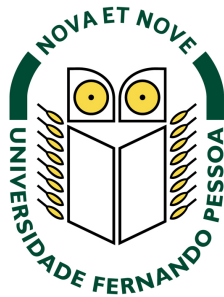


**Pedro Orlando Inocência Moraes**

**Avaliação da Qualidade de Vida e Esperança em  
toxicodependentes infectados e não infectados com  
VIH**



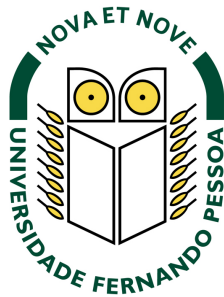
**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

**PORTO, 2010**



**Pedro Orlando Inocência Moraes**

**Avaliação da Qualidade de Vida e Esperança em  
toxicodependentes infectados e não infectados com  
VIH**



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

**PORTO, 2010**

**Avaliação da Qualidade de Vida e Esperança em  
toxicodependentes infectados e não infectados com  
VIH**

---

**Pedro Morais**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Fernando Pessoa, orientada  
pelo Professor Doutor José Soares Martins,  
como parte dos requisitos para a obtenção do  
grau de Mestre em Psicologia Clínica e da  
Saúde

## RESUMO

O principal objectivo da presente investigação é avaliar a Qualidade de Vida e a Esperança em toxicodependentes infectados com VIH e não infectados. Participaram 82 indivíduos toxicodependentes em tratamento, 41 seropositivos e 41 seronegativos, do sexo masculino, com idades iguais ou superiores a 18 anos e com ausência de diagnóstico de perturbações psicológicas major. Foram utilizados os seguintes instrumentos: *World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref)* e a *Escala de Esperança* (Barros de Oliveira). Os principais resultados demonstram a existência de uma menor Qualidade de Vida e esperança nos toxicodependentes seropositivos quando comparados com os seronegativos. Verifica-se que a esperança, Qualidade de Vida e todos os seus domínios, se relacionam de forma directa e significativa, sendo o *Domínio Psicológico* da Qualidade de Vida o único a explicar significativamente as variâncias nos índices de esperança. Quando se consideram as variáveis sócio-demográficas e clínicas, verifica-se que a utilização de preservativo, tipo de parceiro, estado serológico, sentimentos de desvalorização, de solidão, de por fim à vida e utilização de medicação psiquiátrica apresentam influência nos valores de esperança.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida, Esperança, VIH, Toxicodependência

## ABSTRACT

The prime objective from the present investigation it's to assess the Quality of life and Hope in drugs addict population infected and none infected with HIV. The population consists in 82 male subject's, drugs dependent in treatment, 41 with HIV positive and 41 HIV negative, with ages equal or superior to 18 years old, with no diagnosis of major psychological disorder. The fouling instruments were used: *World Heath Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-brief)* and *Scale Hope* (Barros Oliveira). The main results have showed the presence of an inferior Quality of Life and hope in drugs dependent individuals with HIV positive diagnosis when compared with HIV negative. Hope, Quality of Life and all of its domains are directly and significantly correlated, being the psychological domain of Quality of life the only one explaining significantly the variances in hope indexes. When the social-demographical and clinic variables are considered, it can be verified that, the use of condoms, the type of partner, the HIV status, devaluation values, loneliness, suicide ideation and use of psychiatric medication have an influence in hope scores.

**Keywords:** Quality of Life, Hope, HIV, drugs dependence.

## RESUMEN

El principal objetivo de la presente investigación es evaluar la Calidad de Vida y la Esperanza en drogodependientes infectados con VIH y no infectados. Participaron 82 drogodependientes en tratamiento, 41 seropositivos y 41 seronegativos, del sexo masculino, con edades superiores o iguales a 18 años y con ausencia de diagnóstico de perturbaciones psicológicas mayores. Fueron utilizados los siguientes instrumentos: *World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-bref)* y la *Escala de Esperança* (Barros de Oliveira). Los principales resultados demuestran la existencia de una menor Calidad de Vida y Esperanza en los drogodependientes seropositivos cuando se comparan con los seronegativos. Se verifica que la Esperanza, Calidad de Vida y todos sus dominios se relacionen de forma directa y significativa, siendo el *Domínio Psicológico* de la Calidad de Vida el único que explica significativamente las variaciones en los índices de Esperanza. Cuando se consideran las variables socio-demográficas y clínicas, se verifica que la utilización de preservativo, el tipo de pareja, estado serológico, sentimientos de desvalorización, de soledad, de poner fin a la vida, y utilización de medicación psiquiátrica presentan influencia en los valores de esperanza.

**Palabras clave:** Calidad de Vida, Esperanza, VIH, Drogodependencia.

## **Dedicatória**

À Patrícia, pelo Amor.

## **Agradecimentos**

Em primeiro aos meus pais, Lurdes e Joaquim, por tudo;

Às minhas irmãs, Joana e Sara, por serem o meu orgulho;

Aos meus irmãos, Rui e Daniel, pela partilha de uma vida recheada de bons momentos;

Aos meus amigos, Hugo Ribeiro, Josiana Vaz, Ivo Vaz, Tiago Nércio, Marta Rodrigues, pela pureza das nossas amizades;

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Soares Martins, pelos seus ensinamentos, disponibilidade, amizade, compreensão e motivação;

Aos técnicos do CRI Porto Ocidental, principalmente à minha supervisora, Dra. Sónia Rodrigues e à Dra. Regina Brandão, pela partilha de conhecimentos, paciência e ajuda.

A todos eles, o meu Muito Obrigado!

# ÍNDICE GERAL

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Parte I – Enquadramento Teórico</b>	
<b>CAPÍTULO I - TOXICODPENDÊNCIA</b>	
1.1. Aspectos gerais da Toxicodependência.....	5
1.2. Conceito Dependência.....	8
1.3. Redução de Riscos.....	15
<b>CAPÍTULO II – VIH/SIDA</b>	
2.1. Evolução histórica do VIH/SIDA.....	17
2.2. Definição, estádios de virologia do VIH.....	21
2.3. Epidemiologia.....	27
2.3.1. Portugal.....	27
2.3.2. Mundo.....	29
2.4. Consequências Psicossociais.....	30
2.4.1. Abordagem Biopsicossocial do VIH/SIDA.....	36
2.5. Psiconeuroimunologia.....	37
2.5.1. Psiconeuroimunologia e VIH/SIDA.....	39
<b>CAPÍTULO III – QUALIDADE DE VIDA</b>	
3.1. Perspectiva histórica.....	40
3.2. Definição.....	44
3.3. Organização Mundial de Saúde.....	47
<b>CAPÍTULO IV – PSICOLOGIA POSITIVA</b>	
4.1. Aspectos gerais da Psicologia Positiva.....	48
4.2. Esperança.....	53
4.2.1. Esperança e VIH/SIDA.....	56
<b>Parte II – Estudo Empírico</b>	
<b>CAPÍTULO V – ESTUDO EMPÍRICO</b>	
5.1. Justificação do estudo.....	61
5.2. Objectivo geral.....	61
5.3. Objectivos específicos.....	61
5.4. Participantes.....	62
5.5. Desenho da investigação.....	64
5.6. Instrumentos.....	65
5.7. Procedimentos.....	69
<b>CAPÍTULO VI – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b>	
6.1. Resultados Descritivos.....	70
6.2. Resultados Qui-Quadrado.....	72
6.3. Resultados Correlacionais.....	75
6.4. Resultados de Regressão Linear.....	76
6.5. Discussão de resultados.....	76
<b>Reflexões Finais</b> .....	81
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	85
<b>Anexos - instrumentos utilizados e respectivas autorizações</b> .....	99

## Índice de Figuras

Figura 1. História natural da infecção pelo VIH (Adaptado de Collins et al., 2007).....	23
Figura 2. Casos SIDA: tendência temporal nas 3 principais categorias de transmissão.....	28

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico do DSM-IV-TR para Dependência de Substâncias.....	13
Tabela 2 - Critérios de dependência de substâncias segundo a CID-10 (OMS, 1993).....	14
Tabela 3 - Caracterização Sócio-Demográfica.....	63
Tabela 4 - Caracterização Clínica.....	64
Tabela 5 - Fidelidade do <i>WHOQOL-bref</i> .....	68
Tabela 6 - Sensibilidade do <i>WHOQOL-bref</i> .....	68
Tabela 7 - Fidelidade da Escala de Esperança.....	69
Tabela 8 - Sensibilidade da Escala de Esperança.....	69
Tabela 9 - Resultados da QV e Esperança.....	71
Tabela 10 - Resultados dos Domínios da QV.....	71
Tabela 11 - Resultados dos Domínios da QV em função da Esperança.....	72
Tabela 12 - Análises Qui-Quadrado da Esperança tendo em conta o Uso de Preservativo .....	73
Tabela 13 - Análises Qui-Quadrado da Esperança tendo em conta o Tipo de Parceiro.....	73
Tabela 14 - Análises Qui-Quadrado da Esperança tendo em conta o VIH.....	74
Tabela 15 - Análises Qui-Quadrado da Esperança tendo em conta a Desvalorização.....	74
Tabela 16 - Análises Qui-Quadrado da Esperança tendo em conta a Solidão.....	75
Tabela 17 - Análises Qui-Quadrado da Esperança tendo em conta Sentimentos de por fim à vida..	75
Tabela 18 - Análises Qui-Quadrado da Esperança tendo em conta Medicação Psiquiátrica.....	76
Tabela 19 - Análises Correlacionais entre QV e Esperança.....	76
Tabela 20 - Preditores da Esperança.....	77

## **Introdução**

A infecção pelo *vírus da imunodeficiência humana* (VIH) e sua expressão clínica última, o *síndrome de imunodeficiência adquirida* (SIDA), converteram-se com o tempo num problema que nos preocupa a todos, apresentando-se na actualidade como uma das principais ameaças para a vida e saúde à escala mundial. Apesar de nos últimos tempos ter existido uma notável diminuição na sua taxa de mortalidade nos países ocidentais, devido fundamentalmente à presença de novas terapêuticas, a SIDA continua a ser uma das primeiras causas de morte entre a população jovem dos países industrializados.

A partir de 1995, as novas terapêuticas antirretrovirais conseguiram prolongar a fase assintomática da infecção, lentificando a sua progressão até à fase de SIDA e transformando-a num processo crónico. Torna-se relevante avaliar a QV, com o objectivo de conhecer melhor o impacto e consequências tanto do processo de infecção, como dos efeitos dos diferentes regimes terapêuticas disponíveis actualmente.

A QV é entendida de várias formas consoante as áreas científicas que se debruçam sobre esta temática. Embora várias ciências a tentem entender, verifica-se que não existe consenso quanto à definição do termo. É um conceito que se inscreve num movimento forte dentro das ciências biológicas e humanas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o simples controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

Desde a origem do constructo QV que, os sujeitos com doenças crónicas e com altas taxas de mortalidade, tiveram em destaque a sua avaliação. Nestes domínios, existia o dilema do aumento da expectativa de vida não ser proporcional à sua qualidade, acrescentar anos à vida ou vida aos anos? (Ribeiro, 2002). Contudo, mais recentemente, as investigações nesta área alargaram-se a doenças potencialmente não mortais e à perturbação mental.

Diversos estudos têm demonstrado que é mais relevante saber como os sujeitos sentem o impacto da sua condição física na sua vida, do que simplesmente detectar a presença ou ausência de sintomas *per se*. É neste jogo entre elementos internos e externos das vivências pessoais, no encontro entre o objectivo e o subjectivo, que surge

o conceito de qualidade de vida, uma vez que a avaliação desta variável coloca os pacientes no centro do estudo e dá relevância às suas significações (Escudeiro et al., 2006).

Os indivíduos que consomem substâncias psicoactivas, geralmente fazem-no com o objectivo de obter benefícios desses consumos. Contudo, o comportamento de adição às drogas acarreta diversos danos a vários níveis, quer a curto, quer a médio e longo prazo. Entre a multiplicidade de prejuízos decorrentes do consumo de substâncias podem destacar-se os efeitos prejudiciais sobre a saúde e a nível social.

A utilização crónica de substâncias psicoactivas pode conduzir a graves quadros psicopatológicos e, também, a patologias físicas, nomeadamente a doenças infecto-contagiosas, sobretudo associadas aos consumidores de drogas injectáveis. Podem-se identificar como alguns desses problemas a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), Tuberculose, Hepatites, efeitos sociais nefastos, problemas familiares, jurídico-legais, económicos, entre outros.

Apesar de que, desde os anos 80, tenha havido um grande investimento nos estudos relacionados com a QV, existe um número reduzido de investigações que examinem a QV em sujeitos consumidores de drogas. Estando reconhecida a perturbação que o consumo de substâncias psicoactivas acarreta, que se traduz em termos físicos, emocionais e sociais, torna-se relevante a avaliação da QV neste tipo de população. O modelo actual de abordagem da saúde/doença identifica estes indivíduos como pouco saudáveis, sendo os seus comportamentos sinalizados como preditivos do aumento de doenças crónicas e da diminuição da QV (Paul & Fonseca, 2001 cit in Escudeiro et al., 2006).

A Psicologia tem vindo a estudar e intervir no fenómeno da toxicodependência, bem como na da infecção pelo VIH/SIDA, entre outros, focando-se nas perturbações psíquicas dos sujeitos afectados. Um novo campo da Psicologia surgiu, que se interessa em desenvolver intervenções que promovam o bem-estar, as qualidades positivas, as fortalezas das pessoas. A Psicologia vê assim alargado o seu espectro de intervenção, deixando apenas de investir na supressão de perturbações e passando também, a potenciar as capacidades humanas preservadas.

A Psicologia Positiva debruça-se, entre outros, sobre o constructo esperança. Sem esperança o mundo pararia e não haveria mais homens, pois cada criança que vem ao mundo, e a própria maternidade, são um grito de esperança e se não houvesse esperança o mundo acabaria pelo menos por falta de nascimentos. E os médicos perderiam toda a vontade de curar ou tentar curar pessoas, e os investigadores de novos remédios, por exemplo, contra o cancro ou contra a Sida, perderiam toda a motivação para continuar a lutar. E os que já viviam teriam a grande tentação do suicídio individual ou colectivo. Enfim, é a esperança que faz viver o indivíduo e as sociedades.

A condição de seropositivo juntamente com a de dependente de substâncias, altera de variadas formas o quotidiano dos sujeitos em questão, condicionando substancialmente a seu QV.

Atendendo à lacuna de estudos sobre a QV e Esperança em seropositivos na população toxicodependente e devido, também, à pertinência do tema (decorrente necessidade de especificar intervenções que promovam a QV nesta população), surge o presente trabalho que procura não só averiguar a avaliação e relação entre estes dois constructos, como também posicioná-los em função de um conjunto de variáveis como a escolaridade, o estado civil, actividade profissional, apoio social, estado legal, tipo de tratamento, comportamentos de risco, saúde física e saúde psicológica.

A primeira parte do presente trabalho inclui uma revisão bibliográfica, onde se abordamos a toxicodependência, VIH/SIDA, Qualidade de Vida, Psicologia Positiva e Esperança.

A segunda parte integra o estudo empírico realizado, pelo que iniciamos com os objectivos e as variáveis, a caracterização dos participantes e dos instrumentos utilizados, bem como as suas qualidades psicométricas. São ainda apresentados os resultados descritivos com base nas médias e desvios padrões, resultados das análises correlacionais com  $r$  de *Pearson*, das análises diferenciais com recurso ao  $t$  de *Student* e análises Qui-Quadrado e das análises de regressão.

Conclui-se o presente estudo com algumas considerações finais sobre os resultados obtidos e as limitações da própria investigação, sugerindo-se pontos de partida para novas investigações.

## **Parte I - Enquadramento Teórico**

## **CAPITULO I – TOXICODPENDÊNCIA**

### **1.1. Aspectos gerais da Toxicodependência**

Por razões epidemiológicas, políticas, económicas e sociais, o consumo de substâncias psicoactivas tornou-se foco de atenção mundial dada a dimensão que adquiriu o seu impacto na sociedade moderna. Estima-se que 200 milhões de pessoas no mundo consumam alguma droga ilícita, 1,1 bilião fumem cigarros e cerca de 2 biliões consumam bebidas alcoólicas. É comum dizer-se que a história das drogas anda a par da história da humanidade e que não existiu sociedade onde o uso de uma substância não estivesse incluído e, muitas vezes, normalizado (Ferreira-Borges & Filho, 2000).

O uso de substâncias psicoactivas é actualmente um dos maiores responsáveis pelo peso global da doença em quase todas as regiões do mundo (Filho, 2005). As implicações deste fenómeno são visíveis quer ao nível da saúde publica, do bem-estar social e da família.

Os problemas que advêm da droga têm sido objecto de alarme e preocupação de diferentes governos, entidades públicas e privadas, investigadores, famílias, médicos, etc. O fenómeno do abuso de droga não é um problema isolado de uma sociedade concreta, mas tem sim um carácter transnacional que afecta muitas colectividades e que requer estratégias conjuntas tanto a nível internacional como local.

Segundo o IDT (2006), em Portugal, à semelhança de outros países, o consumo de drogas teve uma escalada não imaginada, com graves repercussões a nível de doenças infecciosas e da saúde pública em geral, revelando-se uma das grandes áreas de problematização com que a sociedade actual é confrontada.

O Relatório Anual de 2006 do Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT) caracteriza a situação dos consumos em Portugal, verificando que a Cannabis é a substância ilícita mais consumida. Contudo, quando nos referimos a consumos problemáticos, a heroína, muitas vezes associada à cocaína, surge como a principal droga consumida.

No que diz respeito ao tratamento, no ano de 2002 o número de utilizadores dos Centros de Apoio ao Toxicodependente (CAT) do IDT era de cerca de 32000 (IDT, 2002). Nos seguintes anos, o número de utentes passou para os 31835 em 2003 (IDT, 2003) e 30266 em 2004 (IDT, 2004), denotando-se uma diminuição na procura de tratamento. Contudo, em 2005 o número de utentes aumentou para 31822 (IDT, 2005b) e em 2006 verificou-se um total de 32460 utentes (IDT, 2006b).

Nas últimas décadas o consumo de droga estendeu-se afectando todos os estratos sociais de alguma forma. O impacto do abuso é amplo na actualidade. Pode ter efeitos substanciais no indivíduo, na saúde ou no seu estilo de vida. Pode ter efeitos significativamente negativos na família e amigos do consumidor assim como na saúde e bem-estar dessas mesmas pessoas. Há também efeitos potenciais no trabalho e no rendimento.

A violência é outra área que aparece frequentemente associada ao abuso de substâncias. Violência que pode adquirir diversas formas: crimes ou actos violentos relacionados com a obtenção de recursos económicos para manter o hábito; crimes que se cometem sob influência das drogas e a violência unida ao tráfico de droga.

O custo social e pessoal para as pessoas que têm um problema de abuso, para os seus amigos e família e o impacto que têm nas comunidades é evidente, podendo tornar-se muito destrutivo. Existem também os custos ocultos, frequentemente económicos, que se relacionam com o abuso de drogas. Estes custos incluem o sanitário, legal, prisional, reinserção, absentismo laboral, baixa produção laboral, etc. Os custos macrossociais podem observar-se na desorganização, no risco para a democracia e para o estado de direito.

É muito difícil quantificar as consequências pessoais, sociais e económicas do abuso de drogas à escala internacional, mas é necessário indicar que são significativas e preocupantes e que em cada país têm as suas singularidades concretas.

A toxicodependência constitui-se então, como fenómeno que ao longo dos tempos tem vindo a manifestar-se de uma forma complexa, com repercussões a vários níveis, originando o surgimento de uma pluralidade de modelos explicativos do fenómeno.

Nesta linha, podemos dividir a história da entidade “dependência” em três fases (Ribeiro, 1998): a primeira situa-se no terceiro quarto do século XVIII, quando Benjamim Rush publica o primeiro tratado sobre dependência alcoólica *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind* onde defende que a dependência se explica a partir de uma variável única, a substância, mais especificamente, o seu poder tóxico. Surge assim o Modelo unifactorial. Foi este modelo que as teorias comportamentalistas adoptaram: “O produto graças às suas propriedades de reforço, converte-se na principal causa do consumo de drogas; a dependência seria o resultado de um condicionamento adquirido. Dito de outra forma, no consumo de drogas interviriam mecanismos de aprendizagem, cujas respostas teriam efeito de reforço positivo e reforço negativo” (Ribeiro, 1998, p.43).

