



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Carla Filipa Lopes da Silva

**Fatores preditores de psicopatologia em
pessoas que vivem com VIH/SIDA**



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Carla Filipa Lopes da Silva

Fatores preditores de psicopatologia em pessoas que vivem com VIH/SIDA

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Ângela Maia
e coorientação da
Doutora Mariana Gonçalves

junho de 2016

DECLARAÇÃO

Nome: Carla Filipa Lopes da Silva

Endereço eletrónico: a65564@alunos.uminho.pt

Telefone: 915968186

Número do Cartão de Cidadão: 14319773

Título dissertação: Fatores preditores de psicopatologia em pessoas que vivem com VIH/SIDA

Orientador: Professora Doutora Ângela Maia

Co-orientador: Doutora Mariana Gonçalves

Ano de conclusão: 2016

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 13/06/2016

Assinatura: _____

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
<i>Abstract</i>	v
Método	10
Participantes.....	10
Instrumentos	10
Procedimento	12
Estratégia de análise de dados	13
Resultados	13
Discussão.....	21
Referências	26

Índice de Tabelas

Tabela 1. Dimensões e índices gerais de sintomatologia psicopatológica.....	14
Tabela 2. Subescalas e índice geral de estigmatização.....	15
Tabela 3. Subescalas e índice total de apoio social.....	15
Tabela 4. Comparação dos índices gerais de psicopatologia, estigmatização e apoio social em relação aos níveis de escolaridade	16
Tabela 5. Correlação de <i>Pearson</i> para as variáveis tempo de diagnóstico e índices gerais de psicopatologia, estigmatização e apoio social.....	17
Tabela 6. Comparação dos índices gerais de psicopatologia, estigmatização e apoio social em relação ao conhecimento da fonte de contaminação.....	17
Tabela 7. Comparação dos índices gerais de psicopatologia, estigmatização e apoio social em relação à comorbilidade com outras doenças.....	18
Tabela 8. Correlação de <i>Pearson</i> para as subescalas e os índices gerais de psicopatologia, estigmatização e apoio social.....	19
Tabela 9. Modelo de regressão linear múltipla hierárquica: Estigmatização e apoio social como preditores do Índice Geral de Sintomas, depois de controladas as variáveis saber fonte de contaminação e comorbilidade.....	20
Tabela 10. Modelo de moderação: efeito de interação das variáveis estigmatização, apoio social e estigmatização x apoio social no Índice Geral de Sintomas.....	21

Agradecimentos

À Professora Doutora Ângela Maia, pelo exemplo de excelência e competência profissionais, bem como pela orientação ao longo de todo o percurso de elaboração da dissertação.

À Doutora Mariana Gonçalves, pelo esclarecimento de todas as dúvidas que me surgiram ao longo do percurso, pelo suporte e pela disponibilidade sempre imediata.

À equipa de investigação, pela transmissão de conhecimentos e reflexões partilhadas e pelo apoio e disponibilidade demonstrados.

Ao Hospital de Braga que tornou possível a realização da recolha de dados.

Aos médicos do serviço de infeciologia que encaminharam os doentes, por se disponibilizarem a despende o seu tempo a explicar-lhes a razão da minha presença no seu hospital e a importância de colaborar em investigações como esta.

A todas as pessoas que aceitaram participar na investigação e partilharam comigo as suas histórias, as suas angústias e as suas esperanças.

À Ana Beiramar e à Rita Silva, colegas de curso e amigas para a vida, por todos os momentos de descoberta conjunta e por sempre acreditarem em mim e me apoiarem de forma incondicional ao longo de todo o meu percurso académico.

Aos meus pais e a toda a minha família pela sua presença e dedicação, por me acompanharem e contribuírem para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao Tiago Martins, meu companheiro de sempre, por ter estado presente em todos os momentos e pela compreensão pelas minhas ausências.

Fatores preditores de psicopatologia em pessoas que vivem com VIH/SIDA

Resumo

O diagnóstico do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) tem repercussões na saúde física e psicológica, afetando a vida a nível pessoal, profissional e social. Torna-se, por isso, crucial investir na saúde mental destas pessoas e conhecer os fatores que a afetam, pelo que se estabeleceu como objetivo avaliar a sintomatologia psicopatológica em pessoas que vivem com VIH/SIDA e analisar os fatores que possam predizer a psicopatologia, nomeadamente o contributo do apoio social e da estigmatização, que têm sido pouco explorados. Participaram no estudo 62 pessoas, maioritariamente do sexo masculino ($n = 51$; 82.3%), acompanhadas num Hospital do Norte de Portugal, com idade entre os 21 e 81 anos ($M = 49.77$; $DP = 11.73$). Os resultados mostraram uma associação positiva da psicopatologia com a estigmatização e uma associação negativa com o apoio social. Verificou-se que a estigmatização, saber qual a fonte de contaminação e a comorbilidade com outras doenças predizem psicopatologia e que o apoio social desempenha um papel moderador na relação entre estigmatização e psicopatologia. Estes resultados fundamentam a implementação de programas de intervenção que tenham como objetivo promover a saúde mental e consequentemente a qualidade de vida destas pessoas.

Palavras-chave: VIH/SIDA, psicopatologia, fatores preditores, estigmatização, apoio social

Predictors of psychopathology in people living with HIV/AIDS

Abstract

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) diagnosis has serious repercussions on the physical and psychological health, affecting life on the personal, professional and social levels. Therefore, it is crucial to invest in these people's mental health and to know the factors that affect it. The aim of this study was to evaluate psychopathology of people living with HIV/AIDS and analyze the factors that can predict it, namely, the contributes of social support and stigma. Sixty-two people, mostly males ($n = 51$; 82.3%), aged between 21 and 81 years ($M = 49.77$, $SD = 11.73$), that are followed in a Hospital of the north of Portugal, integrated this study. The results showed a positive association between psychopathology and stigma, and a negative association between psychopathology and social support. We found that stigma, knowledge of the source of contamination and comorbidity with other diseases predicts psychopathology and also that social support plays a moderating role in the relationship between stigma and psychopathology. These results support the implementation of intervention programs that aim to promote mental health and consequently the quality of life of these people.

Keywords: HIV/AIDS, psychopathology, predictors, stigma, social support

Fatores preditores de psicopatologia em pessoas que vivem com VIH/SIDA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é um dos agentes infecciosos mais preocupantes a nível mundial. O programa das Nações Unidas estima que cerca de 36.9 milhões de pessoas em todo o mundo vivam com VIH/SIDA. Desde 2000 tem-se verificado um decréscimo no número de novos casos de infeção por VIH, de 35% no caso dos adultos e 58% nas crianças. Mesmo assim, no ano de 2013 foram diagnosticados 2.1 milhões de novos casos de VIH/SIDA em todo o mundo. Também o número de mortes relacionadas com o VIH/SIDA diminuiu 42% desde 2004. Por outro lado, o número de pessoas com acesso à terapia anti retroviral (TAR) aumentou 84% desde 2010, verificando-se que 12.9 milhões de pessoas beneficiaram da TAR em 2012 (ONUSIDA, 2015).

