLI, B. T. (2006). Desenvolvimento de Escala para avaliação do suporte social em HIV/AIDS. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 22 (3), 317-326. Disponível em [www.scielo.org.br](http://www.scielo.org.br). Profª do Instituto de Psicologia da UnB e Coordenadora do Projeto Com-Vivência (Ações Integradas de Estudos e Atendimento a Pessoas Portadoras do HIV/Aids e Familiares) Hospital Universitário de Brasília

### 11.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

- Com base nos tipos de apoio mencionados nas perguntas 6 a 11, marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.

- ( ) esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)
- ( ) pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? \_\_\_\_\_
- ( ) pessoa(s) da família que não mora(m) comigo. Quem? \_\_\_\_\_
- ( ) amigos
- ( ) chefe ou colegas de trabalho
- ( ) vizinhos
- ( ) profissionais de saúde
- ( ) outra pessoa. Quem? \_\_\_\_\_

- Você tem recebido algum outro tipo de apoio?
- 

- Você gostaria de fazer algum comentário?
-

---

---

# WHOQOL-HIV BREF

---

---

AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Genebra

Versão em Português

**Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **as duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
11 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você conseguiu se concentrar nas últimas duas semanas. Portanto, circule o número 4 se você conseguiu se concentrar bastante. Circule o número 1 se você não conseguiu se concentrar nada nas últimas duas semanas.

### SOBRE VOCÊ

Antes de começar, nós gostaríamos de solicitar que você respondesse umas poucas perguntas gerais sobre sua pessoa: circulando a resposta correta ou preenchendo os espaços oferecidos.

- Qual é o seu **sexo**? Masculino / Feminino
- Quantos **anos** você tem? \_\_\_\_\_ (idade em anos)
- Qual é o grau de **instrução** mais elevado que você atingiu? Nenhum / 1º grau / 2º grau / 3º grau
- Qual é o seu **estado civil**? Solteiro / Casado / Vivendo como casado / Separado / Divorciado / Viúvo
- Como está a sua **saúde**? Muito ruim / Ruim / Nem ruim, nem boa / Boa / Muito boa
- Você se considera doente atualmente? Sim / Não
- Se você acha que algo não está bem consigo próprio, o que você acha que é? \_\_\_\_\_

*Por favor, responda às perguntas abaixo se elas se aplicam a você:*

- Qual é o seu **estágio de HIV**? Assintomático / Sintomático / AIDS
- Em que ano você fez o primeiro **teste HIV positivo**? \_\_\_\_\_
- Em que ano você acha que foi infectado? \_\_\_\_\_
- Como você acha que foi **infectado pelo HIV**? (circule apenas um):
- Sexo com homem / Sexo com mulher / Injetando drogas / Derivados de sangue  
/ Outro (especifique) \_\_\_\_\_

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1 (G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2 (G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3 (F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 (F50.1)	O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico desagradável relacionado à sua infecção por HIV?	1	2	3	4	5
5 (F11.3)	Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
6 (F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
7 (F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
8 (F52.2)	Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?	1	2	3	4	5
9 (F53.4)	O quanto você tem medo do futuro?	1	2	3	4	5
10 (F54.1)	O quanto você se preocupa com a morte?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
11 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
12 (F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
13 (F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
14 (F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
15 (F7.1)	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
16 (F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
17 (F51.1)	Em que medida você se sente aceito pelas	1	2	3	4	5

	peças que você conhece?					
18 (F20.1)	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

19 (F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5
------------	--	---	---	---	---	---

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
20 (F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
21 (F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
22 (F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
23 (F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
24 (F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
25 (F13.3)	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
26 (F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
27 (F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
28 (F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
29 (F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
30 (F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
31 (F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? \_\_\_\_\_



OF.CEP-879/08

Porto Alegre, 22 de agosto de 2008.

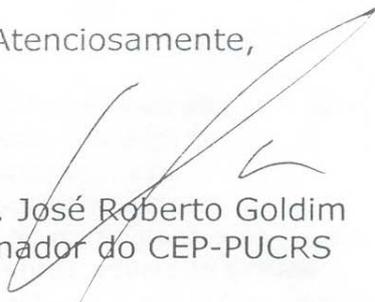
Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 08/04228, intitulado: **"Avaliação e intervenção psicológica em pessoas com vírus da imunodeficiência humana"**.

Salientamos que sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Os relatórios do andamento do protocolo devem ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Roberto Goldim  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.  
Dr. Gabriel José Chittó Gauer  
Faculdade de Psicologia  
N/Universidade

**PUCRS**

**Campus Central**

Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000

Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345

E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)

[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)