A segunda fase acontece já no século XX (anos 35 a 60) como reacção ao caos social originado pela lei seca, admitindo-se então que a dependência envolve duas realidades: a substância e o indivíduo consumidor. O consumo compulsivo de produtos psicoactivos surgiria como consequência duma patologia: a dependência, física, mental e espiritual. A abordagem biomédica das toxicodependências apoiou-se neste modelo, sublinhando o papel do consumidor.

Foram as ciências sociais que vieram a enquadrar o fenómeno no Modelo trifactorial, consagrado pela APA em 1980, que defende a existência de uma interacção entre consumidor, produto e meio. Este modelo, constitui-se ainda hoje, como o mais aceite e defendido, tendo sido convencionado chamar-lhe Biopsicossocial (Ribeiro, 2001).

A toxicodependência é habitualmente abordada como um problema sociocultural ou então, como um problema do foro psiquiátrico e saúde mental (Félix da Costa, 2000). O indivíduo apresenta no geral um comportamento padrão socialmente desadaptado com as implicações de ordem médica, psicológica, moral e jurídica consequentes (Cardoso, 2001). Neste âmbito, Pedro (2001) define os quadros aditivos como círculos viciosos, que em virtude deste flagelo social, a toxicodependência originou estereótipos. Fernandes (2002), sublinha que o “mundo da droga” é reconhecido socialmente, como uma perda de sentido.

A toxicodependência requer, cada vez mais, uma abordagem transdisciplinar, dinâmica, com rastreabilidade de procedimentos e resultados que se fundam numa prática cada vez mais eficaz (Ferreira, 2007).

Como constatamos, desde o século passado que múltiplos modelos são propostos para explicar ou conferir uma relação causal, ao fenómeno do abuso e da dependência de droga, várias disciplinas tentaram dar conta deste fenómeno segundo o seu objecto de estudo (o sistema nervoso, a lei, a estrutura social, o psiquismo) e desenvolver o seu próprio sistema de interpretação. Contudo, nenhum modelo ou abordagem, consegue esgotar toda a complexidade nem erigir-se como sistema único que possa integrar todas as facetas e todas as significações, já que as toxicodependências têm sido definidas como fenómenos plurifactoriais, com componentes genéticos, biológicos, psicológicos, familiares, comportamentais, socioculturais e políticos.

Depois destas breves considerações, conferimos que o consumo de substâncias psicoactivas é bastante frequente na nossa sociedade variando desde o uso ocasional à dependência, referindo assim de seguida com mais detalhe o conceito de Dependência nas suas diferentes dimensões.

## **1.2. Conceito de Dependência**

Durante muito tempo, o adicto foi visto à lupa do modelo de doença, em que o comportamento aditivo era biologicamente determinado por via de uma predisposição, geneticamente transmitida, no sentido do desenvolvimento da conduta problemática (Marlatt, 1985 cit in Nunes & Jólluskin, 2007). Em 1964, a Organização Mundial de Saúde deixou de considerar o termo “adicção” por entender tratar-se de um termo cientificamente inadequado, e passou a adoptar o termo “dependência”. Para a OMS, a dependência pode ser física ou comportamental. A primeira remete para os efeitos fisiológicos do uso repetido de uma substância, enquanto a segunda está relacionada com as acções de busca através de condutas que evidenciam um uso patológico da substância (Kaplan, Sadock e Greb, 2003 cit in Nunes & Jólluskin, 2007).

Para Torres (2003), a dependência de substâncias é um fenómeno multifactorial: genético; biológico; comportamental; psicológico; familiar; sócio-cultural e político. Este autor acrescenta a importância da conjugação destes factores no tratamento e redução de riscos, referindo que as intervenções combinadas revelam melhores resultados. Esta posição coloca de parte as posições reducionistas e adopta uma posição transdisciplinar a que se designa por modelo biopsicossocial.

Assim, e tal como defende Ribeiro (2001), é fundamental ter em linha de conta a complexidade médico-psico-sociológica do fenómeno da toxicodependência e agir num contexto multidisciplinar.

Tal como refere Aragão (1999), o abuso de drogas assim como outros comportamentos de risco, não é definido por uma relação causal explícita. A sua etiologia é, pelo contrário, multifactorial e complexa podendo surgir no momento em que se conjugam diversos aspectos (biológicos, psicológicos, sociais e culturais).

A dependência pode ser conceptualizada como um modelo de funcionamento da personalidade, que invade ou determina a pessoa em diferentes intensidades e que se pode organizar em diversas manifestações comportamentais. “Com efeito, as personalidades que se caracterizam mais pela inconsistência nas decisões, indiferença e/ou desvalorização da relação interpessoal, valorização de aspectos pessoais, como a liberdade, independência, prazer, insegurança em relação a si próprio, e mecanismos de defesa imaturos são as mais propensas a envolverem-se em comportamentos de riscos.” (Albuquerque, 2005, p. 51).

Fleming (2005), refere que a maioria dos pacientes toxicodependentes viveram traumas precoces, tanto pela perda de figuras fundamentais para o seu equilíbrio emocional, quer pela existência de necessidades vitais para o seu desenvolvimento psicológico.

O primeiro contacto com as substâncias, ocorre na maioria dos casos, na adolescência. É nesta altura que o indivíduo passa por mudanças biológicas, psíquicas e vivência conflitos de diversas naturezas caracterizando esta fase como um momento de grande labilidade emocional e extrema sensibilidade. O desejo de transgredir normas, a curiosidade pelo novo e proibido e a pressão exercida pelos grupos, parecem ser determinantes para a primeira experiência de drogas lícitas e/ou ilícitas. Neste sentido,

Zinberg (1984), considerava que o facto de experimentar não significa dar o passo para a dependência. O autor desenvolveu um estudo onde verificou que existe uma larga escala de padrões de uso. Alguns indivíduos podem manter o uso de drogas sob controle, evitando efeitos destrutivos, o uso excessivo ou o abuso.

Estudos realizados indicam que a infância e adolescência assumem neste contexto um papel primordial. É nesta altura que o sujeito reúne e integra impressões e aos poucos se constitui como pessoa. Na adolescência, o indivíduo torna-se capaz de contestar tudo o que considera ser “oposto a si”. Estas contestações tem geralmente como alvo a família, onde o sujeito questiona comportamentos que considera impostos, passando a exigir da família e do ambiente que o cerca, respostas coerentes para as suas questões na tentativa de se reconhecer enquanto sujeito. É neste sentido que o sujeito decide experimentar diversas situações abstraindo dessas experiências, um novo sentido para a sua vida, procurando redefinir sentimentos e valores (Kalina, & Grynberg, 1992).

Olivenstein (1985), considera que a dependência de drogas não pode ser entendida apenas como um fenómeno psicoquímico, mas antes um fenómeno activo, voluntário, uma forma de existência, uma relação com a vida. Ou seja, o uso, o abuso e a dependência só pode ser definida a partir da relação triangular entre o sujeito, a droga e o contexto em que a droga é consumida. O autor entende o conceito de toxicodependência a partir de uma dinâmica relacional onde o fenómeno de abuso de drogas aparece associado às experiências vividas no contexto familiar.

Schenker (1997), considera que a família desempenha um papel fundamental quando consideramos o conceito de dependência. Para o autor a toxicodependência surge desta forma como um sintoma dos nossos tempos modernos.

Factores individuais de vulnerabilidade como temperamento, co-morbilidade psiquiátrica, perturbações da personalidade e perturbações de humor, juntamente com factores ligados ao ambiente tais como, culturais e sociais, familiares relativos e o papel dos pares, são identificados como fundamentais para o desenvolvimento de dependências (Reynaud, Parquet e Lagrue, 2000 cit por Reynaud, 2008).

Actualmente a literatura, divide o conceito de dependência em duas formas: a dependência física e a dependência psicológica.

Segundo Ribeiro (1998), a dependência pode ser definida como um comportamento individual que compreende factores psicológicos, sociais, culturais e económicos. Na qual existe, também, alguma participação psicobiológica susceptível de alguma mesuração e dissociável do contexto social onde a dependência ocorre. Segundo o autor, a noção de dependência é melhor explicada pela interrelação entre todos estes diversos factores.

A distinção entre o conceito de *dependência física e psicológica* reveste-se de alguma ambiguidade. O conceito de dependência física obedece a critérios objectivos enquanto que a dependência psicológica se furta à observação clínica directa porque se dilui na relação que o toxicodependente tem com os objectivos de dependência. Esta pode ser detectada através de alguns indicadores como, o silêncio, o discurso e ainda no inesperado das associações e das memórias. Assim, a mais moderna conceptualização do conceito, define-a como uma doença crónica, associada a inúmeros estímulos relacionados com as substâncias (Ribeiro, 1998).

Ainda, relativamente a esta distinção Tancredi (1982) acrescenta que a dependência física resulta de um processo de adaptação do organismo à droga e é independente da vontade do indivíduo. Alguns tipos de drogas podem provocar dependência física, situação em que se o indivíduo for privado da substância vai experimentar uma reacção orgânica, designada por *abstinência*. No que concerne à dependência psíquica, o autor avança com a ideia que esta dependência implica a administração da droga para produzir prazer ou evitar o mal-estar vivenciados pelo sujeito usuário de drogas. Esta é, segundo o mesmo autor, o aspecto mais importante a ser considerado nos casos de toxicodependência, indicando a existência de alterações de personalidade que propiciam a aquisição e manutenção do comportamento.

Neste sentido, Miguel (1997) acrescenta que, “quanto mais uma pessoa é capaz de encontrar prazer de forma que qualifico de elaborada e mediatizada, mais protegida está em relação à tentação de procurar o prazer automático, imediato e manipulado das substâncias ou à possibilidade de ficar dele dependente quando experimenta” (Miguel, 1997, p. 72).

Relativamente à noção de *dependência psicológica*, é importante referir os factores que parecem favorecer o surgimento e manutenção desta, nomeadamente a noção de crenças e expectativas.

Estudos realizados “apontam para a existência de uma relação entre atitudes, crenças e valores e o uso de diferentes substâncias psicoactivas. Esses estudos não só tendem a demonstrar que os consumidores de substâncias psicoactivas apresentam atitudes específicas em relação ao uso de substâncias, como se diferenciam, ainda, nos sistemas de valores que possuem acerca da existência do mundo.” (Negreiros, 1998, p. 134).

Esta noção sublinha o facto de existirem nos sujeitos dependentes uma constelação própria de atitudes e valores, e que esses valores e atitudes poderão constituir factores antecedentes do uso de drogas ou no mínimo, influenciar as decisões relativas ao seu uso” (Boe, 1971; Giraham & Cross, 1975, cit. in, Negreiros, 1998).

As expectativas do efeito das substâncias psicoactivas, são fundamentais no desenvolvimento do seu uso/abuso, sendo portanto importante o estudo de tais expectativas no sentido de melhor adequar o tratamento do indivíduo toxicodependente.

Assim, dado que a dependência é tanto física como também psicológica parece-nos importante referir os critérios para o estabelecimento de diagnóstico de dependência.

No DSM-IV-TR (APA, 2002), o termo dependência de substâncias caracteriza-se por, um padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a um défice ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por três (ou mais) dos seguintes sintomas ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de doze meses.

**Tabela 1**

*Crítérios de Diagnóstico do DSM-IV-TR (APA, 2002) para Dependência de Substâncias*

---

1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:

- a) necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
- b) diminuição acentuada do efeito com a utilização da mesma quantidade de substância

2) Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:

- a) síndrome de abstinência característica da substância
- b) a mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência

3) A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.

4) Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.

5) É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir para longas distâncias) e utilização da substância (por exemplo, fumar em cadeia) e à recuperação dos seus efeitos.

6) É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância.

7) A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo, utilização de cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína, ou manutenção do consumo) de álcool apesar do agravamento de uma ulcera devido ao consumo deste).

---

O CID-10, é um outro manual que apresenta critérios de diagnóstico para a dependência de substâncias.

**Tabela 2**

*Critérios de dependência de substâncias segundo a CID-10 (OMS, 1993)*

---

Presença de três ou mais dos seguintes sintomas em qualquer momento durante o ano anterior:

1. Desejo forte ou compulsivo para consumir a substância;
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumo da substância em termos de início, fim ou níveis de consumo;
3. Estado de abstinência fisiológica quando o consumo é suspenso ou reduzido, evidenciado por: síndrome de abstinência característica; ou consumo da mesma substância (ou outra muito semelhante) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
4. Evidência de tolerância, segundo a qual há necessidade de doses crescentes da substância psicoactiva para obter-se os efeitos anteriormente produzidos com doses inferiores;
5. Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses devido ao consumo de substâncias psicoactivas, aumento do tempo empregado em conseguir ou consumir a substância ou recuperar-se dos seus efeitos;
6. Persistência no consumo de substâncias apesar de provas evidentes de consequências manifestamente prejudiciais, como lesões hepáticas causados por consumo excessivo de álcool, humor deprimido consequente a um grande consumo de substâncias, ou perturbação das funções cognitivas relacionada com a substância.

Devem fazer-se esforços para determinar se o consumidor estava realmente, ou poderia estar, consciente da natureza e da gravidade do dano.

---

Existe uma circularidade de conceito, os quais são definidos uns em relação aos outros. Entre esses conceitos, encontra-se o de tolerância, definido como sendo a necessidade de, progressivamente ir aumentando a dose da substância consumida visando a obtenção do mesmo efeito, dado que o consumo da quantidade habitual passou a produzir efeitos consideravelmente menores (Farges, 2002; Schuckit, 1998; OMS, 2004; cit in Nunes & Jólluskin, 2007).

A síndrome de abstinência, é outro conceito intimamente relacionado com as definições de dependência. É descrito como a ocorrência de sintomas e de sinais físicos e psicológicos, decorrentes da interrupção ou da redução abrupta do consumo de uma

substância (Fonseca, 1997; Schuckit, 1998; OMS, 2004; cit in Nunes & Jóluskin, 2007).

Todas estas características que o conceito de dependência descreve, produzem várias perturbações em termos físicos, emocionais e sociais, que são preditivas do aumento das doenças crónicas e por uma quebra significativa da QV dos sujeitos (Escudeiro et al., 2006; Korthuis et al., 2008; Teva et al., 2004).

### **1.3. Redução de Riscos**

O modelo de redução de riscos aparece como alternativa aos modelos moral e da doença. Para o modelo moral o consumo de drogas é moralmente condenável, sendo um crime que merece punição, associando-se a esta abordagem estratégias de redução da oferta. O modelo da doença concebe a toxicodependência como uma doença genética que requer medidas ao nível da prevenção e do tratamento, centrando-se em estratégias que visam a redução da procura.

A redução de riscos é uma política que se rege por princípios pragmáticos e humanitários, que visa minimizar ou eliminar os efeitos negativos do consumo de drogas, tanto para os consumidores como para a sociedade. Trata-se de uma abordagem que defende que a visão idealista de uma sociedade livre de drogas está longe de se tornar realidade e concebe o uso de drogas enquanto fenómeno complexo e multi-determinado: muitos consumidores não podem, não estão em condições ou não querem ficar abstinente, além de que uma grande parte destes indivíduos não entra em contacto com as estruturas de saúde tradicionais. Embora este modelo reconheça a abstinência enquanto um fim ideal, aceita alternativas que permitam reduzir os danos associados ao consumo. Enquanto política humanista denota uma preocupação ética de respeitar e promover os direitos dos toxicodependentes. Trata-se, portanto, de uma perspectiva holística e interactiva que vê o consumo de drogas como uma componente interdependente e reciprocamente interactiva do estilo de vida do indivíduo (Marlatt, 1996).

A implementação de programas de redução de riscos visa a redução de doenças infecto-contagiosas como hepatite C e VIH, melhorias ao nível da saúde dos

consumidores de drogas, a redução da criminalidade, e a complementaridade dos serviços prestados de forma a ir de encontro às necessidades dos consumidores (Solberg, Burkhart & Nilson, 2002).

Estes programas caracterizam-se pelo acesso facilitado dos consumidores a estruturas de apoio, traduzindo nas unidades móveis, assim como pela operacionalização de estratégias que permitam uma melhoria das condições de vida dos consumidores de drogas (Fernando & Ribeiro, 2002). Trata-se, pois, de promover o acesso dos consumidores a programas de baixo limiar de exigência como uma alternativa a serviços de alto limiar através de estratégias de cooperação com a população alvo com vista a desenvolver novos programas e serviços, reduzir o estigma associado à procura de ajuda para esse tipo de problemas, e proporcionar abordagens integrativas aos consumidores de drogas (Marlatt, 1996).

Os programas de redução de riscos têm nas suas intervenções um objectivo de índole sanitária imposto pela crescente propagação de hepatites víricas e do VIH/SIDA. Pelo que um dos serviços prestados pelas estruturas de apoio que seguem uma política de baixo limiar de exigência é a substituição de seringas e de outro material implicado no consumo, que é complementada com estratégias que visam uma gestão mais segura dos consumos (técnicas adequadas de injeção, alterar o modo de administração da droga, consumir drogas menos prejudiciais) assim como um consumo mais responsável.

Por outro lado, a constatação de que nem todos os indivíduos não querem, ou não estão preparados para a abstinência dos comportamentos adictivos, fez com que surgissem na Europa, nos anos 60, programas de tratamento de substituição opiácea que se têm tornado uma questão cada vez mais importante na panóplia das medidas de redução de riscos. O tratamento de substituição é uma forma de tratamento médico para os dependentes de opiáceos (em especial heroína) baseado na utilização de uma substância semelhante à droga normalmente consumida. Pode ter duas formas: manutenção, em que se fornece ao indivíduo uma quantidade suficiente para reduzir comportamentos de risco e danos relacionados com o consumo, e desintoxicação, em que a quantidade de droga é reduzida gradualmente até haver uma remissão do consumo (OEDT, 2002).

Estudos empíricos têm demonstrado os benefícios dos programas de substituição ao nível do bem-estar físico, psicológico e social, dos comportamentos de risco, do VIH/SIDA e Hepatite C, da redução da criminalidade e das mortes relacionadas com o consumo de drogas (Druker, Lurie, Wodak & Alcabes, 1998; Williams, McNelly & D'Aquila, 1992; Lowinson et al, 1997, cit. in Solberg, Burkhart & Nilson, 2002; OEDT, 2002). Por outro lado, uma investigação realizada na Holanda demonstrou que a co-prescrição de metadona e heroína a indivíduos resistentes a tratamento foi mais eficaz que a prescrição isolada de metadona.

## **CAPÍTULO II – VIH/SIDA**

### **2.1. Evolução histórica do VIH/SIDA**

Sontag (1998) explica que enquanto não se descobrem as causas e o tratamento médico adequado, a doença infecciosa continua a roubar vidas humanas, passando a ser vista como misteriosa, ou seja, profundamente temida e moralmente contagiosa. Assim, as pessoas que sofrem desse tipo de doença ver-se-ão rejeitadas por parentes e amigos. O contacto com alguém vítima da doença, é vista como um mal, é sentida como uma transgressão, como uma violação de um tabu.

Grmek (1994) refere que no ano de 1980 surge uma nova doença, uma nova “peste”, uma infecção de cura desconhecida que se expande inexplicavelmente e as suas vítimas morrem apesar dos tratamentos sofisticados. Instalou-se o pânico a partir do momento que se descobriu a forma de transmissão sexual, sanguínea e, parentérica.

É através destas descobertas que em 1981 o CDC (Centros de Controlo de Doenças) de Atlanta, centro responsável pela vigilância epidemiológica dos EUA, emite uma informação chamando a atenção para esta nova síndrome (Miller, 1988, cit. por Guerra, 1998), que viria a ser designada de SIDA (Grmek, 1994).

Straub (2002) refere que, embora não se saiba ao certo como o retrovírus que provoca a SIDA afectou o primeiro ser humano, isso parece ter surgido na África Centro-Occidental, espalhando-se rapidamente para os Camarões, República do Congo, Uganda e países vizinhos. O retrovírus VIH é um vírus da família dos encontrados em certas subespécies dos primatas, mas que é inofensivo para essas espécies. Em Fevereiro de 1999, pesquisadores da Universidade de Alabama verificaram que um vírus existente nos *Pan troglodyte troglodytes* era idêntico ao VIH. Defendem que esse chimpanzé era a fonte do VIH e que o vírus terá passado para o ser humano. Este facto, só mais tarde, é comprovado pela equipa de investigação de Hahn.