Em Portugal, o número de casos de infeção tem vindo a diminuir de forma moderada, mas consistente, desde o ano 2000 (Diniz et al., 2015). Também o número de novos casos de infeção por VIH/SIDA e a taxa de mortalidade associada à infeção tem vindo a decrescer. Ainda assim, Portugal apresenta uma das taxas mais elevadas de prevalência da infeção por VIH/SIDA, na Europa Ocidental, tendo sido registados até 31 de dezembro de 2014, 52694 casos de infeção por VIH/SIDA, dos quais 920 são novos casos. Em termos de fonte de contaminação, 92.2% dos casos com diagnóstico em 2014 resultaram de contactos sexuais de risco (Martins & Shivaji, 2015).

Ainda assim, apesar dos progressos ao nível do tratamento e da sensibilização para esta infeção, o número de anos potenciais de vida perdidos atribuídos à infeção por VIH/SIDA permanece elevado e, por isso, muito se tem feito para proporcionar melhor qualidade de vidas às pessoas que vivem com esta doença (Colombrini, Lopes, & Figueiredo, 2006). De facto, a infeção por VIH/SIDA não exige apenas cuidado e tratamento, uma vez que lidar com esta infeção reporta a questões que envolvem a doença, a sua transmissibilidade, a morte, ausência de cura e as questões existenciais. Por isso esta doença tem uma repercussão que atinge não apenas o doente, mas todo o seu contexto sociofamiliar, não sendo apenas um problema médico, mas também social, económico, político e psicológico (Narciso, Medina, & Pereira, 2000).

O momento do diagnóstico de VIH/SIDA tem repercussões psicológicas negativas e lidar com o diagnóstico e viver com esta infeção é complexo e stressante, o que faz com que muitas vezes estes indivíduos se sintam incapazes de partilhar com os outros os seus sentimentos e pensamentos, aumentando o risco de problemas de saúde mental (Carvalho,

Braga, & Galvão, 2004). Neste sentido, nos últimos anos tem sido dada atenção às necessidades psicossociais destes doentes, bem como a qualidade da sua saúde mental, de forma a tentar minimizar o impacto da doença. De facto, a maioria das pessoas que vive com a infeção enfrenta vários desafios sociais que incluem contar sobre o diagnóstico, lidar com a possível rejeição ou desaprovação, lidar com a própria doença e encontrar um novo significado para a vida, ao mesmo tempo que continuam a viver tão normalmente quanto possível (Derlega & Barbee, 1998). A revelação de ser portador de VIH/SIDA foi identificada como um stressor chave para pessoas que vivem com a infeção (Hosek, Harper, & Domanico, 2015; Visser, Neufeld, Villiers, Makin, & Farsyth, 2008), uma vez que esta tanto pode ter consequências positivas como negativas para o indivíduo. Por um lado, há a possibilidade de discriminação, rejeição, perda de emprego e vergonha (Derlega et al., 2004) mas, por outro lado, pode levar à aproximação da rede de suporte, o aumento da autoestima e diminuição dos níveis de depressão (Zea, Reisin, Poppen, Bianchi, & Echeverry, 2005).

Atendendo a que a psicopatologia em pessoas que vivem com VIH/SIDA contribui para a não adesão à terapia anti retrovírica, para a progressão da doença e, eventualmente, para a mortalidade (Evans et al., 2002) é fundamental promover a saúde mental e o bem-estar psicológico destas pessoas e conhecer os fatores que a afetam. De acordo com Kagee e Martin (2010), a depressão é uma das psicopatologias mais frequentes diagnosticadas em doentes seropositivos. Uma revisão sistemática da literatura com 27 estudos, sobre saúde mental de pessoas que vivem com VIH/SIDA em África, reportou uma prevalência de depressão entre 20 e 35% (Brandt, 2009). Alguns estudos sugerem que as mulheres que vivem com VIH/SIDA têm tendência a sofrer mais de perturbações emocionais, especificamente têm o dobro de probabilidade de serem diagnosticadas com depressão em relação aos homens (Evans et al., 2002). Contudo, o estudo de Olley e colaboradores (2004), que pretendeu comparar homens e mulheres no que diz respeito à morbilidade psiquiátrica, concluiu não existirem diferenças na prevalência de perturbações de humor, mas os homens tinham mais probabilidade de ser diagnosticados com perturbação de dependência do álcool e envolvimento em comportamentos sexuais de risco, enquanto as mulheres tinham mais probabilidade de sofrer de *stress* pós-traumático.

Um dos fatores que tem sido mais investigado e associado à saúde mental das pessoas que vivem com VIH/SIDA é a estigmatização que continua a ser um dos maiores obstáculos em todo o mundo que as pessoas que vivem com esta infeção têm de enfrentar (ONUSIDA, 2015). O estigma tem sido definido como um atributo que reduz o estatuto da pessoa aos

olhos da sociedade (Goffman, 1963), sendo que o grau de estigma associado ao VIH/SIDA é superior ao de outras doenças semelhantes (Crawford, 1996) devido, por exemplo, ao facto do VIH/SIDA ser percebido pela sociedade como contagioso e ameaçador (Fife & Wright, 2000), e pela associação desta infeção a comportamentos que são eles próprios estigmatizantes, nomeadamente relações sexuais desprotegidas e com múltiplos parceiros, bem como o uso de drogas injetáveis (Nachege et al., 2012).

A estigmatização acarreta profundos custos psicológicos, nomeadamente isolamento social e problemas de saúde mental (Wingood et al., 2008), afetando a forma como o indivíduo se confronta com a nova identidade do diagnóstico, vive com a doença e lida com a morte física e social (Alonzo & Reynolds, 1995). A estigmatização está associada a ansiedade (Ivanoa, Hart, Wagner, Aljasseem, & Loutfy, 2012), depressão (Rueda et al., 2012), ideação suicida (Capron, Gonzalez, Parent, Zvolensky, & Schmidt, 2012), menor saúde emocional (Vance, 2006), menor bem-estar psicológico (Varni, Miller, McCuin, & Solomon, 2012) e menor satisfação com a vida (Greeff et al., 2010). O estudo de Wingood e colaboradores (2008), que teve como objetivo estudar a relação entre estigmatização e saúde mental em mulheres negras que vivem com VIH/SIDA na África do Sul, concluiu que as mulheres reportaram sintomatologia depressiva, medo de discriminação, menor qualidade de vida, *stress* pós-traumático, ideação suicida e medo de revelarem o diagnóstico. Verificaram também que as mulheres que reportaram mais estigma apresentaram também maior sintomatologia depressiva e menor qualidade de vida.

Para além dos problemas de saúde mental, o estigma está também associado com a adoção de comportamentos de risco, incluindo relações sexuais desprotegidas ou com múltiplos parceiros (Hatzenbuehler, O’Cleirigh, Mayer, Miniaga, & Safren, 2011) e com o receio de respostas negativas dos outros, pelo que a perda de relações de suporte, que podem ou não ser impostas pelos outros com medo de contágio, constitui um stressor para o indivíduo (Carvalho et al., 2004).