Segundo Firmino (2006), um estudo publicado na revista *Science* pela equipa de Hahn, constatou-se que o retrovírus da SIDA podia infectar até 35% de algumas populações dos chimpanzés *Pan troglodyte troglodytes* do sudoeste dos Camarões. Desta forma, a equipa conclui que os *Pan troglodyte troglodytes* do sul dos Camarões são a origem do vírus nos humanos. Esta descoberta vem desmitificar muitas hipóteses levantadas e, motivar os cientistas para a descoberta de uma possível cura.

Uma vez detectada, a doença parecia expandir-se a um ritmo rápido, vindo a constatar-se que a descoberta dos primeiros casos em 1981 representavam apenas a ponta do icebergue, pois seria reconhecida a sua existência em todos os continentes. Verificou-se que os casos mais antigos da doença reportavam-se do ano de 1978, mas a sua expansão só se tornou perceptível em 1981, daí a sua magnitude à escala mundial (Grmek, 1994). Montagnier (1994) vai mais longe ao afirmar a existência de um caso de um americano em 1952, o de um marinheiro em 1959 e o de um jovem adolescente do Missouri em 1968. Gallo (1986, cit. por Sousa, 2002) explica que a propagação da doença se deveu ao aumento das viagens aéreas e da promiscuidade sexual.

Esta ideia remete-nos para o comportamento sexual, mas, como iremos constatar com o decorrer do trabalho, o VIH não se propaga apenas pelo contacto sexual. Sabe-se hoje que o vírus já tem sido detectado no suor, lágrimas e saliva, não havendo, no entanto, comprovação da contaminação vírica através dessas secreções, em virtude das diminutas concentrações do vírus aí encontradas (Miller, 1988, cit. por Guerra, 1998).

Ainda segundo Miller (1988, cit. por Guerra, 1998), os primeiros casos surgem em homens jovens de raça branca com práticas homossexuais e residentes nas grandes

cidades norte-americanas, S. Francisco e Nova Iorque. Grmek (1994) menciona que os investigadores do CDC descobrem que estes jovens formam uma espécie de rede sexual e que anteriormente ao aparecimento dos sintomas, estes poderiam transmitir a doença. Com o decorrer da investigação, identificaram diferentes grupos de jovens com práticas homossexuais e a relação entre os membros, encontrando no centro do diagrama, um elemento em comum que viria a ser identificado como “paciente zero”. Era um indivíduo que tinha como profissão comissário de bordo da Air Canada. Deslocava-se com facilidade de país em país, apresentava práticas homossexuais passivas e activas. Terá infectado cerca de 250 parceiros por ano. Foi identificado como portador da doença em 1982 e até ao ano da sua morte, 1984, não alterou o seu modo de vida, tendo relações sem qualquer protecção. Por vezes avisava os seus parceiros, mas só depois da sua relação sexual, dizia-lhes que tinha o cancro *gay* e que iria morrer disso, bem como ele. A sua raiva e sentimento de vingança era tal, que afirmava que se ele o apanhara eles também podiam apanhá-lo. A questão levantada era, quem o teria contaminado. Seria ele o verdadeiro “paciente zero”? Esta é uma questão que dificilmente se conduzirá a um resultado claro e conclusivo. Cláudio e Mateus (2000) salientam no entanto que a contaminação poderia ser derivada pelas intensas relações comerciais, durante a década de 70, entre países africanos e as Caraíbas que, por sua vez, era um lugar escolhido por homossexuais masculinos, habitantes das grandes cidades, para passarem férias.

Embora a especulação se mantenha, o que se sabe é que, segundo Montagnier (1994), estes primeiros casos de jovens homossexuais, estariam a morrer de uma pneumonia grave, pneumonia por *Pneumocystis Carinii* (doença parasitária grave), apresentavam uma diminuição de linfócitos T4 (responsáveis pela defesa do organismo contra as infecções). Um pouco depois, Grmek (1994) alude que, associado à população homossexual, surge uma nova doença para além da *Pneumocystis Carinii*, o Sarcoma de Kaposi. Os exames laboratoriais indicavam para uma linfopenia e para uma depressão da actividade celular, que colocaram em evidência uma alergia da pele. É de salientar que o Sarkoma de Kaposi é um tipo de cancro que surge habitualmente na população idosa, e que, devida à diminuição de linfócitos T4, passa a aparecer em jovens.

Verifica-se mais tarde, conforme refere Montagnier (1995), que a contaminação pelo VIH começou a aumentar rapidamente no grupo de homens e de mulheres

toxicodependentes e prostitutas(os), que partilhavam seringas e agulhas. Desta constatação começou-se a estabelecer a relação entre contaminação e a troca de produtos sanguíneos, bem como os comportamentos sexuais promíscuos que aparecem normalmente associados ao comportamento toxicodependente. O autor realça o aparecimento de uma nova população contaminada pela SIDA, os hemofílicos e as pessoas que tinham sofrido múltiplas transfusões de produtos sanguíneos. Cláudio e Mateus (2000) salientam que, inicialmente, algum deste sangue, utilizado em transfusões sanguíneas que provinha das Caraíbas e de África, era comprado a emigrantes e era visto nessa população como um meio de subsistência habitual. Consequentemente era obtido sangue portador de VIH para tratamentos médicos. Hoje em dia, os hemofílicos não estão sujeitos tanto a esse risco, em virtude de todo o sangue que é utilizado nos hospitais ser testado previamente ao seu uso, havendo, por esse facto, uma margem de segurança bastante maior. No que se refere aos consumidores de drogas, actualmente em toda a Europa, estão declarados mais de meio milhão de indivíduos infectados pelo VIH, sendo que metade deles foram contaminados através do consumo intravenoso (CESS, 2004, cit. por Nascimento, 2005).

Os autores esclarecem que a disseminação do vírus no mundo, assim como o aparecimento progressivo desta síndrome em qualquer grupo social, se deveu à mudança social da década de 80, com alterações dos hábitos sexuais, à maior utilização em medicina de tratamentos por via endovenosa, à comercialização do sangue e seus derivados e ao ritual de partilhar seringas entre os toxicodependentes. Também devemos considerar a transmissão de mãe para filho durante a gestação e o aleitamento.

Durante o período de 1981-1985 definem-se as vias de transmissão do VIH, bem como, as medidas preventivas mais úteis para evitar o contágio e estabelece-se com clareza que o que concessiona a possibilidade de infecção são determinados comportamentos de risco ou formas de se expor ao contágio e não pertencer a determinados grupos sociais. Grmek (1994), refere que, nesta época, precisamente em 1983, se chega à conclusão de que o agente infeccioso que provoca a SIDA é um retrovírus que actualmente se denomina VIH. Esta descoberta deve-se a dois grupos de investigação, um na Europa, dirigido por Luc Montagnier do Instituto Pasteur de Paris, e o outro nos EUA, dirigido por Robert Gallo, do Instituto Nacional do Cancro pertencente ao Instituto Nacional de Saúde de Bethesda.

Actualmente, com a terapêutica anti-retrovírica introduzida entre 1995 e 1996, foi possível transformar a SIDA numa doença de carácter crónico cuja evolução se tornou muito mais lenta permitindo uma melhor qualidade de vida às pessoas infectadas (Castro e Melo, 2004; Lecour, 2004, cit. por Somsen, 2008).

## **2.2. Definição, estádios de virologia do VIH**

Os primeiros casos de SIDA foram descobertos nos EUA em 1981 (CDC, 1999), mas é muito provável que essa doença existisse noutras partes do mundo muitos anos antes. Grmek (1994) refere que os casos mais antigos registam-se em 1978, mas a sua expansão só se torna perceptível em 1981. Em Portugal, o primeiro caso de SIDA registado ocorreu em 1983.

No final de 1982 o CDC define a necessidade de fixar o nome da doença, procurando a universalidade e neutralidade do conceito. Esta seria designada em inglês por A.I.D.S. (Acquired Immunodeficiency Syndrome). Por uma questão de fonética passou a ser denominada em francês por S.I.D.A. (Virus de L'Immunodéficience Humaine).

Cláudio e Mateus (2002), explicam que ao desdobrar a sigla SIDA, conseguimos compreender a extensão do seu significado, Síndrome quer dizer um conjunto de sintomas e sinais de doença. Imunológica, manifesta mau funcionamento do sistema imunitário. Humana, porque diz respeito ao ser humano. Adquirida indica que é desenvolvida durante a vida do sujeito.

É uma doença de comportamentos de risco e não de grupos de risco como inicialmente foi observada pelos primeiros casos detectados. A informação recolhida sobre a SIDA é que atinge pessoas com menos de 60 anos, que não apresentam qualquer doença nem recebem nenhum tratamento susceptível de desencadear uma depressão imunitária. Manifesta-se por uma infecção oportunista ou por o Sarcoma de Kaposi (Montegnier, 1994). Surge de forma explosiva, metamorfoseando todas as camadas da sociedade, incomodando, interferindo nas relações interpessoais, criando comportamentos psicológicos específicos. O seu diagnóstico apresenta implicações

psicológicas e psicossociais, tão graves como as implicações biológicas (Bannister et al., 2003).

Para Cláudio e Mateus (2000) as deduções retiradas a partir da observação dos casos e das potenciais vias de contaminação, associadas à investigação básica no campo da medicina, permitiram determinar que o vírus da SIDA se propaga facilmente por troca de produtos sanguíneos contaminados, estando ainda presente em altas concentrações nas secreções do aparelho genital de indivíduos contaminados, concretamente no esperma e nas secreções vaginais. O vírus foi ainda isolado nas fezes e na urina. No entanto, verificou-se que a propagação da doença não se fazia aos familiares dos doentes afectados que com eles conviviam, nem aos elementos das equipas médicas e de enfermagem que os tratavam. Constatou-se, desta forma, que a SIDA não se propaga pelo contacto social.

Seabra (1992) descreve que o retrovírus provoca no organismo humano uma disfunção com destruição progressiva do Sistema Imunitário, danificando-o lentamente e deixando o indivíduo à mercê dos agentes patogénicos, que dão origem a uma série de doenças “oportunistas”, que seriam facilmente controlados pelo Sistema Imunológico saudável. O indivíduo torna-se assim no terreno ideal para a evolução da doença, levando-o ao fim de alguns meses ou anos à morte.

A razão pela qual se denomina de retrovírus, deve-se ao facto destes vírus executarem exactamente a operação inversa à dos vírus “comuns”. Ou seja, o vírus ao instalar-se na célula hospedeira vai transcrever o seu ARN em ADN através de uma enzima que designa o nome desta família de vírus, a *transcriptase* inversa. Esta nova molécula de ADN que foi codificada pelo ARN do vírus, vai integrar-se no ADN da célula hospedeira contaminada transformando-se num provirus (conjunto de genes novos que se integram nos da célula). A partir daqui o processo de transcrição de genes retoma o seu percurso normal, o ADN viral é recopiado para ARN que vai permitir que os novos viriões se possam reproduzir (Daurel & Montagnier, 1994).

O sistema imunológico é constituído por dois tipos principais de células especializadas, os fagócitos que são a primeira linha de acção geral não especializada, e os linfócitos que constituem a segunda barreira de protecção especializada – linfócitos específicos e antígenos específicos. São os linfócitos, que nos interessam

particularmente pois são estas células que são “atacadas” pelo vírus do VIH. Os linfócitos dividem-se em dois tipos, os linfócitos B (anticorpos) recebem as ordens das células T para produzirem substâncias que ajudam a destruir o agressor, e os linfócitos T que para além de serem os responsáveis por todo o sistema imunológico também têm a capacidade de destruir directamente certos tipos de microrganismos. Os linfócitos T ainda se subdividem em Linfócitos T auxiliares (CD4), supressores (CD8) e assassinos (NK). As células T auxiliares (CD4) são os chefes do sistema imunitário pois identificam o inimigo e estimulam as células a lutarem, são estes linfócitos específicos que o VIH ataca (Feinberg, 1996).

São estas duas características do VIH que lhe conferem a qualidade de vírus “inteligente” e, conseqüente poder de destruição. Primeiro, o vírus ao integrar-se na célula hospedeira utiliza-a para a sua própria reprodução, segundo, ataca o “cérbero” de todo o sistema imunológico, colocando todo o organismo em risco de contrair qualquer tipo de doença, tornando até uma simples gripe numa ameaça à sobrevivência do organismo.

Dá-se a conhecer, em 1983, pela equipa do Instituto Pasteur de Paris dirigida por Montagnier, o retrovírus responsável pela doença que seria denominado por LAV (Lymphadenopathy Associated Vírus) mas o NIH propõe que este seria o retrovírus HTLV-III (Human T-Lymphotropic Vírus). A comparação dos dois vírus por meio serológico e a clonagem das sequências vêm demonstrar que são semelhantes. Devido à sobreposição de nomenclatura, em 1986 foi criada uma comissão para definir a sigla mais apropriada, tendo sido acordado por, HIV (Human Immunodeficiency Vírus), em inglês, e por VIH (Vírus de L’Immunodéficience Humain), em francês (Gremek, 1994).

Farthing et al. (1988, cit. por Guerra, 1998) referem que foram identificados dois tipos de vírus: VIH-1, que anteriormente tinha sido designado por LAV e HTLV-3, e mais tarde o VIH-2, definido anteriormente de LAV-2 e HTLV-4.

Bannister et al. (2003) explicam que o VIH-1 é uma partícula extremamente pequena (1/10000mm). É formado por duas camadas de proteínas que envolvem a molécula de RNA que contém o código genético do vírus. O conjunto deste núcleo é envolvido por um invólucro composto por proteínas e lípidos. As proteínas do invólucro são importantes, pois são as primeiras a serem identificadas pelo sistema imunológico

que, deste modo, poderá “reconhecer” o vírus e destruí-lo. Certas regiões das proteínas do invólucro induzem uma forte resposta imunitária, o que as torna indispensáveis na elaboração de uma vacina.

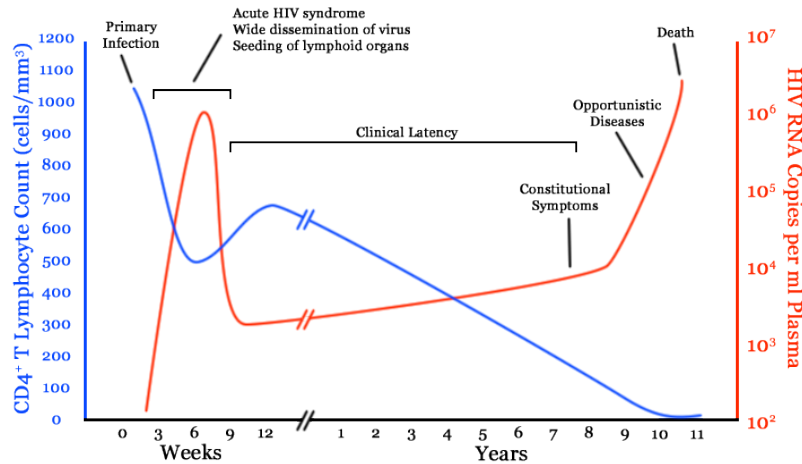
Em 1983, o Hospital Egas Moniz recebe doentes da Guiné-Bissau, manifestando sintomas característicos ao VIH-1, mas com uma evolução mais lenta e sobrevivência mais longa. É então que, em 1985, a investigadora portuguesa Odette Ferreira e sua equipa, em colaboração com o Instituto Pasteur de Paris, isola o vírus que posteriormente recebeu o nome de VIH-2 sendo que a investigadora e a sua equipa mantém a sua designação inicial, MIR, em homenagem ao doente. O primeiro caso de infecção pelo VIH-2 regista-se em Portugal em 1984. Estavam assim identificados os vírus causadores da doença SIDA (Falé, 2005).

O VIH-2 é da família do VIH-1 mas com algumas diferenças, particularmente em relação às proteínas do invólucro. O VIH-2 nem sempre é detectado pelos testes serológicos utilizados para detectar o VIH-1, é necessário fazer testes específicos para o VIH-2 (Bannister et al, 2003).

O VIH-1 e o VIH-2, embora sejam diferentes em determinados pontos da sua estrutura, dão origem à mesma doença: a SIDA. O VIH-2 parece ser menos virulento que o VIH-1. Como outros vírus, o VIH não pode sobreviver de forma independente. Ele só pode viver no interior de uma célula. O VIH possui a característica de atacar perfeitamente os linfócitos T4, sendo estes os responsáveis principais das defesas imunológicas, paralisando, deste modo, o sistema de defesa antes que ele tenha oportunidade de se organizar para combater o vírus (Antunes & Forte, 1993). Em 1999 o CDC informa que em geral o número de células CD4 nas pessoas com um sistema imunológico saudável é de 500 a 1.800, mas quando este valor baixa para menos de 200, indica que o indivíduo tem SIDA. O CDC também esclarece que o indivíduo tem SIDA se tiver VIH e algumas doenças como tuberculose, uma pneumonia por *pneumocystis carinii*, mesmo que a contagem de células CD4 seja superior a 200.

Segundo Pina (1992, cit. por Guerra, 1998), desde a penetração do vírus no organismo até à instalação da doença, SIDA, a pessoa atravessa estádios clínicos e laboratoriais.

Actualmente a nomenclatura sugere três fases de infecção, primo-infecção ou infecção aguda, infecção crónica assintomática ou fase crónica, fase sintomáticos e SIDA (Mansinho, 2005, cit. por Reis, 2007a; Brasil, 2007), apresentados na Figura 1.



**Figura 1.** História natural da infecção pelo VIH (Adaptado de Collins et al., 2007).

Os sintomas mais frequentes, que surgem desde o início da infecção e permanecem durante todo o curso da doença, são o cansaço, dor e insónias, no entanto, podem ocorrer também sintomas gastrointestinais (infecções – *cytomegalovirus* ou *cyptosporidium*), sintomas do foro respiratório, provocados por patologia infecciosa pulmonar (pneumonias – *pneumocytis carinii* ou bacterianas e infecção pelo bacilo da tuberculose), sintomas cutâneos provocados por infecções fúngicas ou bacterianas (*Herpes simplex* ou *Herpes zóster*), sintomas provocados por tumores malignos (*Surcoma de Kaposi*, podendo ter localizações cutâneas, gastrointestinais e brônquicas) ou linfomas, sintomas neurológicos centrais (encefalopatias) ou periféricas (neuropatias, retinopatias) (Montagnier, 1995).

a) Primo-infecção ou Infecção Aguda – após o vírus entrar no organismo, infecta linfócitos e macrófagos, multiplicando-se rapidamente nos primeiros dias e semanas. A maioria das vezes o indivíduo não sente nenhum sintoma (Caetano, 2001). Contudo, durante este período podem surgir queixas como, febre, dores musculares e articulações, mal-estar geral. Os estudos mostram que pelo menos 75% a 80% dos pacientes infectados têm uma doença febril durante esta fase e que cerca de 60% têm

um exantema. O exantema pode consistir em lesões musculares semelhantes ao acne (borbulhas) ou ovóides e populares, caracteristicamente na parte superior do tórax e das costas. Podem parecer-se bastante com arranhões ou feridas, mas não são dolorosas nem pruriginosas. Lesões orais e úlceras genitais são vulgarmente observadas. Alguns pacientes apresentam-se com meningite linfocítica. A maior parte das doenças é ligeira, mas todas elas tendem a ser prolongadas, durando de duas a seis semanas (Sousa, 2002).

**b) Infeção crónica assintomática ou fase crónica** – este segundo estágio pode durar meses ou anos, onde o indivíduo não apresenta sintomas ou sinais da doença mas durante o qual pode transmitir a infeção. Neste período o diagnóstico é normalmente confirmado, o indivíduo é seropositivo. A contagem dos linfócitos T é superior a  $500/\text{mm}^3$  de sangue. A população total de células adjuvantes CD4 (T4) declina lentamente e é provalvemente exacerbado por cada infeção intercorrente (Straub, 2002; Araújo, 2005). Nesta fase a doença evolui, as células CD4 diminuem, e a carga vírica aumenta, desencadeando febres prolongadas, o aumento de gânglios linfáticos no pescoço, nas axilas e nas virilhas, perda de peso, suores nocturnos, fadiga, diarreia (Castro e Melo, cit. por Reis, 2007b).

**c) Fase sintomática não SIDA e SIDA** – as células T são mais reduzidas, o funcionamento imunológico é diminuído e ocorrem infeções oportunistas (Straub, 2002). No estado SIDA, ocorre o aumento da carga viral, pela existência de uma ou várias infeções oportunistas com gravidade crescente (Bastos, 2005). O doente com SIDA caracteriza-se por apresentar uma acentuada imunodepressão e/ou determinados quadros clínicos graves por infeções oportunistas e tumores. A contagem de linfócitos T é inferior a  $200/\text{mm}^3$  de sangue. Muitos casos apresentam-se com estados oportunistas tão característicos da imunodeficiência de mediação celular, que a SIDA, pode ser definitivamente diagnosticada, mesmo sem confirmação da infeção por VIH. Outros, requerem a confirmação adicional dos testes de anticorpos e ou antígenos do VIH. Em algumas doenças oportunistas clinicamente evidentes, um diagnóstico clínico satisfaz, por si só, os critérios para um diagnóstico pressuposto da SIDA (Araújo, 2005; Guerra, 1998; Rubin, 1994).