Por tudo isto, torna-se importante perceber quais os fatores implicados na adaptação à doença para que consigam ter uma melhor qualidade de vida. A teoria do apoio social hipotetiza que o apoio social serve como fator protetor para os indivíduos contra os efeitos negativos de stressores, como a estigmatização, ajudando-os a interpretar os eventos stressantes como menos negativos (Galvan, Davis, Banks, & Bing, 2008). Nos indivíduos com VIH/SIDA, o apoio social está associado a um aumento da autoestima (Zea et al., 2005), diminuição da depressão (Remien et al., 2006) e diminuição do estigma (Galvan et al., 2008).

No estudo de Galvan e colaboradores (2008) foram avaliadas três fontes de apoio social (familiar, amigos ou “pessoa especial”), sendo que o único que estava associado a menor estigmatização era o apoio social fornecido por amigos. Outros fatores relacionados com a menor percepção de estigma encontrados foram a diminuição dos sintomas de depressão, mais tempo de diagnóstico e mais escolaridade. Um outro estudo encontrou uma relação negativa entre estigma internalizado e apoio social, considerando o apoio social como uma possível estratégia de *coping* contra o estigma internalizado, destacando o seu efeito protetor ao amenizar as consequências negativas de eventos estressantes sobre o bem-estar físico e psicológico (Ferreira, Silveira, Noto, & Ronzani, 2014).

Para além de servir como um fator protetor face à estigmatização, o apoio social tem também impacto na saúde mental. Vários estudos têm mostrado uma associação positiva entre a magnitude do apoio social e a qualidade da saúde física e mental (Bekele et al., 2013; Breet, Kagee, & Seedat, 2014). O apoio social aumenta o bem-estar emocional, o sentido de pertença, a intimidade e a competência (Berkman, 1995), tendo sido identificado como fator protetor da qualidade da saúde mental (Emlet, Frediksen-Goldsen, & Kim, 2013).

Em suma, é possível verificar a crescente importância que tem sido dada às questões relacionadas com a saúde mental das pessoas que vivem com VIH/SIDA. Em Portugal, começa-se também agora a dar relevância a estas questões tanto por parte da comunidade científica como das entidades públicas, ainda que com poucas implicações práticas. No entanto, pela literatura consultada, este é o primeiro estudo em contexto português que pretende identificar fatores de risco e de proteção para a saúde mental.

Um estudo realizado em parceria com a Administração Regional de Saúde Norte e o Centro de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho (Maia & Gonçalves, 2015) com pessoas que vivem com VIH/SIDA na zona Norte de Portugal, ainda que predominantemente vocacionado para caracterizar as necessidades psicossociais das pessoas com VIH/SIDA, permitiu fazer várias constatações sobre a forma como os doentes se adaptam à doença, mas levantou inúmeras questões que precisam de ser aprofundadas, nomeadamente no que respeita à percepção de estigmatização, saúde mental e processos de adaptação à doença. O presente estudo surgiu para dar respostas a várias destas questões, tendo como objetivo central avaliar sintomatologia psicopatológica em pessoas que vivem com VIH/SIDA e analisar os fatores que a predizem. Mais especificamente pretende-se: (1) Avaliar psicopatologia, estigmatização e apoio social relatados pelas pessoas que vivem com VIH/SIDA; (2) Perceber a associação entre as variáveis sociodemográficas, psicopatologia, estigmatização e apoio social; (3) Testar alguns preditores de psicopatologia das pessoas que

vivem com VIH/SIDA; (4) Testar o efeito moderador do apoio social na relação entre estigmatização e psicopatologia.

Assim, consideram-se as seguintes hipóteses: (H1) Pessoas que vivem com VIH/SIDA reportam elevada psicopatologia e estigmatização e pouco apoio social; (H2) As variáveis sociodemográficas e de saúde estão associadas com a psicopatologia, a estigmatização e o apoio social; (H3) Existe uma associação positiva entre a perceção de estigmatização e a psicopatologia, e uma associação negativa entre a presença de apoio social e a psicopatologia; (H4) A estigmatização e o apoio social são preditores significativos de psicopatologia em pessoas que vivem com VIH/SIDA.

Método

Participantes

Participaram no estudo 62 pessoas (G*Power 3.1.9.2. $k^2 = .15$, $\alpha = .05$, $power = .80$) que vivem com VIH/SIDA, com idade variável entre os 21 e 81 anos ($M = 49.77$; $DP = 11.73$). A maioria dos participantes era de nacionalidade portuguesa ($n = 59$; 95.2 %) e do sexo masculino ($n = 51$; 82.3%). Relativamente ao estado civil, 26 (42%) eram casados/união de facto, 24 (38.7%) solteiros, nove (14.5%) divorciados/separados e três (4.8%) viúvos. Em termos de habilitações literárias, seis (9.7%) não cumpriram a escolaridade obrigatória, 38 (61.3%) tinham o ensino básico, 12 (19.4%) tinham o ensino secundário e seis (9.7%) tinham o ensino superior. No que diz respeito ao estatuto profissional, 25 (40.3%) estavam empregados, 17 (27.4%) estavam reformados/pensionistas, 16 (25.8%) estavam desempregados, três (4.8%) estavam de baixa médica e um (1.6%) era trabalhador-estudante.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico e de saúde. Questionário construído pela equipa de investigação, que tem por objetivo a caracterização dos participantes e está dividido em três conjuntos de questões: (1) caracterização pessoal (sexo, data de nascimento, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias); (2) caracterização socioprofissional (estatuto profissional, atividade profissional, fontes de rendimento); e (3) condições de saúde (tempo do diagnóstico, fonte de contaminação, comorbilidade com outras doenças).

Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1993; Versão Portuguesa: Canavarro, 1995). Inventário de autorrelato constituído por 53 itens que permite avaliar sintomas psicopatológicos. O indivíduo classifica o grau em que cada problema ou sintoma apresentado o afetou durante a última semana, usando, para tal, uma escala tipo *Likert* de cinco pontos de (0) “nunca” a (4) “muitíssimas vezes”, avaliando a frequência da manifestação do problema. É constituído por nove dimensões - Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação, Psicoticismo - e três índices globais - Índice Geral de Sintomas (intensidade do mal-estar experienciado tendo em conta o número de sintomas assinalados), Índice de Sintomas Positivos (média da intensidade de todos os sintomas assinalados) e Total de Sintomas Positivos (número de queixas sintomáticas apresentadas). A versão portuguesa do instrumento apresenta boas qualidades psicométricas, nomeadamente ao nível da consistência interna e da validade discriminativa (Canavarro, 1999).