## **2.3. Epidemiologia**

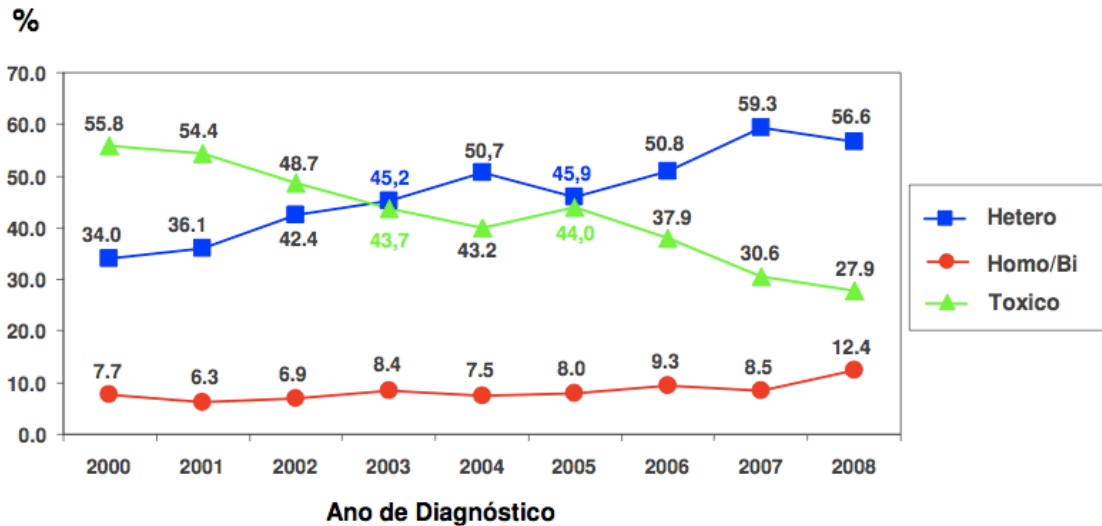
### **2.3.1. Portugal**

Segundo o CVEDT (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis), em Portugal os dados Epidemiológicos recolhidos em 31 de Dezembro de 2008 revelam que se encontram notificados 34.888 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estádios de infecção.

Para o CVEDT (2008) o maior número de casos notificados (“casos acumulados”) corresponde à infecção em “toxicodependentes”, constituindo 42,5% de todas as notificações. O segundo grupo de infectados é composto por heterossexuais (40%), enquanto os homossexuais masculinos representam 12,3% dos casos. As restantes formas de transmissão correspondem a 5,2% do total. O documento alerta para o facto dos casos notificados de infecção VIH/SIDA, que referem como forma provável de infecção a transmissão sexual (heterossexual), apresentam “uma tendência evolutiva crescente”.

O total acumulado de casos de SIDA em 31 de Dezembro de 2008, era de 15.020, dos quais 485 causados pelo vírus VIH-2 e 189 casos que referem infecção associada aos vírus VIH-1 e VIH-2. Existem 83 casos em que o tipo de vírus ainda não foi identificado. Os casos de SIDA apresentam a confirmação do padrão epidemiológico registado anualmente desde 2000. Verifica-se um aumento proporcional do número de casos de transmissão heterossexual e conseqüente diminuição (proporcional) dos casos associados à toxicodependência.

Para os casos diagnosticados entre 2004 e 2008, as proporções nas diferentes categorias de transmissão são variáveis, registando-se para os heterossexuais 50,7% (2004) e 56,6% (2008). Para os toxicodependentes 43,2% (2004) e 27,9% (2008), enquanto que para os homossexuais observam-se os valores 7,5% (2004) e 12,4% (2008) (Figura 2).



**Figura 2.** Casos SIDA: tendência temporal nas 3 principais categorias de transmissão (CVEDT, 2008).

Ainda que houvesse uma assinalável redução da utilização da injeção para consumo de drogas, em alguns países ocidentais este modo de consumo continua a prevalecer, e até a crescer em outros países, estando directamente relacionado com a expansão do VIH/SIDA (OEDT, 2003, cit. por Nascimento, 2005).

Investigações várias têm demonstrado que os sujeitos consumidores de drogas injectáveis, após o conhecimento da sua seropositividade, continuam a manter condutas de risco ao nível sexual e de partilha de material de injeção, colocando em risco outros parceiros de se infectarem com a sua doença. Este risco é extensível aos próprios que, muitas vezes, se expõem a re-infecções do VIH ou a contaminações de outras doenças sexualmente transmissíveis (Kalichman, 2003; Singh & Crofts, 1993, cit. por Nascimento, 2005).

Da análise da distribuição de casos de SIDA por género, consta-se que 81,7% correspondem ao sexo masculino, 18,3% o sexo feminino e em 1 caso não nos é dada qualquer indicação. Por grupo etário, nos casos em que a idade é conhecida ( $n = 14956$ ) verifica-se que 83,9% correspondem aos grupos etários entre os 20 e 49 anos de idade.

O CVEDT (2008) revela que 77,3% dos casos que referem hemofilia já faleceram (51 óbitos em 66 casos notificados); que faleceram 56,4% dos casos que referem o comportamento homossexual associado à toxicoddependência (66 óbitos em

117 casos notificados) e que faleceram 52,4% dos casos que referem a toxicod dependência com factor de risco (3675 óbitos em 7016 casos notificados).

### **2.3.2. Mundo**

Segundo a UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), a SIDA é a 4ª causa de morte a nível mundial. Durante o ano de 2007 ocorreram 33,2 milhões de novos casos de infecção pelo VIH no mundo, 420.000 dos quais em crianças com menos de 15 anos de idade, 2,1 milhões de pessoas, incluindo 330.000 crianças com idade inferior a 15 anos morreram de SIDA, só em 2007. Em Dezembro de 2007, cerca de 33,2 milhões de pessoas em todo o mundo estavam infectadas pelo VIH/SIDA. Entre estas, 2,5 milhões eram crianças com idade inferior a 15 anos e 15,4 eram mulheres.

O número estimado de pessoas que vivem com VIH no mundo em 2007, alcançou os 33,2 milhões, menos 16% que a estimativa publicada em 2006. A principal razão apontada foi a recolha fidedigna dos dados na Índia, que provocou a revisão das estimativas desse país (UNAIDS, 2007). Outras razões que levaram à diminuição de casos em 2007 foram, a melhor compreensão da epidemia SIDA por parte da população e o aumento da vigilância em países onde a incidência do vírus é maior.

Cada dia que passa mais de 6.800 pessoas contraem o VIH e mais de 5.700 morrem de Sida, na maioria dos casos devido a dificuldades de acesso aos serviços de prevenção e tratamento.

A Sida continua a ser uma das principais causas de morte em todo o mundo e a principal na África-Sariana que possui cerca de 10% da população mundial. Esta região tem cerca de 68% do total de casos de infecção VIH/SIDA, por cada 10 homens adultos que vivem com VIH, vivem 14 mulheres, isto é, 61% das pessoas infectadas são mulheres. É também a região do mundo com mais falecimentos causados pela SIDA (76%).

As Caraíbas constituem a segunda região do mundo mais afectada pelo VIH. Cerca de 230.000 pessoas estavam infectadas, em 2007, sendo a Sida a principal causa de morte entre os adultos com idades entre os 15 e os 44 anos de idade. Nesta região, os

vários países apresentam um perfil epidemiológico heterogéneo, influenciado por questões culturais e pelo turismo sexual (desigualdades de género, profissionais do sexo, e por um fenómeno oculto, homossexualidade, em que um em cada dez casos de contágio são homossexuais).

Na Ásia os níveis de infecção por VIH são mais elevados no sudeste, sendo os factores de transmissão da doença, relações heterossexuais e relações homossexuais desprotegidas, o consumo de drogas injectáveis e profissionais do sexo. O empenho governamental no tratamento e prevenção da transmissão na maioria dos países do continente asiático, não têm sido suficientes para reduzir o número de casos de Sida, o que contribui para o seu aumento.

Na América Latina, em 2007, ocorreram 100.000 novas infecções e 58.000 terão falecido com Sida. Estima-se que a terça parte dos 1,6 milhões de pessoas que vivem com VIH vivem nos países da América Latina: Argentina, Brasil, Colômbia e México. As formas de transmissão estão associadas a múltiplos factores: pobreza, emigração, pouca informação sobre a doença sobretudo nas zonas urbanas, e o estigma criado à volta das pessoas infectadas. Por detrás destas novas infecções estão as relações sexuais sem protecção.

Na América do Norte, Europa Central e Ocidental o número de pessoas que vive com VIH continua a aumentar, devido em grande parte aos efeitos da terapia antirretrovírica, reduzindo o número por infecção.

Araújo (2005) ressalva que os dados sobre o diagnóstico da infecção pelo VIH devem ser analisados com algum cuidado, pois estes não representam a sua incidência, pois depende do modo de rastreio da declaração utilizado em cada país.

#### **2.4. Consequências Psicossociais**

O VIH/SIDA tem sido identificado por muitos autores como uma doença crónica devida a factores como o longo termo de uma doença que ainda não tem cura, tendo por isso de ser gerida em vez de curada, e por apresentar características que preenchem os critérios de diagnóstico de doença crónica, como por exemplo, a

multiplicidade de factores de risco que contribuem para a sua etiologia, o seu curso prolongado e degenerativo, as alterações funcionais provocadas pela doença e a sua incurabilidade, pelo menos até ao momento (Ribeiro, 1998, 2005).

Segundo Krammer et al. (1997), a Sida põe a descoberto um conjunto de factores e situações com que a sociedade tem dificuldades em aceitar, lidar e resolver, pelo que, a sua primeira reacção é de defesa, ou seja, “discriminação”, “marginalização” daqueles que foram vítimas da sua infecção. As atitudes e valores que se observam na comunidade relativamente à Sida estão relacionados com a forma como estas lidam com a sexualidade, orientação sexual (homossexual, bissexual, heterossexual), toxicoddependência (via intravenosa), o medo de contágio, a doença, a morte, crenças religiosas ou espirituais, nível de cuidados de saúde e o próprio sistema político-económico da sociedade (Guerra, 1998).

O impacto social da Sida continua a ter inúmeras implicações. Desde o “mito” dos grupos de risco, que em muito contribuiu para o aumento do número de infectados, ao aparecimento de algumas patologias relacionadas com o próprio estigma social da doença. Isto é, sabe-se que ao ser atribuída responsabilidade ao sujeito pela doença, muitas pessoas tentaram prevenir-se de uma forma tão afincada que desenvolveram perturbações como a hipocondria (Goldmeier, 1987) e até mesmo a homofobia (Holland & Tross, 1985 cit por Guerra, 1998).

Actualmente a seropositividade constitui um estigma que afecta os portadores do vírus, tanto ao nível das interacções sociais, como ao nível das relações familiares, das redes de amizades e das relações laborais (Lima, 1998).

Segundo Guerra (1998) no âmbito do trabalho e do lazer, a população sadia manifesta claramente os seus receios de convivência com pessoas infectadas, optando, infelizmente na maioria das vezes, por um afastamento. As implicações a nível laboral aparecem com despedimentos ou reformas antecipadas, que por sua vez limitam o campo de relacionamentos interpessoais desses indivíduos com colegas de trabalho; ao nível dos serviços, como é o caso das seguradoras que restringem o acesso de seropositivos aos seguros; a nível relacional, pois, devido à falta de informação ou à desinformação, a população seronegativa manifesta repetidamente o ser receio em conviver com pessoas infectadas.

A descoberta da Sida e a sua associação aos comportamentos, faz aumentar o estigma relacionado com os grupos de risco para o VIH/SIDA. Estes, já estigmatizados pelo seu comportamento ser julgado e moralmente desviante, viram o preconceito aumentar quando lhes foi atribuída a “culpa” da disseminação de uma doença tão grave, como é a Sida (Guerra, 1998; 1997).

Para Dores (2004), o estigma deve-se a uma mal entendido a respeito dos conceitos de VIH/SIDA e da forma como o vírus é transmitido. A discriminação ocorre quando se pratica uma distinção contra uma pessoa, é tratada de forma desigual ou injusta, sendo essa distinção baseada no facto de a pessoa pertencer, ou julgar-se que pertence, a um grupo particular.

Lima (1998) relembra que a propagação da Sida não está associada a grupos de transmissão específicos e a comportamentos sexuais particulares. Para combater a Sida é necessário lutar contra os aspectos da segregação ou exclusão, da ignorância e do medo.

O estigma e a discriminação provêm do medo e da intolerância. Muitas vezes, o medo e a incompreensão fazem parte de uma cultura e conseqüentemente são considerados socialmente aceitáveis. O estigma e a discriminação não são aceitáveis. Silenciam os indivíduos e comunidades e levam a que as pessoa evitem fazer testes ou revelem o seu estado de seropositividade. Impedem que as pessoas façam perguntas importantes e obtenham boas respostas. O autor refere ainda que, as pessoas não querem falar sobre sexo ou sobre o vírus, o que significa que não estão a aprender como se devem proteger. Da mesma forma que continuam sem saber que as pessoas com VIH/SIDA não representam qualquer ameaça à sociedade. O VIH/SIDA é um problema de saúde grave, o estigma e a discriminação tornam esta situação devastadora tanto a nível emocional como financeiro, para indivíduos e comunidade inteiras (Lima, 1998).

Quando o estigma surge associado à Sida, manifestações do funcionamento psicológico como ansiedade, raiva, depressão, habitualmente vivenciadas pelas pessoas infectadas, podem ser potenciadas (Herek, 1990, cit por Grilo, 2001). A ansiedade pode ser a resposta emocional ao medo da reacção dos outros, ou à antecipação da rejeição, da discriminação e da hostilidade por parte destes. A raiva pode ser intensificada pelo facto do indivíduo constatar que o governo e as instituições não fazem nada em relação

à doença, ou devido às atitudes de hostilidade para com os homossexuais e outras minorias (Herek & Glunt, 1988, cit por Grilo, 2001). A sintomatologia depressiva pode ser intensificada pela auto-culpabilização e a interiorização dos estigmas sociais relativos à Sida, homossexualidade, utilização de drogas e raça (Herek, 1990, cit por Grilo, 2001).

O mesmo autor salienta também, o isolamento como factor associado ao estigma, funcionando como forma de protecção. Refere que é comum que este isolamento ocorra, numa fase em que a pessoa tenha sintomas visíveis e facilmente identificáveis com a doença.

A descoberta do diagnóstico é identificada como, mais um acontecimento gerador de crise, que precisa de ser gerida. Deste modo, uma gestão adequada de um estilo de vida que tem de ser renovado, pela inserção de novas regras na forma de funcionar do indivíduo, constitui um dos aspectos mais complexos da doença crónica. Outro aspecto importante é a reestruturação do tempo, a importância minuciosa do tempo que não permite por vezes que esta hora tenha a mesma consequência da seguinte, devido ao rigor horário da toma dos fármacos. Esta nova adaptação imposta pela doença, conduz muitas vezes ao isolamento social e afecta de uma forma mais ou menos visível o contexto familiar (Ribeiro, 1998).

Posterior à informação sobre o diagnóstico vem o dilema de, a quem revelar a condição de seropositivo. Instala-se uma dicotomia de sentimentos, se por um lado revelar essa informação vai aumentar o apoio emocional e diminuir o stress, ansiedade e depressão (Grilo, 2001), por outro, vai tornar o indivíduo susceptível a todas as consequências sociais implicadas e descritas anteriormente (Herek & Glunt, 1988, cit por Grilo, 2001).

Para além das repercussões socioculturais e familiares do VIH/SIDA, os problemas neuropsiquiátricos da doença são também relevantes no impacto do VIH/SIDA no indivíduo (Louro, 1997; Guerra, 1998). Alguns estudos citados por Guerra (1998), estimam que grande parte das pessoas infectadas venham a desenvolver problemas de origem orgânica neuropsiquiátrica, como demências, *delirium*, alterações da personalidade e psicoses. Contudo, a avaliação das perturbações neuropsiquiátricas é dificultada na medida em que os sinais iniciais da penetração do vírus no Sistema

Nervoso Central, como é o caso da apatia, diminuição da libido, dificuldades de memória, atenção e concentração em muito se assemelham aos sinais e sintomas da depressão (Guerra, 1997, 1998; Louro, 1997; Remor, 1999).

Os desafios psicológicos que uma pessoa seropositiva encontra, variam de indivíduo para indivíduo. Nem todas as pessoas experienciam da mesma forma, nem a mesma quantidade de respostas emocionais ao VIH (Guerra, 1998; Seidl, 2005). Se por um lado as reacções a uma doença fatal parecem ser negativas devida a todos os factores associados à mudança de estilo de vida, estas podem por outros lado ser adaptativas e ajustadas (Guerra, 1998).

Antes de mais, há que ter em conta a influencia que a pré-morbilidade por exercer nas manifestações psicológicas quando a noticia da seropositividade é revelada. Alguns estudos (Guerra, 1998) indicam que a pré-morbilidade pode exacerbar as reacções negativas ao diagnóstico da infecção.

A ansiedade da morte dolorosa ou prematura é outra das implicações negativas associadas ao diagnóstico, manifestada por sintomas como a agitação, a insónia, a taquicardia, a anorexia, ataques de pânico entre outros (Guerra, 1998). O confronto com a morte, é identificado por Grilo (2001), como uma das consequências inevitáveis da infecção por VIH que maior perturbação causa, tanto nos indivíduos assintomáticos como nos da fase Sida. Os pensamentos sobre a morte invadem a consciência das pessoas doentes, muito antes da fase terminal. Este é um período acompanhado por diversos medos associados à perda de pessoas significativas ou dos bens materiais, à não realização dos sonhos e das aspirações para a vida, à solidão, à perda de auto-estima e auto-controlo, à alteração da imagem corporal, às dores, ao sofrimento e à perda de capacidades mentais (Greif & Golden, 1994, cit por Grilo, 2001).

No que respeita à confrontação com a morte, Kubler-Ross, (1992) citada por Grilo (2001), identifica cinco estádios onde as significações dos pacientes conhecedores da gravidade da sua doença (terminal) se podem situar, não tendo o indivíduo que suceder a todas elas. Estas são, nomeadamente, negação, raiva, negociação (a pessoa acredita que pode ser recompensada devido à sua boa conduta), depressão e por último, aceitação de que a doença é algo que o levará inevitavelmente à morte.

Os primeiros estudos sobre a QV na área VIH/SIDA ocorreram antes das possibilidades efectivas de tratamento, revelando evidente deteriorização da QV ao longo no tempo nos sujeitos infectados (Lubeck & Fries, 1992). Com o surgimento da terapia antiretroviral combinada, outras variáveis foram valorizadas como, por exemplo, a psicossocial perante a possibilidade de conviver com uma doença crónica (Jia et al., 2007).

Diversos aspectos biopsicossociais têm sido investigados, demonstrando o impacto e a influência destes factores na QV dos portadores do VIH/SIDA. Diferentes estudos identificados na literatura apontam que esta pode ser afectada por factores individuais, culturais, sociais, emocionais, relacionados com o impacto do diagnóstico e do tratamento, bem como da coexistência quotidiana com uma doença crónica (Jia et al., 2004; Perez et al., 2005).

As principais variáveis associadas com pior QV identificadas na literatura são: género, evidenciando pior QV nas mulheres, quando comparadas com os homens (Hays et al., 2000), baixo nível socioeconómico e de escolaridade (Eller, 2001), estágio de evolução da infecção pelo VIH, à medida que a carga viral progride, pior a QV (Hays et al., 2000; Perez et al., 2005), presença de co-morbilidades (Eller, 2001; Jia et al., 2004; Willians et al., 2005) e ausência de suporte social (Swindells et al., 1999).

Estudos de autores como Eller (2001) e Hays e cols. (2000), demonstram que quanto à infecção com VIH, a QV é significativamente mais baixa, comparada com outras doenças crónicas, e ainda mais baixa quando comparada com a população geral.

Lucas (1993) aconselha a construção de redes sociais e de fontes de suporte social para intervir junto das famílias, dos professores, dos colegas de trabalho, dos grupos de amigos, dos médicos assistentes, pois estabelecem uma relação contínua e partilham uma abordagem biopsicossocial na sua relação com o indivíduo. É na relação interpessoal, na relação profissional de aconselhamento psicossocial e na escuta activa que está a chave da transformação das percepções, e sobretudo das crenças e atitudes favorecedoras de comportamentos sustentados e seguros.

A psicologia é a ciência em posição privilegiada para promover mudanças comportamentais que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença. É o comportamento humano que comunica o VIH, logo é este que tem que ser mudado, pelo

que os esforços no sentido de mudar os comportamentos de risco permanecem, para já, a única possibilidade de prevenir a infecção (DiClemente, 1992; DiClemente & Peterson, 1994; Montagnier, 1994; cit. por Bastos, 2005).

#### **2.4.1. Abordagem Biopsicossocial do VIH/SIDA – uma questão de saúde pública**

O VIH/SIDA para além de se tratar de uma doença do indivíduo é também um problema de saúde pública, na medida em que pelas suas características de transmissão de infecção e de mortalidade, coloca a saúde de todos em risco.

Como já foi referido, a intervenção no VIH/SIDA deve ser efectuada de acordo com três domínios, todos eles interligados e mutuamente influenciados. Se ao intervirmos na comunidade estamos indirectamente a intervir no indivíduo, o mesmo se passa no sentido inverso. Seguindo esta linha de pensamento, percebe-se que é inútil pensar no indivíduo isoladamente do seu ambiente, do seu estado físico e da sua história de vida, daí a abordagem biopsicossocial ser um modelo de excelência para se intervir.

Esta abordagem assenta em três pilares principais de compreensão da doença, que deve ser perspectivada segundo (Guerra, 1998):

a) a sua dimensão biológica, a sua variabilidade, a incerteza da evolução, o seu carácter de cronicidade e a sua acção incapacitadora, características imunológicas da pessoa, história psicopatológica da pessoa, modo de transmissão, fase de evolução da doença;

b) sua dimensão psicológica, o duplo padrão infectado e infectante – que tem o impacto ainda maior se se pensar que a pessoa infectado corre o risco de infectar pessoa que ama e que lhe são muito queridas, ciclo de vida (fase actual e percurso anterior), estilo de coping, o suporte social percebido e a capacidade de recorrer a ele, os mitos e representações acerca da doença, os papéis sócias que são desempenhados;

c) na dimensão sócio-cultural, tendo em conta os padrões morais e religiosos da sociedade de inserção, como por exemplo a associação a grupos sociais marginalizados (homossexuais, toxicodependentes e prostitutas), os comportamentos sociais e

moralmente julgados como desviantes, a visão da doença como “castigo”, a sexualidade como assunto tabu, o medo do contágio; o impacto do VIH/SIDA nos familiares e amigos da pessoa infectada, as implicações laborais e institucionais da doença e os problemas económicos e habitacionais.

## **2.5. Psiconeuroimunologia**

A contribuição dos factores subjectivos na manutenção do equilíbrio biológico, através da sua acção sobre o sistema imunitário é estudada pela disciplina denominada “psiconeuroimunologia”. Neste campo de estudo, realizaram-se importantes contribuições a favor da compreensão de como as variáveis psicológicas são capazes de modular, até certo ponto, as respostas do sistema imunitário, tanto no sentido da imunocompetência como no da imunodepressão.

A Psiconeuroimunologia constitui um novo campo interdisciplinar que vem cobrir a lacuna existente entre as neurociências e a imunologia, devido à falta de interdisciplinaridade que predominou até poucas décadas atrás. Foram ambas áreas com um importante desenvolvimento nos últimos cinquenta anos, mas foram ampliando o seu campo de conhecimentos quase sem considerarem as relações entre o sistema estudado e o restante dos sistemas do organismo. Ainda que o conhecimento sobre estes sistemas tenha sido, sem dúvida, fundamental para o desenvolvimento das ciências da saúde, a descoberta de vias anatómicas, fisiológicas e bioquímicas que conectam os sistemas nervosos, imunológicos e endócrino permitiu concluir que os diferentes componentes do organismo não são estruturas isoladas. Pelo contrário, passou-se a estabelecer uma complexa rede de relações, tanto anatómicas como funcionais, que se ligam aos diferentes sistemas e órgãos entre si, em particular, o sistema neuroendócrino e imunológico. Tais inter-relações adquirem uma importância singular devido às funções de protecção, homeostase e controle que desenvolvem dentro do organismo, das quais dependem o bom funcionamento do organismo e a adaptação dos indivíduos ao ambiente (Ulla & Remor, 2002).

Dos estudos realizados, que são considerados suficientemente representativos da acção investigadora, gostaria de salientar os seguintes:

Scheleifer, Keller, Camerino, Thornton e Stein (1983). Compararam a resposta linfocitária com a estimulação de mitógenos, em sangue proveniente de homens cujas mulheres era portadoras de cancro terminal. Os resultados demonstram que a resposta linfocitária durante os meses posteriores à morte das esposas era significativamente mais baixo.

Baron, Cutrona, Hicklin, Eussel e Lubaroff (1990). Concluíram na sua investigação que, esposas de doentes de cancro que dispunham de um maior suporte social, também experimentavam uma maior imunocompetência.

Glaser, Rice, Stout, Speicher e Kiecolt-Glaser (1986), realizaram uma investigação com estudantes de medicina, aos quais recolheram amostras de sangue seis semanas antes dos exames e no dia em que começavam os exames. Os resultados mostram que a percentagem de células NK e a sua capacidade de destruição sofriam uma dramática diminuição no dia de começo de exames, em comparação com a primeira amostra obtida seis semanas antes.

Reynols e Kaplan (1990), estudaram o papel do isolamento social na etiologia e evolução do cancro, referindo que mulheres que vivem sozinhas possuem um risco significativamente maior de morrer de todos os tipos de cancro. Por sua vez, os homens que possuem uma menor quantidade de relações sociais, no caso de padecerem de cancro, apresentam uma menor taxa de sobrevivência.

O cancro, como outras doenças crónicas, provocam importantes transtornos psicológicos, não só pela própria doença, mas também pelo significado pessoal e social que se lhe imputam (Die Trill, 1987; Ferrero, 1993). De acordo com os dados disponíveis sobre transtornos psicológicos em doentes oncológicos, a sua prevalência é o triplo que na população em geral (Derogatis, Morrow & Fetting, 1983; Salvador, 1987).

O vínculo entre determinados factores de natureza psicológica e as possíveis variações na competência imunitária, que deixariam o indivíduo mais susceptível à acção de agentes patogénicos, é de especial relevância quando falamos da infecção pelo VIH. Podemos dizer, de acordo com estudos realizados nesta direcção, que um pior estado de ânimo, um maior nível de stress ou estratégias de coping não destinadas à solução activa dos problemas, relaciona-se com uma progressão viral mais veloz e,

portanto, com um pior prognóstico. Por esta razão, intervenções psicológicas destinadas a estabelecer um bom ajuste psicológico do indivíduo, hábitos de vida apropriados ou um adequado controlo de stress estariam a colaborar com a terapia farmacológica na manutenção de níveis imunológicos adequados, evitando na medida do possível, as consequências advindas da progressão viral (Ulla & Remor, 2002).

### **3.5.1. Psiconeuroimunologia e VIH/SIDA**

Diversos estudos em psiconeuroimunologia sugerem que factores psicológicos, tais como a ansiedade e a depressão, podem ter um papel importante na progressão da infecção por VIH. Em pessoas com um diagnóstico de seropositividade recente, os factores citados podem exacerbar a imunodepressão induzida pelo VIH, provocando um rápido decréscimo dos parâmetros imunológicos como os CD4 (Burack, Barrett, Stall, Chesney, Ekstrand & Coates, 1993; LaPerriere, Antoni, Scheiderman, Ironson, Klimas, Caralis & Fletcher, 1990).

Alguns investigadores evidenciaram que o diagnóstico de seropositividade produz profundos efeitos psicológicos, tais como ansiedade e depressão, que parecem contribuir com a progressão da doença. Nesse sentido, Antoni, Scheiderman, Fletcher & Golsteins (1990), numa investigação realizada com pessoas à espera do diagnóstico de possível infectado com VIH, observaram que o conhecimento da seropositividade produzia uma relevante diminuição das respostas imunológicas. Ao contrário de quando o resultado era negativo, em que se observava um aumento da actividade imunológica.

Segerstrom, Taylor, Kemeny, Reed & Visscher (1996), referem que as crenças negativas relativas á evolução do processo de deteriorização produzido pelo VIH resultam numa rápida diminuição dos CD4.

A influência dos factores psicossociais sobre a função imunológica é, actualmente, uma evidência. Como vimos, elevações no nível de stress podem modular a função imunológica. Em caso de stress agudo, observa-se uma elevação na competência imunológica, por ser esta uma resposta adaptativa. Porém, quando se trata de stress crónico, a competência imunológica pode ficar comprometida, havendo um

decrécimo tanto na actividade como na proliferação de determinadas sub-populações de linfócitos (Ulla & Remor, 2002).

Estritamente relacionado com o stress crónico estaria o apoio social. Este mostra-se como um forte factor modulador da percepção de ameaça, que têm os sujeitos das situações nas quais se encontram, e portanto, modulador também da resposta ao stress do sujeito. Por outro lado, relativamente às estratégias de coping, observaram-se diferenças significativas em função do tipo de estratégia utilizada. Estabeleceu-se uma certa generalização nos estudos, na qual um estilo activo de coping seria mais adaptativo e favoreceria uma elevada competência imunológica. Por último, fazendo uma alusão aos hábitos de vida, ressaltam-se os estudos desenvolvidos sobre a prática de exercício aeróbio, que se apresentam como um factor de modulação de parâmetros imunológicos (Ulla & Remor, 2002).

### **CAPÍTULO III – *QUALIDADE DE VIDA***

#### **3.1. Perspectiva Histórica**

O termo qualidade de vida tem despertado interesse em todas as áreas do conhecimento humano, em especial na área da saúde, e tem sido estudado segundo diferentes perspectivas disciplinares. Pertence a um campo semântico polissémico, amplo e genérico, não existindo consenso sobre o seu significado real, o que se traduz pelas inúmeras controvérsias presentes na literatura científica, teóricas e metodológicas para avaliá-la, conseqüentes da característica multidimensional e subjectiva do conceito e também dos factores que podem interferir na sua construção como objecto de avaliação ou pesquisa (Anders; Lima, 2004).

Vários autores remetem para os filósofos gregos, entre os quais Aristóteles, as primeiras preocupações relacionadas com a qualidade de vida, sendo no entanto difícil precisar quando surgem pela primeira vez (Bowling, 2001).

Após a 2ª Guerra Mundial, o conceito de “boa vida” foi utilizado para de referir à conquista de bens materiais e financeiros. De seguida, o conceito foi ampliado, para medir o quanto uma sociedade se havia desenvolvido economicamente, não tendo em conta se tal riqueza estava bem distribuída. Os indicadores económicos surgiram e tornaram-se instrumentos importantes de se medir e comparar a qualidade de vida entre diferentes cidades, países e culturas. Passou a ser usado o Produto Interno Bruto (PIB), a renda *per capita*, taxa de desemprego e outros. Inferia-se que os países, cujos indicadores económicos fossem melhores, teriam as suas populações com melhor qualidade de vida. Com o passar dos tempos, o conceito foi alargado para significar, além do crescimento económico, o desenvolvimento social (saúde, educação, habitação, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual). A qualidade de vida possui, desde então, uma quantidade de indicadores potencialmente infinitos. Muitos países estabelecem políticas de bem-estar social, o assim chamado *Welfare State* (Farquhar, 1995; Bowling, 1995).

A partir da década de 60, percebe-se que, embora os indicadores existentes fossem importantes, para se avaliar e comparar a qualidade de vida entre países, regiões e cidades (qualidade de vida objectiva), não eram suficientes para medir a qualidade de vida dos indivíduos, pessoas que se inseriam diferentemente naquela sociedade e que podia distanciar-se, de forma relevante, do índice médio para a população como um todo. De salientar que a realidade humana é multidimensional, não se reduzindo à dimensão económica, pelo que o objectivo que deve nortear o desenvolvimento global deverá ser a melhoria sustentável da qualidade de vida (CIPQV, 1998). Era necessário e fundamental avaliar a qualidade de vida percebida pela pessoa, o quanto as pessoas estão satisfeitas ou insatisfeitas com a qualidade das suas vidas (qualidade de vida subjectiva). Passou-se a valorizar a opinião dos sujeitos. O dono da vida é quem deveria avaliar a sua própria vida. O investigador não poderia construir um modelo em que julgasse ser boa qualidade de vida e tentar enquadrar indivíduos no seu modelo: quem se enquadrasse, teria boa qualidade de vida; ao contrário, teria má qualidade de vida quem fugisse ao modelo construído. Era necessário ouvir os indivíduos. Denominou-se esse novo conceito de qualidade de vida subjectiva, em contraposição às condições objectivas, que qualificaram também, a vida das pessoas (Neugarten et al., 1961; Larson, 1978; Horley, 1984; Slevin et al., 1988;

Oleson, 1990; Ware, 1993; Farquhar, 1995; Bowling, 1995; The WHOQOL Group, 1995).

Cada vez mais se ouve falar de qualidade de vida quando se referem aos mais variados aspectos da vida quotidiana, sendo que, a partir da década de 80 o conceito foi integrado na lógica do senso comum, o que veio a tornar-se um obstáculo para a sua cientificidade (Bowling, 2001; Ribeiro, 2005; Seidl & Zannon, 2004). A qualidade de vida é, hoje, um termo utilizado tanto na linguagem quotidiana das pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas, como no contexto da pesquisa científica, em diversas áreas do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e outras especialidades da saúde (Bowling & Brazier, 1995; Rogerson, 1995; Seidl & Zannon, 2004).

Desde de 1970, a avaliação da qualidade de vida cresceu de uma disciplina relativamente restrita para uma disciplina formal com estrutura coesa, métodos consagrados e diversas aplicações (Berlim; Fleck, 2003).

Campbell (1976), tentou explicitar as dificuldades que constituíam definir o constructo qualidade de vida: “*qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre o qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é*”. Esta citação, produzida à cerca de trinta anos, demonstra a ênfase dada na literatura mais recente às controvérsias sobre o conceito a partir do momento em que este apareceu na literatura associado a trabalhos empíricos.

O termo qualidade de vida surge pela primeira vez na literatura médica na década de 30, segundo um levantamento de estudos que tinham como objectivo a sua definição e que faziam referência à sua avaliação. Neto (2002), trabalhando com a publicação de Cummins, intitulada *Directory of Instruments to Measure Quality of Life and Correlate Areas*, publicada em 1998, identificou 446 instrumentos, no período de setenta anos. Contudo, mais de 65% do total desses instrumentos aparecem na literatura desde os anos 80. Também Zanei (2006) aponta um evidente crescimento do número de investigações sobre qualidade de vida na qual apontou que, numa busca electrónica realizada na base de dados MEDLINE/PUBMED, utilizando a palavra “quality of life”, foram encontrados 573 artigos sobre essa temática entre 1970 e 1980. Na década

seguinte, houve o registo de 3.960 e de 1991 a 2000 houve um aumento significativo, sendo encontrados 21.962 artigos e, a partir de 2001 até Janeiro de 2006 estavam disponíveis 27.931 artigos. O acentuado crescimento nas duas últimas décadas revela os esforços voltados para o amadurecimento conceptual e metodológico do uso do termo na linguagem científica.

Em países desenvolvidos, a avaliação da qualidade de vida tornou-se prática frequente e importante tanto em pesquisa e acompanhamento clínico quanto para o desenvolvimento de recursos e avaliações de programas (Paschoal, 2004). Para este autor, a avaliação da qualidade de vida está a ganhar popularidade e tem sido usada juntamente com indicadores de saúde tradicionais, como taxas de mortalidade, além de serem usadas em ensaios clínicos e em avaliações de resultados.

A qualidade de vida torna-se uma variável útil para determinar o impacto global das doenças e dos tratamentos médicos a partir da perspectiva do indivíduo, e a sua avaliação é potencialmente útil para aplicação na pesquisa e prática clínica para demonstrar o impacto das doenças e o possível benefício das intervenções terapêutica (Berlim; Fleck, 2003).

De acordo com Paschoal (2000), tradicionalmente, o atendimento médico era focalizado no diagnóstico e tratamento, e os resultados eram avaliados através de indicadores objectivos: morbidade e mortalidade. Entretanto, nas últimas décadas, variáveis subjectivas que consideram as percepções dos indivíduos em relação ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida têm sido incorporadas. Deste modo, os indivíduos podem expressar a sua opinião sobre a sua qualidade de vida global, e sobre aspectos particulares, como saúde, sexualidade, capacidade funcional e relações sociais, entre outros (Souza, 2004).

O interesse crescente na avaliação da qualidade de vida também pode ser observado na área da saúde colectiva e das políticas públicas, pois as informações sobre este constructo têm sido utilizadas como indicadores para avaliar a eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos em grupos de portadores de patologias diversas e também na comparação de procedimentos no controle de problemas de saúde. Além disso, outro interesse está relacionado directamente com as práticas assistenciais quotidianas dos serviços de saúde, a qualidade de vida pode ser utilizada como um

indicador nas apreciações clínicas de doenças específicas, avaliando o impacto físico e psicossocial que doenças, disfunções ou incapacidades podem acarretar, permitindo melhor avaliação do paciente e adaptação à sua condição podendo influenciar decisões e condutas terapêuticas (Seidl; Zannon, 2004).

### **3.2. Definição**

Embora não haja consenso conceitual sobre qualidade de vida, existe entre a comunidade científica concordância sobre o constructo qualidade de vida. Segundo Seidl e Zannon (2004), desde o início da década de 1990, houve consenso entre os estudiosos referente a dois aspectos do constructo qualidade de vida, que este é subjectivo e multidimensional. No que concerne à subjectividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida, ou seja, significa que a qualidade de vida deve ser avaliada pelo próprio indivíduo, considerando a percepção da pessoa sobre a sua situação pessoal em cada uma das dimensões da qualidade de vida. Em relação à multidimensionalidade é reconhecido que o constructo é composto por diferentes dimensões: físico, social, mental, espiritual, entre outros. A identificação dessas dimensões tem sido objecto de pesquisa científica, em estudos empíricos, usando metodologias qualitativas e quantitativas.

De acordo com Zanei (2006), a qualidade de vida é também caracterizada como um conceito dinâmico. Fundamenta esta característica com o facto de a qualidade de vida ser mutável, no decorrer do tempo, variando ainda entre pessoas de diferentes condições sociais, culturais ou de locais diversos e ainda de acordo com estado de espírito, ou de humor do indivíduo (Paschoal, 2000).

Duas tendências quanto à conceituação do termo na área de saúde são identificadas: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde.

No primeiro caso, qualidade de vida apresenta uma acepção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções. Ilustra com excelência essa conceituação a que foi adoptada pela Organização Mundial

de Saúde (OMS), no seu estudo multiétnico que teve como objectivo principal elaborar um instrumento de avaliação da qualidade de vida numa perspectiva internacional e transcultural. A qualidade de vida foi definida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1995).

As dimensões que emergem de forma consistente na literatura sobre qualidade de vida são: funcionamento físico, cognitivo e social; mobilidade e autocuidado; bem-estar emocional (Shumaker et al., 1997).

Uma revisão das distintas definições existentes mostra aspectos comuns e também diferenciais, particularmente em termos de conteúdo, especificidade e relevância teórica.

Alguns investigadores optam por definições breves e concisas como o caso de Calman (1984), que considera que *“qualidade de vida é a distância entre as expectativas e os ganhos do paciente”*. Shipper, Clinch & Powell (1990), propõem que a avaliação da qualidade de vida deve ser realizada sobre *“os efeitos funcionais de uma doença e do seu tratamento, tal como estes são percebidos pelo paciente”*.

Um aspecto importante que caracteriza estudos que partem de uma definição genérica do termo qualidade de vida é que, as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de doenças específicas.

O termo qualidade de vida relacionado à saúde é muito frequente na literatura e tem sido utilizado com objectivos semelhantes à conceituação mais geral. No entanto, parece implicar os aspectos mais directamente associados às doenças ou às intervenções na saúde. A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde oferece um meio de monitorizar os efeitos de uma doença e do seu tratamento em termos do que é relevante para o indivíduo. Desta forma, muda-se o enfoque centrado no modelo biomédico, visto que esta visão tem se mostrado cada vez mais insuficiente, quando se considera que uma doença ou o seu tratamento afecta somente o funcionamento biológico, desconsiderando, portanto, que é capaz também de provocar alterações no seu bem-estar e no seu comportamento social. Neste sentido, além dos aspectos clínicos, considera

outros aspectos relevantes relacionados à saúde: a função física, social e bem-estar, frente a uma doença ou tratamento.