Escala de estigmatização para pessoas que vivem com a infeção VIH (Berger, Ferrans & Lashley, 2001; Versão Portuguesa: Maia & Gonçalves, 2015). A escala avalia o grau de estigmatização percecionado pelas pessoas que vivem com VIH e divide-se em dois conjuntos de questões: o primeiro grupo está relacionado com as experiências, sentimentos e opiniões do indivíduo sobre a forma como as pessoas que vivem com VIH se sentem e como são tratadas e o segundo está relacionado com a forma como o indivíduo se sentiria ou como considera que as pessoas reagiriam nas situações descritas. É composta por 40 itens distribuídos em 4 subescalas: (1) Estigmatização personalizada (atitudes negativas das pessoas em relação à pessoas com VIH, assim como consequentes sentimentos de mágoa e de isolamento social que advêm da infeção); (2) Revelação do diagnóstico (forma como a pessoa lida com a revelação ou a possibilidade de revelar a sua doença a outras pessoas, e como se sente com as reações das pessoas às quais já revelou); (3) Autoimagem negativa (sentimentos de auto desvalorização e autoexclusão decorrentes de ter a infeção); e (4) Atitudes públicas (perceção sobre como as pessoas, de um modo geral, consideram quem tem VIH). O indivíduo responde a cada um dos itens numa escala tipo *Likert* de 4 pontos, de (1) “Discordo totalmente” até (4) “Concordo totalmente”. Este instrumento permite calcular um índice de estigmatização geral obtido através da média aritmética das respostas às 4 subescalas. A subescala do estigma personalizado pode assumir valores entre os 18-72, a subescala revelação entre 10-40, a subescala autoimagem negativa entre 13-52, a subescala atitudes

públicas ente 20-80 e o índice geral de estigmatização entre 40-160. Esta escala revelou boas características psicométricas ao nível da consistência interna (alfa de *Cronbach* de .90).

Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS; Sherbourne & Stewart, 1991; Versão Portuguesa: Fachado, Martinez, Villalva, & Pereira, 2007). Este questionário é composto por 20 itens e avalia dois tipos de apoio social: apoio estrutural através da questão “*Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem?*” e apoio funcional através de 19 itens. Estes itens estão distribuídos por quatro fatores: (1) apoio emocional (expressão de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); (2) apoio material (provisão de recursos práticos e ajuda material); (3) apoio afetivo (disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações); e (4) interação social positiva (disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem). O indivíduo classifica a frequência com que dispõe dos diferentes tipos de apoio apresentados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos desde (0) “*nunca*” a (4) “*sempre*”. A versão portuguesa do instrumento demonstrou boas características psicométricas, designadamente ao nível da consistência interna (alfa de *Cronbach* de .97) e da fiabilidade teste-reteste (ICC = .94).

Procedimento

Este estudo integra um projeto de investigação mais amplo que procura compreender os processos de adaptação à doença das pessoas que vivem com a infeção VIH/SIDA e foi aprovado pelas Comissões de Ética da Universidade do Minho e do Hospital onde decorreu e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. O primeiro contacto com os participantes foi feito pelo médico assistente, que dava a conhecer a investigação e encaminhava para o gabinete do investigador onde era fornecida informação sobre o protocolo de investigação e assinado o consentimento informado.

A recolha de dados foi realizada através da administração dos questionários no hospital após a consulta externa dos participantes, num único momento de avaliação. Os questionários foram aplicados pelos investigadores a cada um dos participantes individualmente, sob a forma de entrevista. A recolha de dados foi realizada entre janeiro e abril de 2016 e o protocolo de investigação teve a duração de 20 a 30 minutos. Os investigadores em contacto com os participantes do estudo são psicólogos treinados, pelo que nos casos em que se verificou uma ativação emocional, houve um cuidado especial na sua estabilização.

Estratégia de análise de dados

Para a análise dos dados recorreu-se ao *software* de tratamento e análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Foram realizadas as seguintes análises: (1) Análise descritiva para a caracterização sociodemográfica e de saúde, e para os índices de psicopatologia, estigmatização e apoio social; (2) Teste Mann-Whitney e teste Kruskal-Wallis para comparar a psicopatologia, estigmatização e apoio social em relação às características sociodemográficas e condições de saúde; (3) Correlação de Pearson para avaliar a associação entre diferentes variáveis; (4) Regressão linear, tendo como variável dependente a psicopatologia, para testar o valor preditivo de variáveis relacionadas com a saúde, da estigmatização e do apoio social; (5) Análise de moderação conduzida seguindo as recomendações de Field (2013), usando a macro PROCESS do SPSS, desenvolvido por Hayes (2013). A hipótese de moderação foi testada para procurar um efeito de interação do preditor (estigmatização) e do moderador (apoio social) na variável dependente (psicopatologia). Para efeitos de análise, foi utilizado o índice geral de sintomas (IGS) como medida de psicopatologia e os índices totais de estigmatização e de apoio social.

Resultados

Tempo de diagnóstico e Fonte de contaminação

Os participantes tinham sido diagnosticados com a infeção VIH/SIDA, em média, há 100 meses ($DP = 93.26$), variável entre os dois e os 384 meses.

No que diz respeito à fonte de contaminação, 48.4% ($n = 30$) relatou não saber como ficou infetado, 29% ($n = 18$) relatou tê-lo sido através de comportamentos sexuais de risco, 12.9% ($n = 8$) através da partilha de seringas, 3.2% ($n = 2$) pelo uso de drogas injetáveis, 3.2% ($n = 2$) infetados/as pelo/a parceiro/a e 3.2% ($n = 2$) por transfusão de sangue contaminado. Assim, dos 32 participantes que conheciam a fonte de contaminação, 87.5% ($n = 28$) foi infetado pelo envolvimento em comportamentos de risco, dos quais 92.9% ($n = 26$) era do sexo masculino.

Comorbilidade

Em relação à comorbilidade com outras doenças, 64% ($n = 39$) relatou não ser portador de nenhuma outra doença. Dos 35.5% ($n = 22$) que referiu ter comorbilidade com outras doenças, 6.6% ($n = 4$) referiu ter sido/ser portador de tuberculose, 1.6% ($n = 1$) de

hepatite B, 11.3% ($n = 7$) de hepatite C e 8.1% ($n = 5$) de outras doenças não infecciosas.

Cinco pessoas apresentavam comorbilidade com mais do que uma doença, sendo que destes 3.2% ($n = 2$) referiu ter sido/ser portador simultaneamente de tuberculose e hepatite C, 3.2% ($n = 2$) de hepatite B e hepatite C e 1.6% ($n = 1$) ter hepatite C e outra doença não infecciosa.

Psicopatologia

Em termos de psicopatologia, os resultados foram analisados tanto em relação às nove dimensões como em relação aos três índices gerais. As análises descritivas dessas dimensões e dos índices gerais encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1

Dimensões e índices gerais de sintomatologia psicopatológica.

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Somatização	.21	.28
Obsessão-Compulsão	.28	.36
Sensibilidade Interpessoal	.27	.45
Depressão	.73	.71
Ansiedade	.23	.32
Hostilidade	.27	.32
Ansiedade Fóbica	.12	.23
Ideação Paranóide	.38	.35
Psicoticismo	.20	.27
Total de Sintomas Positivos	13.02	10.36
Índice de Sintomas Positivos	1.09	.71
Índice Geral de Sintomas (IGS)	.27	.26

Pela comparação com as médias da população em geral, foi possível verificar que as médias dos indivíduos nas nove dimensões e nos três índices gerais se situavam nos valores da população em geral, não se verificando valores clínicos para nenhuma das dimensões ou índices gerais. Contudo, foi possível verificar que a depressão apresentava a média mais alta de todas as dimensões avaliadas.

Estigmatização

Em relação à percepção de estigmatização, os resultados foram analisados tanto em termos de cada uma das quatro subescalas, como em termos do índice geral de estigmatização. As análises descritivas dessas subescalas e do índice geral encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2

Subescalas e índice geral de estigmatização.

	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Estigma personalizado	36	55	42.77	5.26
Revelação	20	34	27.24	2.83
Autoimagem negativa	22	37	30.44	3.21
Atitudes públicas	40	62	50.56	5.45
Estigmatização geral	82	118	99.00	9.41

Atendendo aos valores máximos de cada escala, verificou-se que os valores médios de todas as subescalas e do índice geral eram elevados, com destaque para a subescala de revelação que apresentava os valores mais elevados.

Apoio social

Em relação ao apoio social, os resultados foram analisados tanto em termos das quatro subescalas como em termos do índice total de apoio social. As análises descritivas dessas subescalas e do índice geral encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3

Subescalas e índice total de apoio social.

	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Apoio emocional	0	32	24.16	9.57
Apoio afetivo	0	12	9.42	3.72
Apoio material	0	16	12.69	4.78
Interação social positiva	0	16	12.21	4.92
Apoio social total	0	76	58.48	21.51

Verificou-se, através do teste t para uma amostra, que existiram diferenças significativas nos valores médios das subescalas de apoio emocional, $t(61) = -2.25, p = .028$, apoio afetivo, $t(61) = -2.04, p = .046$, apoio material, $t(61) = -3.34, p = .001$, e no índice total de apoio social, $t(61) = -2.03, p = .046$, quando comparados com os valores do estudo de validação, sendo que no presente estudo todas as subescalas apresentaram valores médios inferiores.

Comparação de psicopatologia, estigmatização e apoio social por características sociodemográficas e condições de saúde

Não foram encontradas diferenças significativas nos índices de psicopatologia, estigmatização e apoio social em função do sexo, idade, estado civil e situação profissional.

Quanto ao nível de ensino, através do teste de Kruskal-Wallis, foi possível verificar que não existiram diferenças significativas no índice de estigmatização geral. Testes Mann-Whitney com correção Bonferroni revelaram que os participantes com o ensino básico reportaram mais estigmatização quando comparados com os que não cumpriram a escolaridade obrigatória (Tabela 4).

Tabela 4

Comparação dos índices gerais de psicopatologia, estigmatização e apoio social em relação aos níveis de escolaridade.

	< 4 anos (n = 6) Ordem média	Ensino básico (n = 38) Ordem média	Ensino secundário (n = 12) Ordem média	Ensino superior (n = 6) Ordem média	X ²
IGS	20.50	34.05	31.29	26.75	3.42
Índice Geral Estigmatização	13.83	37.38	25.54	23.83	12.21**
Índice Geral Apoio social	17.25	32.09	34.58	35.83	4.62

** p < .01

No que diz respeito ao tempo de diagnóstico, foi feito um teste de correlação de *Pearson*, e verificou-se uma correlação significativa com o índice total de apoio social, sendo que mais tempo de infeção estava associado a menor apoio social (Tabela 5).

Tabela 5

Correlação de Pearson para as variáveis tempo de diagnóstico e índices gerais de psicopatologia, estigmatização e apoio social.

	Tempo de diagnóstico
IGS	.008
IG Estigmatização	.024
IG Apoio social	-.521**

** p < .01

Em termos do conhecimento da fonte de contaminação, através do teste de Mann-Whitney, foram encontradas diferenças significativas no índice geral de sintomas, sendo que os participantes que sabiam qual a fonte de contaminação reportaram um índice geral de sintomas superior quando comparado com o grupo que não sabia a fonte de contaminação (Tabela 6).

Tabela 6

Comparação dos índices gerais de psicopatologia, estigmatização e apoio social em relação ao conhecimento da fonte de contaminação.

	Sabe (n = 32) Ordem média	Não sabe (n = 30) Ordem média	Z
IGS	37.41	25.20	-2.67**
IG Estigmatização	32.61	30.32	-.501
IG Apoio social	33.77	29.08	-.300

** p < .01

No que concerne à comorbilidade com outras doenças, recorrendo ao teste de Mann-Whitney, foram encontradas diferenças significativas no índice geral de sintomas e no índice geral de estigmatização, sendo que os participantes que apresentavam comorbilidade com outras doenças reportaram um índice de sintomas e um índice de estigmatização maior quando comparado com o grupo que não tinha comorbilidade (Tabela 7).

Tabela 7.

Comparação dos índices gerais de psicopatologia, estigmatização e apoio social em relação à comorbilidade com outras doenças.

	Ter (n = 22) Ordem média	Não ter (n = 39) Ordem média	Z
IGS	39.04	27.05	-2.53*
IG Estigmatização	37.26	28.10	-1.93*
IG Apoio social	28.52	33.26	-1.01

* p < .05

Relação entre psicopatologia, estigmatização e apoio social

De modo a compreender como é que as diferentes subescalas das variáveis estudadas se relacionavam, foram realizados testes de correlações entre todas as variáveis. Na tabela seguinte são apresentados os resultados das correlações entre as subescalas e os índices gerais das três variáveis em estudo (tabela 8).

Tabela 8

Correlação de Pearson para as subescalas e os índices gerais das variáveis psicopatologia, estigmatização e apoio social.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Estigma personalizado	-										
2. Revelação	,699**	-									
3. Autoimagem negativa	,770**	,619**	-								
4. Atitudes públicas	,896**	,808**	,754**	-							
5. Interação social positiva	-,131	-,066	-,214	-,063	-						
6. Apoio emocional	-,148	-,089	-,173	-,076	,899**	-					
7. Apoio afetivo	-,156	-,069	-,183	-,072	,912**	,899**	-				
8. Apoio material	-,426**	-,279*	-,360**	-,331**	,724**	,753**	,716**	-			
9. Índice Geral de Sintomas	,419**	,269*	,174	,449**	-,147	-,064	-,120	-,275*	-		
10. Índice Geral de Estigmatização	,927**	,868**	,840**	,953**	-,127	-,119	-,128	-,377**	,374**	-	
11. Índice Geral de Apoio Social	-,217	-,129	-,237	-,134	,947**	,973**	,940**	,847**	-,144	-,188	-

* $p < .05$; ** $p < .01$

No que concerne às subescalas verificou-se que o apoio material estava negativamente associado às quatro subescalas da estigmatização: estigma personalizado, revelação, autoimagem negativa e atitudes públicas. Em relação às escalas gerais, constatou-se que o índice geral de estigmatização estava negativamente associado com o apoio material. Por fim, o índice geral de sintomas estava positivamente associado com a subescala de estigma personalizado, revelação, atitudes públicas e com o índice geral de estigmatização e negativamente associado com o apoio material.