*“é o valor subjectivo que o paciente atribui de diferentes aspectos da sua vida, em relação ao seu estado de saúde”* (Guiteras & Bayés, p. 179)

*“refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afectados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida”* (Cleary et al., p. 91).

*“é o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde”* (Patrick & Erickson, 1993, p. 1384).

A qualidade de vida relacionada à saúde refere-se ao nível de bem-estar e satisfação associado à vida do indivíduo e como ela é afectada pela doença, acidentes e tratamentos sob o ponto de vista do próprio paciente e é uma ferramenta importante como variável capaz de avaliar o impacto da doença, saúde e tratamento, pois analisa todos os aspectos relevantes que merecem ser considerados na avaliação dos pacientes (Ciconelli, 2003).

Devido aos importantes avanços obtidos no campo da investigação biomédica, relacionados com diferentes doenças crónicas ou incuráveis, como são por exemplo processos reumatóides, asma, diabetes, cancro e mais recentemente a infecção pelo VIH e a SIDA, torna-se clara uma maior relevância na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde como resultado das intervenções terapêuticas.

Um factor de grande importância neste contexto é a utilização do arsenal terapêutico disponível, cujo impacto sobre a qualidade de vida deveria ser necessariamente avaliado.

Nos países ocidentais despreza com relativa facilidade que a verdadeira função da área da saúde não é dotar o homem do dom da imortalidade, mas sim, sobretudo, proporcionar qualidade aos anos vividos (Carné, 1993).

### 3.3. Organização Mundial de Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS), deu um grande contributo teórico-metodológico para o tema ao desenvolver um projecto multicêntrico cuja construção se desenhou em quatro etapas: clarificação do conceito qualidade de vida por especialistas oriundos de diferentes culturas; estudo qualitativo, em 15 cidades e 14 países, com grupos focais formados por pacientes com perturbações diversas, profissionais de saúde e pessoas da população em geral, para explorar as representações e o significado do termo em diferentes culturas; desenvolvimento dos testes de campo para análise factorial e de confiabilidade, validade de constructo e validade discriminante (WHOQOL, 1995; WHOQOL, 1998).

A natureza multidimensional do constructo foi validada, de modo empírico, a partir da emergência de quatro grandes dimensões ou factores: *física* – percepção do indivíduo sobre a sua condição física; *psicológica* – percepção do indivíduo sobre a sua condição afectiva e cognitiva; *relacionamento social* – percepção do indivíduo sobre relacionamentos sociais e os papéis adoptados na vida; *ambiente* – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. Além destas dimensões, obteve-se uma avaliação da qualidade de vida percebida de modo global, medida por quatro itens específicos que foram organizados num único resultado. As quatro dimensões, mais os itens referentes à qualidade de vida geral, constituem o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL, 1998).

Composto por seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais), em cada um, várias facetas da qualidade de vida sintetizam o domínio particular de qualidade de vida em que se inserem, num total de 24 facetas específicas e uma de qualidade de vida em geral. Cada faceta do WHOQOL pode ser caracterizada como uma descrição de um comportamento, um estado, uma capacidade ou uma percepção ou experiência subjectiva (Canavarro et al., 2006; Rijo et al., 2006).

A primeira versão em língua portuguesa do WHOQOL-100 foi desenvolvida para Português do Brasil, em Porto Alegre (Fleck et al., 1999a, 1999b, 2000). A versão em Português de Portugal encontra-se actualmente também disponível.

A necessidade de instrumentos curtos, mas dotados de características psicométricas satisfatórias, levou ao desenvolvimento de uma versão abreviada deste: o WHOQOL-Bref. Este é composto por 26 questões, tendo conservado quatro dos seis domínios da versão original: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O teste apresentou características satisfatórias quanto à confiabilidade teste-reteste e à validade discriminante (Feck et al., 2000).

## **CAPÍTULO IV – PSICOLOGIA POSITIVA**

### **4.1. Aspectos gerais da Psicologia Positiva**

Durante muitos anos a psicologia centrou-se exclusivamente no estudo da patologia e da debilidade do ser humano, chegando a identificar e quase confundir psicologia com psicopatologia e psicoterapia. Este foco exclusivamente no negativo que dominou a psicologia durante tanto tempo, levou a assumir um modelo da existência humana que omitiu as características positivas do ser humano. Deste modo, características como a alegria, o optimismo, a criatividade, o humor, entre outro, foram ignorados e explicados superficialmente (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Vásquez & Hervás, 2008).

Myers (2000, p. 56 cit por Oliveira, 2004), obtém numa busca electrónica no *Psychological Abstracts*, de 1887 até 1999, 8072 artigos sobre a ira, 57800 sobre a ansiedade, 70856 sobre depressão e apenas 851 sobre alegria, 2958 sobre felicidade e 5701 sobre satisfação. Evidencia assim o domínio das investigações negativas sobre as positivas (na ordem de 14 para 1).

Nos últimos anos grande parte da investigação e do esforço teórico realizado pelos psicólogos esteve centrado na procura de meios para prevenir o desenvolvimento de perturbações em indivíduos potencialmente vulneráveis. Neste campo, pode-se verificar que a psicologia foi incapaz de apresentar soluções satisfatórias. O modelo patogénico adaptado durante anos, mostrou-se incapaz de se aproximar da prevenção

do transtorno mental. Talvez o motivo deste fracasso se justifique pelo facto de que a prevenção esteve sempre centrada nos aspectos negativos e em evitar ou eliminar as emoções negativas (Poseck, 2006). Os maiores progressos na prevenção provêm de perspectivas centradas na construção sistémica de competências (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Neste sentido, está demonstrado que existem competências humanas que actuam como amortecedores contra o transtorno mental e parece existir suficiente evidencia empírica para afirmar que determinadas características positivas humanas, como o optimismo, a esperança, o amor, entre outras, actuam como barreiras contra as perturbações (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Poseck, 2006; Vásquez & Hervás, 2008).

Os constructos da Psicologia Positiva são consequência de uma série de acontecimentos e movimentos, sucedidos na história, que se relacionam com origens teóricas diversas. Podemos assim, identificar três marcos históricos distintos que tiveram um grande contributo para a “versão positiva” da Psicologia:

O primeiro marco aponta para a herança dos movimentos sociais inspirados no Iluminismo e no Utilitarismo, que impulsionaram a investigação na área da Qualidade de Vida (Nunes, 2007). O Iluminismo vem alterar o significado da existência da Humanidade, defendendo que é a vida em si mesmo, em vez do serviço ao Rei ou a Deus. Pela primeira vez a sociedade é potenciada como um meio de proporcionar aos cidadãos a satisfação das suas necessidades para uma vida boa (Galinha & Ribeiro, 2005). Manifesta-se no Utilitarismo através dos seus princípios em que a melhor sociedade é aquela que providência a melhor felicidade para o maior número de pessoas. Em 1960, generalizam-se os Estados de Providência e verifica-se uma mudança para valores pós-materialistas onde se introduz o tema Qualidade de Vida indicando que existe mais na condição humana do que o Bem-Estar Material (Veenhoven, 1996 cit por Galinha & Ribeiro, 2005).

A segunda herança, está relacionada com os desenvolvimentos no campo da saúde, nomeadamente, a Segunda Revolução da Saúde, na década de 70, cujos princípios centrais consistiram em defender o retorno a uma perspectiva ecológica na saúde e mudar o enfoque das questões da doença para as questões da saúde (Nunes, 2007). Assume também outro desafio, combater os comportamentos que se acreditava estarem na origem das principais causas de mortalidade na população no século XX tais

como, fumar, consumir drogas, álcool (Ribeiro, 1998, 2005 cit por Galinha & Ribeiro, 2005). É nesta altura que o conceito de Bem-Estar surge consistentemente associado ao conceito de Saúde e que se generalizou à Saúde Mental (Terris, 1975; O'Donnel, 1986 cit por Galinha & Ribeiro, 2005). Surge o modelo biopsicossocial aplicado à Saúde Mental e à Saúde em geral, reconhecido como um abordagem integral e holística, necessário para ultrapassar o reducionismo da perspectiva biomédica na promoção da saúde. A Psicologia passa a interessar-se pelos aspectos positivos do espectro da Saúde Mental, tornando-se consensual que a Saúde Mental é mais do que ausência de perturbações mentais (Galinha & Ribeiro, 2005).

Por fim, em terceiro, surge o nascimento da Psicologia Positiva, uma nova corrente, que visa determinar o peso das emoções positivas no equilíbrio mental e físico. Os seus defensores reconhecem que as suas ideias não são novas e por isso não clamam por originalidade (Oliveira, 2004). Um dos principais representantes deste movimento é o psicólogo Martin Seligman, antigo presidente da APA, que durante quase trinta anos lidou com pacientes deprimidos, resolveu inverter o curso dos seus estudos. Deixou o campo das fraquezas humanas e passou a procurar respostas para compreender quais são as raízes da felicidade afirmando que “sabia-se muito a respeito da depressão, mas quase nada sobre a essência comum das pessoas felizes” (Nunes, 2007).

A Psicologia Positiva é um ramo da psicologia que procura compreender, através da investigação científica, os processos subjacentes às qualidades e emoções positivas do ser humano, representa um novo ponto de vista de entender a psicologia e a saúde mental que vem a complementar e apoiar as teorias existentes (Snyder & Lopez, 2002). Tem como objectivo melhorar a qualidade de vida e prevenir o desenvolvimento de perturbações mentais e patologias, focando a construção de competências protectoras (Poseck, 2006).

O grupo de Seligman, explica que a Psicologia Positiva consiste no estudo científico das experiências positivas e dos traços individuais positivos, dos aspectos que facilitam esse desenvolvimento. Referem que é um campo interessado pelo bem-estar e funcionamento óptimos, e desenvolveu-se visando aumentar o foco da psicologia clínica para além do sofrimento e do seu alívio directo (Duckworth e tal., 2005 cit por Ribeiro, 2006).

Seligman conclui que os homens e mulheres satisfeitos têm uma social mais rica e produtiva. Os muito felizes passam o mínimo de tempo sozinhos e mantêm ótimos relacionamentos, cultivam mais amizades e permanecem casados mais tempo. Estudos demonstram que pessoas mais felizes têm uma maior longevidade de vida. O mesmo autor apresenta três pilares da Psicologia Positiva, os estados positivos de bem-estar subjectivo (satisfação com a vida, felicidade, optimismo); traços individuais/psicológicos positivos (criatividade, coragem, compaixão, integridade, sabedoria, auto-controlo, espiritualidade); instituições positivas (famílias saudáveis, comunidade, escola, ambiente de trabalho, mass media) (Nunes, 2007).

Csikszentmihalyi e Seligman (2000) defendem que grande parte da tarefa da prevenção neste século será criar uma ciência que aborde as forças humanas, cujo objectivo será compreender como ampliar e/ou adoptar essas virtudes em populações mais jovens.

Uma das teorias que de forma sólida representa esta corrente é a desenvolvida por Bárbara Fredrickson. Esta autora considera que compete à Psicologia Positiva entender e promover os factores que permitam aos indivíduos, comunidades e sociedades, florescer. As emoções positivas promovem a saúde física, intelectual e psicossocial, que perdura muito depois da emoção ter desaparecido. Podem ser o meio para resolver muitos dos problemas que geram as emoções negativas e através delas superar momentos difíceis e sair fortalecidos destes. Segundo este modelo, as emoções positivas podem ser canalizadas para a prevenção, tratamento de modo a que se transformem em verdadeiras armas para enfrentar problemas (Fredrickson, 2000). No entanto, atribui às emoções positivas um papel alargado e com consequências duradouras, considerando-as como “veículo para o crescimento individual e conexão social” (Fredrickson, 2001).

Algumas críticas foram tecidas ao movimento da psicologia positiva, afirmando-se que, esta já dava os primeiros passos sobretudo nos autores de psicologia mais humanistas, como Jung (1933), W. James (1958), Allport (1961), Maslow (1971) (Oliveira, 2004).

Held (2004 cit por Ribeiro, 2006) critica o movimento da psicologia positiva em três aspectos básicos: a) a tirania da mensagem dominante da atitude positiva e da

psicologia positiva; b) o negativismo dos psicólogos positivos; c) a realidade versus objectividade. Ela não discute a importância dos estudos que são utilizados como referência mas discute o movimento enquanto ideologia que ela denomina por “M” por oposição aos que denomina por “m”, estes com origem nos movimentos da psicologia humanista que vem dos anos 50 com Maslow e Rogers e que se percebe no título de Marie Jahoda (1958), contemporânea destes que escreve um livro intitulado *Current Concepts of Positive Mental Health*.

#### **4.2. Esperança**

Entre os vários conceitos que definem o Homem como, animal, ser racional, político, religioso, pode acrescentar-se um outro, o “ser que espera” ou “ser que vive da esperança”. Representa uma atitude, emoção, valor, virtude, das mais positivas ou necessárias para o ser humano. Para além de uma dimensão antropológica, filosófica e psicológica, a esperança tem também uma inevitável dimensão e implicações sociais, visto que não é possível viver na comunidade sem um mínimo de esperança, embora cada corrente tenha a sua interpretação, como é o caso do marxismo que a vê como uma igualdade de classes (Zavalloni, 1991 cit por Nunes, 2007).

A perspectiva que cada pessoa tem sobre o futuro tem uma grande relevância do ponto de vista psicológico. Seligman (2003) refere que cultivar estratégias positivas relacionadas com o futuro pode ter um efeito protector perante a depressão, favorece um melhor rendimento laboral e uma melhor saúde física (Hervás, Sánchez & Vasquez, 2008).

Um dos autores que se debruçou sobre esta qualidade positiva humana foi Snyder. Em 1995, Snyder apresenta uma definição de esperança como “um processo de pensamento sobre os objectivos da pessoa acompanhado com a motivação de actuar nesse sentido (agency) e de encontrar os meios (pathways) para atingir os respectivos objectivos. Define ainda que, a esperança é uma “energia cognitiva e percursos para os objectivos” (p. 355). Uma maior esperança resulta um elevado sentido de energia mental e de meios para atingir os objectivos. O autor refere que a esperança é disposicional, no entanto pode ver-se alterada ao longo do tempo. O constructo esperança inclui o estabelecimento de metas, uma vez que, por definição, esperança

significa ter a capacidade para definir objectivos, encontrar formas para os alcançar, e motivar-se para tal (Snyder, 2000).

O autor define a Esperança através de uma expressão curta, mas abrangente, “energia cognitiva e precursora para os objectivos”. Pressupõe que os indivíduos quando pretendem atingir determinadas metas na sua vida, projectam percursos que julguem ser os mais adequados. Estes percursos implicam a implementação de um conjunto de acções e motivações que visa o sucesso dos objectivos a alcançar.

Na teoria da esperança, *agency* representa a capacidade de percepção individual para iniciar ou manter as acções necessárias ao alcance de objectivos. Por seu lado, *pathways* refere-se a uma aptidão necessária para gerar caminhos que permitam o alcance dos objectivos propostos. Perante isto, a esperança pode ser vista como um sistema cognitivo-emocional que precede as emoções. São estes objectivos que ajudam e fornecem sentido à vida das pessoas. Snyder refere que a esperança é essencialmente uma forma de pensamento e que pessoas com altos níveis de esperança deverão apresentar emoções positivas resistentes, ao contrário das pessoas com baixa esperança. Segundo este autor e seu colaboradores, pode dar-se o caso de traçar bem os objectivos mas não os meios para os alcançar e vice-versa. Caracterizam, deste modo, a esperança como multidimensional, falando por vezes de três componentes: objectivos, meios e pensamentos de acção (*goal, pathways, agency thoughts*) (Snyder, 2002).

Para o autor, as acções humanas são determinadas pelas metas que os indivíduos pretendem alcançar, para isso é necessário traçar percursos bem determinados. Estas metas começam por ser acções mentais que estão dotadas de componentes cognitivos e motivacionais, que estão na base da teoria da Esperança.

Existe uma estreita ligação entre as emoções e a Esperança, onde as emoções positivas vão ajudar a adquirir percepções de sucesso para as metas que se pretendem alcançar. Estas percepções permitem que haja motivação para implementar determinadas metas, e minimizam os aspectos mais negativos que possam surgir neste processo (Snyder, et al., 2000; Snyder, 2000; Snyder et al., 2002).

Stotland (1969) elaborou uma teoria sobre esperança realçando os aspectos sociocognitivos, considerava a esperança como uma expectativa de atingir os

objectivos, o que se reflecte ou é observável no comportamento, enquanto Snyder desdobre este processo em dois (agency e pathways) (Oliveira, 2003).

Outros autores que investigaram sobre o tema foram, Averill, Catlin e Chon (1990) analisando o modo que o povo define esperança. Sugerem assim que se trata essencialmente duma emoção governada por regras cognitivas. A esperança justifica-se quando os objectivos são importantes, sob controlo do sujeito e socialmente aceitáveis (Oliveira, 2003).

Para compreender o significado de esperança, esta deve ser distinguida do conceito de optimismo. O optimismo encontra-se próximo da esperança, embora esta seja mais ampla e talvez com uma conotação mais afectivo-emocional, enquanto no optimismo prevalece a dimensão cognitiva. O optimismo tende a dar uma visão positiva de tudo, enquanto que a esperança se dirige a objectivos particulares e precisos.

Oliveira (2004), ao estudar a esperança, critica a multidimensionalidade atribuída por Snyder, afirmando que “parece que quem luta afincadamente por atingir determinadas metas procura implicitamente os meios para lá chegar; de contrário, não estaria verdadeiramente motivado para alcançar os objectivos. Assim podíamos continuar a considerar a esperança como um constructo unidimensional” (p.123). Refere também que “pensar na acção está implícito nos objectivos que incluem também os meios” (p. 123).

Mais recentemente, Snyder, Lopez, Shorey, Rand e Feldman (2003) definiam Esperança como um mecanismo que permite a reflexão e a percepção individual das capacidades que cada pessoa tem para alcançar os seus objectivos, para além de avaliar as estratégias que permitem avaliar as suas próprias motivações inerentes às acções e aos percursos que são implementados com o intuito de alcançar esses mesmos objectivos.

Nos últimos anos, vários trabalhos examinaram os efeitos do desenvolvimento da esperança sobre o aumento do bem-estar. Um desses estudos foi realizado por Irving, Snyder, Cheavens e colaboradores em 2004. Analisaram a eficácia de uma intervenção dirigida a desenvolver os componentes da esperança numa amostra de pacientes com diferentes problemas mentais que requeriam tratamento. Os resultados desta intervenção foram significativos tanto no aumento de esperança como na redução parcial da

sintomatologia, especialmente naqueles sujeitos que apresentavam níveis prévios de esperança elevados. Concluíram que, os níveis de esperança iniciais foram um preditor de melhor aproveitamento terapêutico posterior (Hervás, Sánchez & Vasquez, 2008).

Algumas críticas foram tecidas à Teoria de Esperança de Snyder. Aspinwall e Leaf (2002), defendem que o papel das emoções não está devidamente explicado neste modelo e que não são claras as relações entre o Optimismo e auto-regulação com a Esperança. As autoras referem que, no modelo de Snyder, as pessoas com elevados índices de esperança têm maior flexibilidade para modificar as metas, quando não conseguem realizar aquelas que foram propostas, mas não especifica o processo pelo qual as acções e percursos são alterados, nem os processos que podem ser adoptados, quando os meios alternativos não apresentam solução. Referem também que, factores como o suporte social, o *coping* e a religião, não estão devidamente claros nesta teoria.

Outra crítica surge num artigo de Chartrand e Cheng (2002), em que os autores sugerem que a esperança é um constructo que poderá ser melhor compreendido através do inconsciente, defendendo que este assume um papel importante na forma como são traçados os percursos e nas motivações que sustentam a perseguição das metas a alcançar.

Snyder et al. (2002), defende a sua teoria afirmando que a Esperança se relaciona com crenças na medida em que acredita nos resultados positivos e na possibilidade das pessoas desenvolverem capacidades para realizar alterações positivas nas suas vidas. O constructo de Optimismo baseia-se na percepção dos resultados positivos ou negativos. Os optimistas esperam encontrar resultados positivos e os pessimistas o contrário. Na Esperança, espera sempre encontrar-se resultados positivos. A percepção de suporte social e a implementação de estratégias de *coping* face a situações de stress são factores que contribuem para a teoria da esperança. E por fim, que o papel do consciente é fundamental na teoria de Esperança, na medida em que, é através deste que o indivíduo consegue compreender as necessidades e motivações que o levam a traçar metas para obter resultados.