Preditores de psicopatologia

Foi utilizado o modelo de regressão linear múltipla hierárquica para prever sintomas psicopatológicos, utilizando como preditores o índice geral de estigmatização e o índice total de apoio social, depois de controladas as variáveis conhecimento da fonte de contaminação e comorbilidade com outras doenças (tabela 9). Antes de proceder à utilização do modelo de regressão foram testados os pressupostos, verificando-se a necessidade de eliminar um sujeito por este constituir-se como um *outlier*.

Tabela 9

Modelo de regressão linear múltipla hierárquica: Estigmatização e apoio social como preditores do Índice Geral de Sintomas, depois de controladas as variáveis saber fonte de contaminação e comorbilidade.

		R^2 (R^2 ajustado)	$F(4,56)$	β	t
Modelo 1	Saber fonte contaminação	.172 (.143)	6.01**	.280	2.31*
	Comorbilidade			.265	2.19*
Modelo 2	Saber fonte contaminação	.227 (.172)	4.12**	.264	2.18*
	Comorbilidade			.222	1.76†
	Estigmatização			.243	1.99*
	Apoio social			.058	.47

* $p < .05$; ** $p < .01$; † $p < .10$

O modelo de regressão explica 22.7% da variância dos sintomas psicopatológicos, sendo significativo ($R^2_{aj} = .172$), $F(4,56) = 4.12$, $p = .005$. O conhecimento sobre a fonte de contaminação prediz a psicopatologia ($\beta = .264$, $t = 2.18$, $p = .033$) e a comorbilidade com

outras doenças prediz marginalmente a psicopatologia ($\beta = .222, t = 1.76, p = .085$). Depois de controlados o conhecimento sobre a fonte de contaminação e a comorbilidade, a estigmatização e o apoio social acrescentam 5.6% à variância explicada, mas apenas a estigmatização é um preditor independente de psicopatologia ($\beta = .243, t = 1.99, p = .051$).

Apesar do apoio social não ser um preditor independente de psicopatologia, foi testado o seu papel moderador na relação entre estigmatização e psicopatologia. Assim, foi utilizado o modelo de moderação para prever o índice geral de sintomas, utilizando como preditores o índice geral de estigmatização, o índice total de apoio social e a variável de interação estigmatização x apoio social (tabela 10).

Tabela 10

Modelo de moderação: efeito de interação das variáveis estigmatização, apoio social e estigmatização x apoio social no Índice Geral de Sintomas.

	B	SE B	95% CI	t
Estigmatização	.028	.009	[-4.32, -.71]	3.207**
Apoio social	.602	.278	[.05, 1.16]	2.167*
Estigmatização * apoio social	-.006	.003	[-.01, -.00]	-2.24*

* $p < .05$; ** $p < .01$

O modelo é significativo, $F(3,58) = 5.25, p = .003, b = -.006, 95\% \text{ CI } [-.012, -.001], t = -2.24, p = .029$, explicando 21.34% da variância. A relação entre estigmatização e psicopatologia emerge na presença de níveis baixos e médios de apoio social. Isto significa que à medida que aumenta o apoio social, o impacto da estigmatização na saúde mental diminui.

Discussão

A saúde mental desempenha um papel importante na qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH/SIDA. Neste sentido, o objetivo do presente estudo consistiu em avaliar a sintomatologia psicopatológica em pessoas que vivem com VIH/SIDA e analisar alguns dos seus fatores preditores.

Contrariamente ao esperado, os níveis de sintomatologia psicopatológica não são elevados nestes participantes. Este resultado não está de acordo com a literatura, que vem afirmando que as pessoas que vivem com VIH/SIDA têm mais probabilidade de apresentar sintomatologia psicopatológica, nomeadamente depressão (Evans et al., 2002; Wingood et al., 2008). Neste estudo, apesar dos valores na dimensão de depressão serem os mais elevados, não atingem o valor considerado clínico. Os valores encontrados podem ser justificados pelo facto das pessoas que participaram no estudo estarem em acompanhamento regular na consulta externa de infeciologia, beneficiarem da terapia anti retrovírica e evidenciarem cargas virais muito baixas. Todos estes fatores fazem com que os efeitos negativos da infeção por VIH/SIDA não sejam tão visíveis quer para as próprias pessoas, quer para os outros, e por isso estas pessoas fazem uma vida tão normal quanto possível não sentindo os efeitos negativos da infeção em termos de saúde mental.

Por outro lado, os valores de estigmatização na presente amostra são elevados, tanto nas subescalas como no índice geral, o que corrobora a hipótese previamente levantada de que as pessoas que vivem com VIH/SIDA apresentam níveis elevados de estigmatização. Apesar de não se refletir na saúde mental, as pessoas relataram sentir estigmatização associada à infeção e um grande receio da revelação do diagnóstico, uma vez que muitas das pessoas entrevistadas não tinham partilhado com ninguém a notícia do diagnóstico ou apenas sabiam os familiares mais próximos que viviam consigo. Apesar de estarmos em pleno século XXI e pensar-se que as dúvidas em relação à forma de contágio da infeção estavam esclarecidas, na verdade estas pessoas referiram sentir na pele a discriminação da sociedade para com as pessoas que vivem com a infeção, nomeadamente no que diz respeito à forma de cumprimentá-las. Para além disto, a grande maioria das pessoas que se encontravam empregadas relatou não ter contado ao patrão que tinha a infeção por VIH/SIDA. Esta escolha é bastante esclarecedora de como antecipam uma forma discriminatória com que a sociedade vê estas pessoas e de como elas próprias sentem necessidade de esconder a infeção de modo a não serem prejudicadas em outras áreas das suas vidas (Hosek et al., 2015; Petrie et al., 1998).

Em conformidade com os níveis elevados de estigmatização, o apoio social apresentou níveis significativamente mais baixos que outros doentes crónicos avaliados no estudo de validação, o que corrobora a hipótese levantada inicialmente. É possível que o facto de as pessoas não quererem revelar o diagnóstico à maioria dos familiares e amigos contribua para os baixos níveis de apoio social relatados. De facto, o questionário utilizado é centrado no apoio em caso de doença crónica que só pode existir, claro, se a rede de suporte souber que a pessoa tem essa doença. Assim, tal como referido na literatura consultada, as pessoas que

vivem com VIH/SIDA sentem-se isoladas socialmente e acabam por se afastar de forma mais ou menos voluntária da sua rede de suporte (Carvalho et al., 2004).

Outro dos resultados mais saliente é a forma como estas três variáveis – psicopatologia, estigmatização e apoio social – estão significativamente correlacionadas. Tal como as nossas hipóteses previam, a psicopatologia está positivamente associada à estigmatização e negativamente associada ao apoio social. De modo a compreendermos melhor esta associação, realizou-se uma análise de regressão, tendo sido observado a estigmatização como um fator preditor de psicopatologia, facto já corroborado por outros estudos (Varni et al., 2012; Wingood, 2008). Como referido ao longo do presente estudo níveis elevados de estigmatização têm um impacto negativo na saúde mental destas pessoas. Curiosamente o apoio social não parece ser um preditor independente de psicopatologia.