A Esperança tem sido estudada enquanto um componente fundamental na ajuda da implementação de estratégias eficazes para o sucesso. A compreensão deste constructo é um contributo importante relativamente aos desafios que a vida nos impõe,

por este é um factor positivo na implementação de estratégias, que possam minimizar os acontecimentos negativos e potenciar as capacidades individuais para contornar obstáculos (Snyder et al., 2000; Snyder, 2002; Snyder et al., 2002).

A Esperança nos contextos de saúde revela-se um componente cognitivo-motivacional na protecção, eliminação ou redução dos problemas físicos e psicológicos em situação de doença. Quando as pessoas apresentam níveis elevados de Esperança, têm mecanismos de processamento da informação face à doença física, que vão ajudá-las a encontrar percursos mais adequados no sentido de obter sucesso. Consequentemente, os percursos que são implementados têm como objectivo não só resolver um problema de doença instalada, como também prevenir o agravamento da mesma (Snyder et al., 2000). Beste (2005), realizou um estudo em que demonstra que a esperança tem um papel fundamental durante o processo de tratamento de doenças crónicas graves, sendo um factor importante para suavizar os danos dos tratamentos.

Chu, et al. (2007), ao realizar uma revisão bibliográfica sobre o papel da esperança em doenças crónicas, verificou que os indivíduos com níveis socioeconómicos mais baixos tinham níveis de esperança inferiores. Os doentes com elevados níveis de esperança aceitam mais facilmente a doença, restabelecem a sua vida dentro dos padrões normais e adquirem comportamento de reconciliação com a vida e a morte, utilizando muitas vezes a religião como uma estratégia positiva de *coping* no ajustamento à doença.

A Esperança pode ter também um papel importante na promoção da saúde, e na prevenção da doença, enquanto mecanismo de ajuda a estabelecer estilos de vida saudáveis, tais como a prática de exercício físico, dietas saudáveis, consumos moderados de bebidas alcoólicas, abstinência ao tabaco e outros (Snyder et al., 2000).

#### **4.2.1. Esperança e HIV/SIDA**

A esperança, como definida por Snyder, tem potencialmente um papel importante no desenvolvimento de estratégias de coping em indivíduos infectados com VIH. A esperança pode ter também um impacto nos comportamentos relacionados com

a infecção pelo VIH, especificamente podendo associar-se aos comportamentos sexuais, de risco, de adesão ao tratamento, entre outros.

Certamente, um diagnóstico positivo deste tipo de infecção vai esvaziar a pessoa de esperança. Com um diagnóstico de seropositividade, virtualmente todas as prioridades futuras e objectivos têm de ser reformulados ou no mínimo alterados. A motivação para uma adaptação a esta nova realidade stressora pode não estar imediatamente presente. Também a motivação para reformular prioridades e objectivos pode estar em falta, causando diminuição nos pensamentos/percepções acerca da motivação para actuar nesse sentido (*agentic thinking*) (Moon & Snyder, 2000).

Uma premissa básica da teoria da esperança é que os pensamentos sobre os objectivos são cruciais, tornando tudo que os impede um inibidor da procura de atingir tais metas. Objectivos percebidos como acessíveis, ou atingíveis, originam emoções positivas, ao contrário dos objectivos percebidos como inatingíveis que produzem emoções negativas. Sendo assim, um grande bloqueador de objectivos pode levar a grandes experiências negativas. Estudos demonstram que impedimentos dos objectivos resultam em baixa auto-estima. Neste contexto, a infecção por VIH vai representar barreiras de grandes proporções para os objectivos dos indivíduos infectados (Moon & Snyder, 2000).

Pessoas com alta esperança adoptam melhores estratégias de coping face aos factores bloqueadores que surgem do decurso da doença, provavelmente encontrando novos objectivos, ajustando os existentes, ou encontrando novos métodos para os atingir. Estes indivíduos (com níveis de esperança altos) costumam apresentar pensamentos (*agency* e *pathways*) para activamente perseguirem as suas metas (Moon & Snyder, 2000).

Sujeitos com baixa esperança costumam estar mais vulneráveis a desenvolverem depressão, especialmente se as emoções negativas andarem lado a lado com consequentes objectivos inatingíveis. Têm tendência a preocupar-se em demasia e a sentir falta de controlo, sendo este sentimento de falta de controlo essencial para o estabelecimento e duração da depressão. É a incapacidade de perceber os meios disponíveis para alcançar os objectivos (*pathways*) que pode minar o controlo percebido (Moon & Snyder, 2000).

Deve ser lembrado que nem todas as pessoas infectadas com VIH/SIDA demonstram baixos níveis de esperança. As novas terapêuticas têm vindo a diminuir o sentimento de falta de opções nos seropositivos.

Um papel pró-activo na vida, especialmente na saúde, está associado a um melhor ajustamento psicológico. A teoria da esperança indica que indivíduos que possuem pensamentos positivos sobre a motivação que irão aplicar nos meios percebidos para atingir os objectivos, vão ver aumentada a sua auto-estima e melhorar o seu ajustamento psicológico (Moon & Snyder, 2000).

Rabkin et al. (1990), estudaram a esperança em seropositivos, focando-se ao nível das emoções. Os seus resultados vão de encontro à teoria de Snyder sobre esperança no sentido que, menos esperança correlaciona-se com maior depressão. Mencionam também que, baixos estados de esperança se relacionam mais com depressão que o conhecimento do diagnóstico de seropositividade e com o aparecimento de sintomas (Moon & Snyder, 2000).

O ser humano tem capacidades enormes de sobrevivência e de ultrapassar obstáculos. É a habilidade de encontrar e desenvolver uma avaliação positiva de situações adversas, encontrando resultados positivos, uma das características centrais de um indivíduo com alta esperança. Uma avaliação positiva conduz a estratégias de coping de sucesso, estando o coping relacionado com a esperança a vários níveis. Assim, a ideia não é sobreviver mas sim, sobreviver bem (Moon & Snyder, 2000).

Ser infectado com VIH leva a uma drástica mudança de estilo de vida. Este acontecimento conduz a várias potenciais reacções psicológicas negativas. A teoria da esperança permite-nos observar como as pessoas conseguem transformar este evento negativo em algo positivo.

A esperança e o coping são quase inseparáveis, mas é necessário investigação futura no sentido de explorar a aplicação da teoria da esperança ao coping, com o impacto psicológico do VIH/SIDA (Moon & Snyder, 2000).

Snyder, Irving e Anderson (1991, cit por Martinez, Ferreira, Sousa e Cunha, 2007), referem que o componente *agency* proporciona um “tónico mental” ao nível da sobrevivência psicológica em situações médicas complicadas, uma vez que permite um

nível de actividade psicológica ajustada face a situações stressantes. O modo como as estratégias de coping são desenvolvidas e o ajustamento psicológico associado a essas estratégias, surge muitas vezes associado à dimensão *pathways*, já que níveis elevados desta dimensão proporcionam novos caminhos e oportunidades para contornar situações indesejáveis como a depressão e a ansiedade.

## **Parte II – Estudo Empírico**

## **CAPÍTULO V – ESTUDO EMPÍRICO**

### **5.1. Justificação do Estudo**

A Psicologia, ao estudar o comportamento humano, apresenta várias investigações no sentido de compreender tanto o fenómeno das dependências, como o da infecção por VIH. São ambas patologias que acarretam consigo inúmeros potenciais efeitos nefastos na pessoa, atingindo essencialmente a sua QV. Devido à lacuna de estudos sobre a QV e a Esperança em toxicodependentes seropositivos, e atendendo também à decorrente necessidade de especificar intervenções que promovam a QV nesta população, surge o presente trabalho com os objectivos que se seguem.

### **5.2. Objectivo Geral**

Este estudo tem como objectivo principal avaliar a Qualidade de Vida e Esperança em toxicodependentes infectados com VIH e em toxicodependentes sem VIH.

### **5.3. Objectivos Específicos**

Foram considerados os seguintes objectivos específicos:

- a.** Descrever os resultados de Qualidade de Vida na população toxicodependente em tratamento em dois grupos específicos: indivíduos com VIH positivo/SIDA e indivíduos com VIH negativo;
- b.** Descrever os resultados de Esperança na população toxicodependente em tratamento em dois grupos específicos: indivíduos com VIH positivo/SIDA e indivíduos com VIH negativo;

- c. Analisar se existem diferenças ao nível da Esperança em função das variáveis que compõem o questionário sócio-demográfico;
- d. Relacionar, analisar e comparar a qualidade de vida e esperança nos dois grupos presentes na investigação;

As variáveis principais no presente estudo são a Qualidade de Vida e a Esperança. Quanto às variáveis secundárias, estas são constituídas pela idade, escolaridade, estado civil, agregado familiar, grau de felicidade familiar, habitação, actividade profissional, apoio social, estado legal, características de consumos, comportamentos de risco, saúde física e psicológica.

#### **5.4. Participantes**

A amostra do presente estudo é constituída por indivíduos toxicodependentes em tratamento na Unidade de Matosinhos CRI Porto Ocidental. O número total de participantes é de 82, onde 41 são indivíduos infectados com VIH e os restantes 41, grupo de controle, são indivíduos não infectados por VIH. Esta amostra, na sua totalidade, é caracterizada por idades iguais ou superiores a 18 anos, sexo masculino e sem diagnóstico de qualquer perturbação psicológica major.

A caracterização dos participantes está subdividida em função de variáveis sócio-demográficas e de variáveis clínicas. Assim, as características sócio-demográficas dos participantes são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3  
*Caracterização Sócio-Demográfica*

Característica	<i>n</i>	%
<b>Faixa Etária</b>		
21 – 30	9	11
31 – 40	34	41,5
41 – 50	37	45,1
> 50	2	2,4
<b>Escolaridade</b>		
Nunca foi à escola	1	1,2
1º Ciclo	28	34,1
2º Ciclo	31	37,8
3º Ciclo	20	24,4
Ensino Secundário	2	2,4
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	53	64,6
Casado	7	8,5
A viver maritalmente	15	18,3
Separado	6	7,3
Divorciado	1	1,2
<b>Actividade Profissional</b>		
Desempregado	53	64,6
Trabalho Ocasional	3	3,7
Empregado	26	31,7
<b>Apoio Social</b>		
R.S.I.	55	67,1
Centro de Emprego	1	1,2
Nenhum	26	31,7

Pela observação da mesma, verifica-se que a maioria pertence aos grupos de faixas etárias situadas entre 31 e 40 e entre 41 e 50, possui o 2º Ciclo de escolaridade, é solteiro, desempregado e recebe o apoio social Rendimento Social de Inserção. Pela análise dos restantes elementos constitutivos dos questionários, verificou-se que a maioria dos inquiridos vive em habitações condignas ( $n = 80$ ;  $P = 97,6\%$ ) com o pai e/ou mãe ( $n=29$ ;  $P=35,4\%$ ) e ao nível do estado legal encontram-se em liberdade ( $n = 68$ ;  $P = 82,9\%$ ). Podemos referir ainda que, de todas as mudanças sócio-

demográficas que os participantes assinalaram como positivas nas suas vidas, apenas consideram que se devem ao facto de estar em tratamento (dependências) as mudanças a nível do Estado Legal ( $n = 45$ ;  $P = 54,9\%$ ).

Pela análise da Tabela 4 podemos verificar que, grande parte dos inquiridos apresenta como droga principal, concomitantemente, a heroína e a cocaína, e como doenças a Hepatite C.

Tabela 4  
*Caracterização Clínica*

Característica	<i>n</i>	%
<b>Droga Principal</b>		
Cocaína	8	9,8
Heroína	24	29,3
C / H	49	59,7
Ecstasy	1	1,2
<b>Saúde Física</b>		
Hepatite B	3	3,7
Hepatite C	38	46,3
DST's	23	28
Tuberculose	12	14,6
VIH/SIDA	41	50

Ainda a nível clínico, podemos verificar que as vias de consumo, da droga principal, mais utilizadas pelos participantes são, a via injectada ( $n = 40$ ;  $P = 48,8\%$ ) e a fumada ( $n = 33$ ;  $P = 40,2\%$ ). Quanto ao tipo de tratamento das dependências em que se encontram, o tratamento de substituição opiácea com Metadona é o mais utilizado pelos inquiridos ( $n = 69$ ;  $P = 84,1\%$ ).

### 5.5. Desenho da Investigação

O desenho da presente investigação é observacional, descritivo de comparação entre grupos.

Observacional pois não houve intervenção por parte do investigador, descritivo ao fornecer informação acerca da população em estudo, de comparação entre grupos ao serem focados dois grupos, escolhidos com base no critério de um grupo possuir uma característica de interesse para o estudo e o outro não, sendo os dados recolhidos em apenas um período de tempo (Ribeiro, 1999).

## 5.6. Instrumentos

No presente estudo foram utilizados três instrumentos de avaliação: (1) Questionário Sócio-Demográfico, (2) Escala de avaliação da QV – WHOQOL-Bref, e (3) Escala de Esperança.

Estes instrumentos incluem uma folha de rosto com o consentimento informado dos participantes. A opção por estes instrumentos baseou-se no facto de nos parecerem ser os que mais se ajustavam aos objectivos do estudo. Foi ainda nossa preocupação utilizar instrumentos devidamente testados para a população portuguesa, facilitando a investigação em termos de morosidade e assegurando a sua credibilidade. Porém, houve a necessidade de obter ainda algumas informações suplementares relativas a aspectos sócio-demográficos, daí termos construído um questionário para o efeito.

**Questionário Sócio-Demográfico:** Este questionário integra questões relacionadas com condições dos participantes, que foram divididas em quatro grupos.

(I) Dados Sócio-Demográficos: faixa etária, nacionalidade, grau de escolaridade, estado civil, agregado familiar, grau de felicidade familiar, habitação, actividade profissional, apoio social e estado legal;

(II) Uso de Substâncias Psicoactivas: primeira droga consumida, idade de consumo, droga principal, idade de consumo, via de consumo, frequência do uso da droga principal, tipo de tratamento em que se encontra, número de tratamentos efectuados e existência de overdoses;

(III) Comportamentos de Risco: relacionados com o consumo e com relações sexuais;

(IV) Saúde: saúde física e saúde psicológica.

Na parte I, que aborda as questões sócio-demográficas, avaliam-se as questões em tempos diferentes, nomeadamente, antes do tratamento (dependências) e actualmente. É inquirida a opinião dos participantes sobre as mudanças existentes, se as avaliam como positivas, e também, se atribuem essas mudanças ao tratamento (dependências).

**Escala de avaliação da QV – WHOQOL-Bref:** Trata-se de uma versão mais reduzida do WHOQOL-100, com aproximadamente uma década de existência (Skevington, Lotly & O’Connell, 2004), desenvolvida pela OMS num projecto com 15 países diferentes, envolvendo um grupo de peritos de culturas diferentes (The WHOQOL Group) que trabalharam e debateram o conceito de QV e sua avaliação, com objectivo de desenvolverem um instrumento fidedigno, válido e sensível.

Consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir das 4 questões, no WHOQOL-Bref cada faceta é avaliada apenas por uma questão. Assim, o WHOQOL-Bref apresenta os seguintes domínios e facetas:

Domínio 1 – Domínio Físico: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; actividades da vida quotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho.

Domínio 2 – Domínio Psicológico: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais.

Domínio 3 – Relações Sociais: relações pessoais; suporte (apoio) social; actividade sexual.

Domínio 4 – Meio Ambiente: segurança física e protecção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade;

oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação e lazer; ambiente físico: poluição/ruído/transito/clima; transporte.

São 4 escalas utilizadas neste instrumento, tipo *Likert* com 5 pontos de intervalo, desenhadas para medir a intensidade, a capacidade, a frequência e a avaliação. Os itens questionam como os inquiridos sentem as situações descritas nos itens, nas duas últimas semanas (Skevington et al., 2004).

Relativamente à cotação do questionário, os domínios com 20% ou mais de omissões não são cotados, sendo que os resultados são transformados numa escala entre 0 e 100, para que seja possível a comparação entre os domínios compostos por um número desigual de itens. Parte-se do princípio que quanto maior a pontuação obtida, melhor a QV (Skevington et al., 2004).

Quanto às qualidades psicométricas do WHOQOL-Bref, verificaram-se bons resultados, no que respeita à distribuição das respostas aos itens, fidelidade ao nível da consistência interna, validade discriminante e validade de constructo, no entanto, existem algumas áreas que necessitam de mais atenção em estudos posteriores (Skevington et al., 2004).

Em Portugal, o estudo de validação do WHOQOL-Bref para português foi realizado através da colaboração entre investigadores das Faculdades de Medicina, Psicologia e de Ciências da Educação e Tecnologia (Departamento de Antropologia) da Universidade de Coimbra, entre 2004 e 2005, sob a responsabilidade de Canavarro et al. (2007).

Os autores supra-citados afirmaram que “as informações relativas à precisão e validade da versão para português evidenciam um bom desempenho psicométrico, tornando a prova uma medida adequada para a avaliação da qualidade de vida em Portugal” (p. 97).

Canavarro et al. (2007) sublinham que a versão para português do WHOQOL-Bref revelou alguma fragilidade ao nível da consistência interna do domínio Relações Sociais, à semelhança do que acontece noutros centros internacionais. Tal facto, poderá

dever-se ao facto de este domínio se basear apenas em três itens, um número menor ao número de itens que compõem os restantes domínios.

Recorremos à análise do valor de *alpha de Cronbach*, através da consistência interna dos itens, para determinar a fidelidade, ou seja, o grau de confiança dos resultados obtidos. Denota-se pela análise da Tabela 5, um valor total de *alpha de Cronbach* de 0,898, que significa uma boa consistência interna (Ribeiro, 1999).

Tabela 5

*Fidelidade do WHOQOL-bref*

<i>Instrumento</i>	<i>Nº Itens</i>	<i>alpha de Cronbach</i>
WHOQOL-bref	26	0,898

Analisámos também a sensibilidade dos resultados, i. e., a sua capacidade para diferenciar os sujeitos, segundo uma curva normal (Almeida & Freire, 1997). Para realizar esta característica psicométrica optámos pela comparação entre média e mediana, que se deverão sobrepor numa distribuição gaussiana e pela análise dos coeficientes de assimetria e de curtose que no deverão ser superiores à unidade (Almeida & Freire, 1997).

Tabela 6

*Sensibilidade do WHOQOL-bref*

<i>Instrumento</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
WHOQOL-bref	6,719	7,000	-0,258	0,526

Verifica-se pela Tabela 6 que, o *WHOQOL-bref* se mostra sensível.

**Escala de Esperança:** No sentido de avaliar a esperança utilizamos a Escala sobre a Esperança, de Barros de Oliveira, constituída por 6 itens. Os estudos psicométricos realizados por Barros (2003) apresentam um único *eigenvalue* superior a 1, concretamente 3.0, explicando só por si 49.2% da variância total, denotando tratar-se duma escala unifactorial. Nesses mesmos estudos, o autor obtém resultados que fazem supor que a pessoa com esperança é feliz, optimista e satisfeita (e vice-versa). Na matriz componencial todos os itens apresentam saturações elevadas. A consistência interna de esperança foi verificada através do coeficiente *alpha de Cronbach* que apresentou um

índice de .80, valor que pode ser considerado elevado, dados os poucos itens da escala. Por isso, e atendendo à estrutura factorial, pode ser considerada uma escala com boa fidelidade ou consistência interna.

Relativamente à cotação da escala, a pontuação total de esperança calcula-se pelo somatório das respostas aos seis itens, com um mínimo possível de 6 e um máximo de 30. Foram considerados sujeitos com “pouca” esperança os que obtiveram pontuações menores a 15 e com “muita” esperança os que pontuaram acima de 15.

Realizou-se a análise do grau de confiança dos resultados obtidos, ou seja, a fidelidade, através da consistência interna dos itens, medida pelos valores do *alpha de Cronbach*.

Tabela 7

*Fidelidade da Escala de Esperança*

<i>Instrumento</i>	<i>Nº Itens</i>	<i>alpha de Cronbach</i>
Escala de Esperança	6	0,934

A Tabela 7 mostra que a consistência interna dos itens da Escala de Esperança no presente estudo foi de 0,934, revelando uma boa consistência interna entre os itens (Ribeiro, 1999).