Neste estudo emergiram dois preditores não documentados na literatura consultada – o conhecimento da fonte de contaminação e a comorbilidade com outras doenças. O facto de as pessoas terem de lidar com mais do que uma doença em simultâneo afeta negativamente a sua saúde mental. Em alguns destes casos, a doença relatada era também infecciosa e podia ser decorrente da falência do sistema imunológico provocada pelo VIH/SIDA. Assim, há uma maior fragilidade física do indivíduo que pode ter impacto na saúde geral do mesmo, nomeadamente a nível psicológico. Para além disto, ao ter que lidar com mais do que uma doença, o indivíduo é exposto a mais fatores stressores associados, nomeadamente os efeitos físicos e psicológicos das duas doenças, a toma de várias medicações e a preocupação de adquirir novas doenças devido à vulnerabilidade do sistema imunológico.

Já em relação à fonte de contaminação, o facto dos participantes que desconhecem a mesma apresentarem menores índices de psicopatologia poderá estar relacionado com a hipótese do evitamento funcionar, nestes casos, como uma estratégia de coping adaptativa. As pessoas que vivem com VIH/SIDA preferem não saber, ou pelo menos não referir, qual a fonte de contaminação por vários motivos. Por um lado, para não lidarem com o sentimento de culpa que pode advir por terem contraído a doença devido ao envolvimento em comportamentos de risco. De facto, a grande maioria dos entrevistados que relatou saber a fonte de contaminação referiu ser responsável por ter ficado infetado devido, por exemplo, ao uso de drogas injetáveis e à partilha de seringas ou ao envolvimento em relação sexuais desprotegidas. Por outro lado, por saberem que não tiveram nenhum comportamento de risco e, por isso, têm receio de descobrir a forma como a adquiriram, por exemplo, que foram infetados/as pelo/a parceiros/as no contexto de uma relação íntima. Assim, o evitamento é

uma forma de não ter que lidar com a situação e por isso não ter que pensar sobre isso e não sofrer os efeitos que daí possam advir. Por esta razão, faz sentido que as pessoas que relatam saber a fonte de contaminação tenham mais problemas de saúde mental uma vez que têm que lidar com esse conhecimento.

Apesar do apoio social não ter emergido como preditor independente de psicopatologia, tendo em conta que na literatura o apoio social é uma variável muito associada à saúde mental das pessoas que vivem com VIH/SIDA, tentamos perceber qual o seu papel na relação entre estigmatização e psicopatologia, tendo verificado que o apoio social é um moderador dessa relação. Isto significa que o apoio social funciona como um *buffer*, ou seja, na presença de apoio social a relação entre estigmatização e psicopatologia é enfraquecida. Este resultado é muito importante porque mostra a importância de se intervir nos fatores que têm impacto na saúde mental, nomeadamente no apoio social que é um fator protetor de saúde mental na presença de elevados níveis de estigmatização (Emler et al., 2013; Galvan et al., 2008).

Deste modo, o presente estudo corrobora e reforça a literatura existente ao mostrar o papel da estigmatização e do apoio social na saúde mental dando relevo a duas variáveis que são muito importantes no que concerne à infeção do VIH/SIDA. Este estudo mostra a importância de investir na saúde mental e de a incluir nos programas de tratamento da infeção, uma vez que a saúde mental contribui para a adesão ao tratamento e para a qualidade de vida destas pessoas. Para além destas variáveis, emergiram dois novos preditores a que também deve ser dada atenção, uma vez que a comorbilidade com outras doenças não é uma situação incomum em pessoas que vivem com VIH/SIDA e o conhecimento da fonte de contaminação mostra mais uma vez a importância de investir na saúde mental.

O presente estudo apresenta, contudo, algumas limitações, nomeadamente ao nível do instrumento de avaliação do apoio social que é focado na doença e no apoio fornecido em relação à doença e não é generalizável para todos os contextos da vida do indivíduo. Assim seria importante em estudos futuros avaliar-se o apoio social no geral de forma a perceber se o papel que tem na saúde mental é só exclusivo à infeção ou se o apoio social em outros contextos também influencia. Seria também importante explorar melhor a estigmatização, no sentido de perceber que tipo de estigmatização mais influencia a saúde mental e que papel desempenha cada um dos seus tipos, para uma intervenção mais focalizada e eficaz. Também seria interessante explorar mais o conhecimento da fonte de contaminação e perceber se há diferenças nos indivíduos em termos de psicopatologia, estigmatização e apoio social quando se compara o envolvimento ou não em comportamentos específicos de risco. Outra limitação

prende-se com o facto de a amostra não ser equivalente no que diz respeito ao sexo dos participantes, o que não nos permitiu analisar qual o papel do sexo nas diferentes variáveis estudadas.

Em suma, o presente estudo permitiu identificar fatores de risco e de proteção que desempenham um papel significativo na saúde mental das pessoas que vivem com VIH/SIDA. Estes resultados podem influenciar *guidelines* para o *design* e implementação de programas de intervenção psicológicos que tenham como objetivo promover a saúde mental e consequentemente a qualidade de vida destas pessoas. Estes resultados mostram também que muito trabalho tem ainda que ser feito em Portugal tanto em termos de tratamento psicológico como para a sensibilização da população em geral para a temática da infeção por VIH/SIDA. É necessário, por isso, apostar na educação social dos indivíduos em geral e também reforçar o papel crucial dos profissionais de saúde em termos de fonte de informação e compreensão para a consciencialização adequada dos pacientes e da sociedade do que é viver com a infeção por VIH/SIDA.

Referências

- Alonzo, A. & Reynolds, N. (1995). Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory. *Social Science & Medicine*, *41*, 303-315.
- Bekele, T., Rourke, S., Tucker, R., Greende, S., Sobota, M., Koornstra, J. ... The Positive Spaces Healthy Places Team. (2013). Direct and indirect effects of perceived social support on health-related quality of life in person living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, *25*, 337-346. doi: 10.1080/09540121.2012.701716
- Berger, B., Ferrans, C., & Lashley, F. (2001). Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing & Health*, *24*, 518-529.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, *57*, 245-254.
- Brandt, R. (2009). The mental health of people living with HIV/AIDS in Africa: a systematic review. *African Journal of AIDS Research*, *8*, 123-133.
doi:10.2989/AJAR.2009.8.2.1.853
- Breet, E., Kagee, A., & Seedat, S. (2014) HIV-related stigma and symptoms of post-traumatic stress disorder and depression in HIV-infected individuals: does social support play a mediating or moderating role?. *AIDS Care*, *26*, 947-951.
doi:10.1080/09540121.2014.901486
- Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos - B.S.I. In M. R. Simões, Gonçalves, & Almeida (Eds), *Testes e provas psicológicas em Portugal (vol. II)*, pp. 95-109. Braga: APPORT/SHO.
- Capron, D., Gonzalez, A., Parent, J., Zvolensky, M., & Schmidt, N. (2012). Suicidality and Anxiety Sensitivity in Adults with HIV. *AIDS Patient Care STDS*, *26*, 298-303.
doi:10.1089/apc.2011.0429

- Carvalho, C. M., Braga, V., A., & Galvão, M., T. (2004). AIDS e saúde mental: revisão bibliográfica. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16, 50-55.
- Colombrini, M. R., Lopes, M. H., & Figueiredo, R. M. (2006). Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 40, 576-581.
- Crawford, A. (1996). Stigma associated with AIDS: A meta-analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 398-416. doi:10.1111/j.1559-1816.1996.tb01856.x
- Derlega, V. J. & Barbee, A. P. (1998). *HIV and social interaction*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Derlega, V., Winstead, B., Greene, K., Serovich, J., & Elwood, W. (2004). Reasons for HIV disclosure/nondisclosure in close relationships: Testing a model of HIV-disclosure decision making. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 747-767.
- Diniz, A., Duarte, R., Bettencout, J., Melo, T., Gomes, M., & Oliveira, O. (2015). Portugal: Infecção por VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Emler, C., Fredriksen-Goldsen, K., & Kim, HJ. (2013). Risk and protective factors associated with health-related quality of life among older gay and bisexual men living with HIV disease. *The Gerontological Society of America*, 53, 963-972. doi:10.1093/geront/gns191
- Evans, D., Ten Have, T., Douglas, S., Gettes, D., Morrison, M., Chiappini, M., ... Petitto, J. (2002). Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 1752-1759. doi:10.1176/appi.ajp.159.10.1752
- Fachado, A., Martinez, M., Villalva, M., & Pereira, M. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa questionário medical outcomes study social suporte survey (MOS-SSS). *Acta Médica Portuguesa*, 20, 525-533.

- Ferreira, G., Silveira, P., Noto, A., & Ronzani, T. (2014). Implicações da relação entre estigma internalizado e suporte social para a saúde: Uma revisão sistemática da literatura. *Estudos de Psicologia, 19*, 1-88. doi: 10.1590/S1413-294X2014000100010
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: SAGE Publications.
- Fife, B. L. & Wright, E. R. (2000). The dimensionality of stigma: A comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *Journal of Health and Social Behavior, 41*, 60-67.
- Galvan, F., Davis, M., Banks, D., & Bing, E. (2008). HIV stigma and social support among African Americans. *AIDS Patient Care, 22*, 423-436. doi:10.1089/apc.2007.0169
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Greeff, M., Uys, L., Wantland, D., Makoe, L., Chirwa, M., Dlamini, P., ... Holzemer, W. (2010). Perceived HIV stigma and life satisfaction among persons living with HIV infection in five African countries: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies, 47*, 475-486. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.09.008
- Hatzenbuehler, M., O'Cleirigh, C., Mayer, K., Mimiaga, M., & Safren, S. (2011). Prospective associations between HIV-related stigma, transmission risk behaviors, and adverse mental health outcomes in men who have sex with men. *The Society of Behavioral Medicine, 42*, 227-234.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: Guilford Press.
- Hosek, S., Harper, G., & Domanico, R. (2015). Psychological and social difficulties of adolescents living with HIV: A qualitative analysis. *Journal of Sex Education and Therapy, 25*, 269-276. doi:10.1007/s12160-011-9275-z

- Ivanova, E., Hart, T., Wagner, A., Aljasseem, K., & Loutfy, M. (2012). Correlates of Anxiety in Women Living with HIV of Reproductive Age. *AIDS Behavior*, *16*, 181-191. doi:10.1007/s10461-011-0133-6
- Kagee, A., & Martin, L. (2010). Symptoms of depression and anxiety among a sample of South African patients living with HIV. *AIDS Care*, *22*, 159-165. doi:10.1080/09540120903111445
- Maia, A. & Gonçalves, M. (2015) *Necessidades Psicossociais das pessoas que vivem com VIH/Sida na região norte de Portugal*. Relatório de projeto promovido pela Administração Regional de Saúde do Norte em colaboração com a Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Portugal.
- Martins, H. C. & Shivaji, T. (2015). *Infeção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de dezembro de 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Meade, C. & Sikkema, K. (2005). HIV risk behavior among adults with severe mental illness: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *25*, 433-457.
- Nachega, J., Morroni, C., Zuniga, J., Sherer, R., Beyrer, C., Solomon, S., ... Rockstroh, J. (2012). HIV-related stigma, isolation, discrimination, and serostatus disclosure: A global survey of 2035 HIV-infected adults. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, *11*, 172-178. doi:10.1177/1545109712436723
- Narciso, A., Medina, M., & Pereira, M. (2000). Actuação do serviço social junto de pessoas vivendo com o HIV. *Serviço Social em Revista Web site*. Acedido Maio 24, 2016, em http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v1n1_atuacao.htm.
- Olley, B., Gxamza, F., Seedat, S., Theron, H., Stein, D., Taljaard, J., ... Reuter, H. (2004). Psychopathology and coping in recently diagnosed HIV/AIDS patients – the role of gender. *South African Medical Journal*, *93*, 928-931.
- Ramien, R., Exner, T., Kertzner, R., Ehrhardt, A., Rotheram-Borus, M., Johnson, M. ... NIMH Healthy Living project Trial Group. (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.

Rueda, S., Gibson, K., Rourke, S., Bekele, T., Gardner, S., Cairney, J., & OHTN Cohort Study Team. (2012). Mastery Moderates the Negative Effect of Stigma on Depressive Symptoms in People Living with HIV. *AIDS Behavior*, 16, 690-699. doi:10.1007/s10461-010-9878-6

ONUSIDA. (2015). *AIDS by the numbers 2015*. Switzerland: UNAIDS.

Vance, D. (2006). Self-rated emotional health in adults with and without HIV. *Psychological Reports*, 98, 106-108.

Varni, S. E., Miller, C. T., McCuin, T., & Solomon, S. (2012) Disengagement and engagement coping with HIV/AIDS stigma and psychological well-being of people with HIV/AIDS. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31, 123-150.

Visser, M., Neufeld, S., Villiers, A., Makin, J., & Forsyth, B. (2008). To tell or not to tell: South African women's disclosure of HIV status during pregnancy. *AIDS Care*, 20, 1138-1145. doi:10.1080/09540120701852779

Wingood, G., Reddy, P., Peterson, S., DiClemente, R., Nogoduka, C., Braxton, N., & MBewu, A. (2008). HIV stigma and mental health status among women living with HIV in the Western Cape, South Africa. *South Africa Journal of Science*, 104, 237-240.

Zea, M., Reisen, C., Poppen, P., Bianchi, F., & Echeverry, J. (2005). Disclosure of HIV status and psychological well-being among latino gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 9, 15-26. doi:10.1007/s10461-005-1678-z