Tabela 8

*Sensibilidade da Escala de Esperança*

<i>Instrumento</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
Escala de Esperança	6,719	7,000	-0,258	0,526

Pelos resultados observados na Tabela 8, averigua-se que os valores da média e da mediana estão próximos, e que os de curtose e assimetria não são superiores à unidade, logo, aferimos que a Escala de Esperança se mostra sensível.

## 5.7. Procedimentos

Inicialmente, foi realizada a solicitação de autorização para a realização da investigação, junto do director da Unidade de Matosinhos CRI Porto Ocidental. Em seguida, foi apresentado em reunião de equipa o projecto de investigação, onde se solicitou toda a colaboração da equipa.

Os utentes foram questionados acerca da sua disponibilidade em fazerem parte do estudo. Uma vez que o utente concordou em responder, tornou-se fundamental a obtenção do consentimento informado assinado pelas duas partes. Houve um espaço para atender os utentes na recolha de dados, assim como um procedimento específico na recolha, isto é, estando decidido quem o fez e onde se guardou o material, de forma a garantir que o material se encontrou sempre seguro. Garantiu-se uma situação de privacidade, ou seja, o utente não respondeu aos instrumentos acompanhado de familiares, amigos ou outra qualquer pessoa.

Tornou-se imperioso a explicação do objectivo do estudo os utentes, assim como proceder aos esclarecimentos sobre todos os aspectos que o sujeito considerou importantes. Foi também explicado aos inquiridos que podiam sentir-se à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação.

A administração dos instrumentos foi efectuada pelo investigador principal com a colaboração da coordenadora de estágio. O questionário de qualidade de vida e a escala de esperança foram de auto-resposta. O entrevistador não influenciou o utente na escolha da resposta. Não discutiu as questões ou o significado destas, nem da escala de respostas. No caso de dúvida o entrevistador apenas releu a questão de forma pausada para o paciente, evitando dar sinónimos às palavras das perguntas. Insistiu-se na importância da interpretação do utente da pergunta proposta. Os instrumentos devem ser respondidos apenas num encontro.

O questionário sócio-demográfico foi preenchido pelo entrevistador tendo em conta igualmente, as directrizes acima expostas.

Os dados foram informatizados através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 18.

## CAPÍTULO VI – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

## 6.1. Resultados Descritivos

De acordo com a Tabela 9 verifica-se que existem diferenças significativas, entre indivíduos seropositivos e não infectados, no que diz respeito quer à QV quer à esperança, [ $t(80) = -2,180, p \leq 0,050$ ]. De facto, são os indivíduos não infectados que pontuam mais alto na QV e na Esperança, respectivamente  $M = 63,11, DP = 16,99$  e  $M = 23,56, DP = 5,01$ .

Tabela 9

Resultados da QV e Esperança

Instrumentos	M		DP		Min		Max		t	p
	VIH-	VIH+	VIH-	VIH+	VIH-	VIH+	VIH-	VIH+		
QV	63,11	58,88	16,99	17,20	25	25	100	75	-2,180	0,032*
Esperança	23,56	18,85	5,08	5,59	11	7	30	28		

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$ 

Na Tabela 10 estão registados os valores referentes aos domínios que constituem a QV dos dois grupos.

Tabela 10

Resultados dos Domínios da QV

Domínios	M		DP		Min		Max		t	p
	VIH-	VIH+	VIH-	VIH+	VIH-	VIH+	VIH-	VIH+		
QV										
Físico	56,79	52,26	10,28	11,40	28	25	100	75	-1,889	0,062
Psicológico	63,52	52,03	11,63	13,41	33	16	91	70	-4,143	0,000***
Relações Sociais	53,86	48,98	14,32	25,36	16	0	83	83	-1,072	0,287
Meio Ambiente	53,58	54,19	10,75	18,07	37	9	81	84	0,186	0,853

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$

Pelos resultados da Tabela 10 podemos verificar que, apenas existem diferenças significativas no Domínio Psicológico da QV entre os grupos [ $t(80) = -4,143$ ,  $p \leq 0,001$ ], onde o grupo de seronegativos pontua com resultados mais elevados.

Analizou-se ainda os resultados dos domínios da QV, nos grupos, desta vez divididos em “muita” esperança e “pouca esperança”.

Tabela 11

*Resultados dos Domínios da QV em função da Esperança*

Domínios QV	Esperança T	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Físico	Pouca	24	20,54	3,22
	Muita	58	22,98	2,76
Psicológico	Pouca	24	20,71	4,47
	Muita	58	24,47	3,02
Relações	Pouca	24	8,33	3,12
Sociais	Muita	58	9,52	2,09
Meio	Pouca	24	23,38	5,98
Ambiente	Muita	58	26,02	3,90

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$

As diferenças encontradas entre os dois grupos de esperança, pelos resultados da Tabela 11, demonstram que o grupo que representa “muita” esperança, pontua com valores mais elevados em todos os domínios da QV.

## 6.2. Resultados Qui-Quadrado

Analísámos as diferenças nos grupos “muita” e “pouca” Esperança nas diversas variáveis avaliadas no questionário sócio-demográfico. As seguintes tabelas demonstram as diferenças com resultados estatisticamente significativos.

Tabela 12

*Análises Qui-Quadrado da Esperança tendo em conta o Uso de Preservativo*

Uso Preservativo	Esperança				$X^2$	df	p
	Pouca	Muita	Pouca	Muita			
	n		%				
Sim	16	29	35,6	64,4	4,624	1	0,046*
Não	1	14	6,7	93,3			

\*p≤0,05; \*\*p≤0,01; \*\*\*p≤0,001

Em função da tabela supra, verifica-se que existem diferenças significativas entre os sujeitos que usam preservativo e os que não usam, [ $X^2(1) = 4,624, p \leq 0,05$ ]. De facto, ao contrário do seria de esperar, são os indivíduos com mais esperança que utilizam menos o preservativo.

Tabela 13

*Análises Qui-Quadrado da Esperança tendo em conta o Tipo de Parceiro*

Tipo de Parceiro	Esperança				$X^2$	df	p
	Pouca	Muita	Pouca	Muita			
	n		%				
Regular	6	28	17,6	82,4	4,413	1	0,046*
Ocasional	11	15	42,3	57,7			

\*p≤0,05; \*\*p≤0,01; \*\*\*p≤0,001

A Tabela 13 apresenta diferenças significativas entre os sujeitos com tipo de parceiro *Regular* e os sujeitos com tipo de parceiro *Ocasional* [ $X^2(1) = 4,413, p \leq 0,05$ ]. Evidencia-se uma maior esperança nos indivíduos com parceiro *Regular*, demonstrando grandes diferenças entre os grupos.

As diferenças entre os sujeitos seropositivos e os não infectados com VIH, ao nível da esperança, foram também analisadas como demonstra a Tabela 14.

Tabela 14

*Análises Qui-Quadrado da Esperança tendo em conta o VIH*

VIH	Esperança				$X^2$	df	p
	Pouca	Muita	Pouca	Muita			
	n		%				
Positivo	18	23	43,9	56,1	8,483	1	0,007**
Negativo	6	35	14,6	85,4			

\*p≤0,05; \*\*p≤0,01; \*\*\*p≤0,001

Podemos verificar que a variável VIH resulta em diferenças significativas [ $X^2 (1) = 8,483, p \leq 0,01$ ]. A Tabela 14 indica que os seropositivos possuem menor esperança que os sujeitos não infectados. Mais uma vez, as diferenças entre grupos, com esta variável, são acentuadas.

Tabela 15

*Análises Qui-Quadrado da Esperança tendo em conta a Desvalorização*

Desvalorização	Esperança				$X^2$	df	p
	Pouca	Muita	Pouca	Muita			
	n		%				
Sim	5	2	71,4	28,6	6,571	1	0,021*
Não	19	56	25,3	74,7			

\*p≤0,05; \*\*p≤0,01; \*\*\*p≤0,001

A Tabela 15, apresenta valores significativos para as diferenças entre os sujeitos com sentimentos de desvalorização e sujeitos sem esse tipo de sentimentos [ $X^2 (1) = 6,571, p \leq 0,05$ ]. Os sentimentos de desvalorização colocam os sujeitos em níveis baixos de esperança, ao contrário dos sujeitos onde estes não são identificados.

A Tabela 16, representa as diferenças entre indivíduos com sentimentos de solidão e indivíduos na ausência destes.

Tabela 16

*Análises Qui-Quadrado da Esperança tendo em conta a Solidão*

Solidão	Esperança				$X^2$	df	p
	Pouca	Muita	Pouca	Muita			
	n		%				
Sim	9	7	56,3	43,8	6,991	1	0,014*
Não	15	51	22,7	77,3			

\*p≤0,05; \*\*p≤0,01; \*\*\*p≤0,001

As diferenças entre grupos apresentam-se significativa [ $X^2 (1) = 6,991, p \leq 0,05$ ], demonstrando que os sujeitos com mais esperança possuem menos sentimentos de solidão.

Tabela 17

*Análises Qui-Quadrado da Esperança tendo em conta sentimentos de por fim à vida*

Por fim à vida	Esperança				$X^2$	df	p
	Pouca	Muita	Pouca	Muita			
	n		%				
Sim	4	1	80	20	6,620	1	0,024*
Não	20	57	26	74			

\*p≤0,05; \*\*p≤0,01; \*\*\*p≤0,001

Como podemos observar na Tabela 17, as diferenças entre grupos são significativas [ $X^2 (1) = 6,620, p \leq 0,05$ ]. O grupo com mais esperança caracterizam-se melhor com a ausência de sentimentos de por fim à vida.

Os resultados das diferenças entre grupos nas pontuações de esperança com a variável *Medicação Psiquiátrica*, são expostos na Tabela 18.

Tabela 18

*Análises Qui-Quadrado da Esperança tendo em conta Medicação Psiquiátrica*

Medicação Psiquiátrica	Esperança				$X^2$	df	p
	Pouca n	Muita	Pouca %	Muita			
Sim	13	15	46,4	53,6	6,845	1	0,018*
Não	10	43	18,9	81,1			

\*p≤0,05; \*\*p≤0,01; \*\*\*p≤0,001

Observa-se na tabela supra que as diferenças são estatisticamente significativas [ $X^2(1) = 6,845, p \leq 0,05$ ]. Os sujeitos que utilizam medicação psiquiátrica pontuam identicamente em níveis de pouca e muita esperança. Contudo, sujeitos que não utilizam medicação psiquiátrica, pontuam claramente em maioria em níveis de muita esperança.

### 6.3. Resultados Correlacionais

Procurou-se analisar as correlações existentes entre a Esperança, QV e respectivas dimensões. A Tabela 19 mostra os resultados obtidos.

Tabela 19

*Análises correlacionais entre a QV e a Esperança*

Instrumentos/ Dimensões	Esperança	QV	QV-D1	QV-D2	QV-D3	QV-D4
Esperança						
QV	0,558 (0,000)***					
QV-D1	0,467 (0,000)***	0,526 (0,000)***				
QV-D2	0,612 (0,000)***	0,639 (0,000)***	0,681 (0,000)***			
QV-D3	0,337 (0,002)**	0,635 (0,000)***	0,590 (0,000)***	0,649 (0,000)***		
QV-D4	0,354 (0,001)***	0,652 (0,000)***	0,617 (0,000)***	0,663 (0,000)***	0,706 (0,000)***	

\*p≤0,05; \*\*p≤0,01; \*\*\*p≤0,001

A Tabela 19 mostra que existem correlações estatisticamente significativas positivas entre, a Esperança e a QV ( $r = 0,558, p \leq 0,001$ ) e seus respectivos domínios, *Físico* ( $r = 0,467, p \leq 0,001$ ), *Psicológico* ( $r = 0,612, p \leq 0,001$ ), *Relações Sociais* ( $r = 0,337, p \leq 0,01$ ) e *Meio Ambiente* ( $r = 0,354, p \leq 0,001$ ).

#### 6.4. Resultados de Regressão Linear

Com recurso às análises multivariadas através de modelos de regressão linear (com método *stepwise*), procuramos clarificar quais preditores da Esperança. Para tal, consideramos a Esperança como variável dependente, utilizando os domínios da QV como independentes para a sua explicação.

Tabela 20

##### *Preditores da Esperança*

Variáveis predictoras	R <sup>2</sup>			
	ajustado	$\beta$	F	p
Domínio Psicológica	0,366	0,612	47,839	0,000***

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$

Ao se regredir a variável Esperança, constata-se pela análise da Tabela 20 que esta é explicada pelo *Domínio Psicológico* da QV, sendo responsável por cerca de 37% da variância dos resultados. A variável Domínio Psicológico apresenta um peso na equação da recta de 0,612, o que significa que existe uma relação positiva significativa ( $p \leq 0,001$ ) com a variável critério, a Esperança.

#### 6.5. Discussão de Resultados

No ponto anterior foram destacados os resultados mais pertinentes, de forma a dar relevo às questões merecedoras de uma reflexão. Desta forma, para a consecução da discussão da análise dos dados, bem como dos resultados mais relevantes desta

investigação, será efectuada de seguida, uma apreciação dos mesmos à luz dos referenciais teóricos e efectuar a sua comparação com outros estudos empíricos idênticos.

As análises descritivas permitem sublinhar valores baixos de QV e de Esperança no grupo de sujeitos infectados com VIH, comparando com sujeitos não infectados, o que indica que além da condição de toxicodependente, a variável VIH interfere na percepção da qualidade de vida da amostra. Ao analisarmos médias, desvios padrões, máximos e mínimos, constatamos que os grupos não obtêm pontuações muito disparens na QV geral e na Esperança. Ao comparar os domínios da QV verifica-se que o único com diferenças significativas entre grupos é o *Psicológico*.

As análises correlacionais, realizadas à totalidade da amostra, através pelo *r* de *Pearson* mostram que, a QV e todos os seus domínios obtêm relações estatisticamente significativas com a Esperança numa relação directa. Deduzimos que quanto maior for a Esperança vivenciada nestes indivíduos, maior será a QV a todos os níveis.

Em suma, estes resultados apresentam uma associação significativa e positiva entre a QV e a Esperança. Os sujeitos com o estado serológico de VIH positivos demonstram uma QV e Esperança menores que os não infectados.

Este tipo de relação entre a QV, Esperança e VIH/SIDA são congruentes com diversos estudos (Eller, 2001; Hays et al., 2000; Jia et al., 2004; Klausner et al., 2000; Korthuis, 2008; Lubeck & Fries, 1992; Moon & Snyder, 2000; Perez et al., 2005; Snyder et al., 1991; Swindells et al., 1999; Teva et al., 2004; Willians et al., 1997). Sem dúvida que o estado serológico positivo para o VIH tem inúmeras implicações a nível biopsicossocial no ser humano, que se traduzem geralmente, num decréscimo da QV e de emoções positivas como o caso da Esperança. O medo e a incompreensão por parte da sociedade do VIH, provoca sentimentos de ansiedade nas pessoas infectadas, como resposta ao medo das reacções possíveis. A discriminação e o estigma que acompanham esta doença, potenciam nos infectados sentimentos de culpabilização que podem traduzir-se em raiva, depressão, perda de auto-estima e auto-controlo, isolamento. Estas consequências individuais, na maioria das vezes com origens sociais, vão afectar a maioria das relações interpessoais dos seropositivos desde as familiares às laborais, modificando todo um estilo de vida. Todas estas inferências que podem atingir o

indivíduo infectado com VIH, vão ter um reflexo na percepção que os mesmos possuem da sua QV e conseqüentemente, nas suas emoções positivas, potenciando reacções psicológicas negativas.

Assim, os nossos resultados mostram que os indivíduos infectados pelo VIH percebem a sua QV e a sua esperança como inferiores, em comparação com indivíduos não infectados.

Ao utilizar o total da amostra, seropositivos e seronegativos, verificamos também que a QV e a Esperança se relacionam directamente. São resultados que vão de encontro à literatura, comprovando que bons níveis de Esperança resultam numa melhor adaptabilidade face às dificuldades, encontrando e ajustando objectivos e metas que oferecem às pessoas um estilo de vida activo (Moon & Snyder, 2000), logo, a percepção da QV será melhorada.

Ao observar os resultados das análises diferenciais, efectuadas pela análise do Qui-Quadrado, deduzimos algumas considerações quanto à Esperança.

No que respeita à utilização de preservativo, os resultados indicam que são os sujeitos que não utilizam têm mais esperança. Apesar destes resultados, os sujeitos que usam preservativo também pontuam mais nos níveis de esperança. Mesmo assim, são os que não utilizam que apresentam valores de destaque.

Quanto ao tipo de parceiro, os indivíduos com mais esperança são os de parceiro regular, o que pode estar relacionado com a anterior análise. Sujeitos com parceiros regulares são susceptíveis à não utilização de preservativo como meio de contracepção, o que não significa optar por comportamentos sexuais de risco. Um papel pró-activo na saúde está associado a um melhor ajustamento psicológico e a teoria da esperança indica que estes indivíduos aplicam pensamentos positivos sobre a motivação, que utilizam nos meios percebidos para atingir os objectivos, e vêm aumentada a sua auto-estima e esperança (Hervás et al., 2008; Moon & Snyder, 2000).

Os resultados obtidos no estado serológico do VIH, colocam os sujeitos não infectados com maiores níveis de esperança, comparando com os infectados. Contudo, os seropositivos distribuem-se aproximadamente de igual forma em pouca e muita esperança, o que pode indicar que alguns destes sujeitos podem ter desenvolvido uma

avaliação positiva da sua situação, encontrando estratégias de *coping* de sucesso, o que está relacionado com alta esperança (Beste, 2005; Chu et al., 2007; Hervás et al., 2008; Moon & Snyder, 2000; Snyder, 2002; Snyder et al., 1991). Demonstra-se assim que, é importante referir que existem pessoas a ajustarem as suas respostas a uma boa adaptação, modificando o seu estilo de vida até para melhor, ao contrário do que seria de esperar e que se encontra na maioria da literatura.

Ao se analisarem os resultados obtidos no campo da saúde psicológica, as diferenças significativas em níveis de esperança, apresentaram-se em sentimentos de desvalorização, solidão e de por fim à vida. A presença destes sentimentos por parte dos sujeitos da amostra, revela que os sujeitos em questão têm pouca esperança, ao contrário dos que não apresentam esses sentimentos.

Alguns estudos têm sugerido que sentimentos depressivos, tais como os analisados, estão relacionados inversamente com a esperança (Klausner et al., 2000; Steen, 2004). A desesperança é uma característica que atravessa quase todos os sentimentos que compõem a depressão, logo, como os autores referem, a intervenção ao nível da esperança pode ser efectiva na supressão dos sentimentos mencionados. Estes valores demonstram que a amostra analisada vai de encontro a estudos realizados previamente.

Observando os resultados obtidos na análise do uso de medicação psiquiátrica, podemos verificar que o grupo de indivíduos que não utiliza este tipo de medicação tem muita esperança. Já o grupo que consome medicação psiquiátrica, divide-se aproximadamente de igual forma, entre pouca e muita esperança.

Os resultados obtidos através das análises diferenciais, permitem concluir que, numa amostra de toxicodependentes:

- a. São os indivíduos não infectados com VIH que apresentam mais QV geral e Esperança;
- b. Os infectados com VIH apresentam menor QV *Psicológica*;
- c. Os que não utilizam preservativo demonstram maior Esperança;

- d. São os sujeitos com parceiro regular que obtêm maiores níveis de Esperança;
- e. Os sujeitos com sentimentos de desvalorização, solidão e de por fim à vida têm pouca Esperança;
- f. Indivíduos que não utilizam medicação psiquiátrica têm pontuações altas de Esperança.

Assim sendo, estas análises mostram que indivíduos infectados com VIH avaliam a sua QV e Esperança de forma negativa, quando comparados com os não infectados. O *Domínio Psicológico* é o que obtém valores significativamente mais baixos nos seropositivos, quando comparados com os seronegativos, não se mostram diferenças significativas nos restantes domínios, *Físico*, *Relações Sociais* e *Meio Ambiental*. Podemos deduzir que, devido à constituição da nossa amostra de seropositivos, ser feita apenas por seropositivos assintomáticos, ou seja, nenhum se encontra na fase que surgem doenças oportunistas (Sida), o impacto a nível físico, de relações sociais e mesmo no meio ambiente ainda não se tenha notado ao nível necessário para se obterem diferenças significativas quando comparados com seronegativos. Contudo, como já mencionado anteriormente, factores como o impacto da notícia do seu estado serológico, o dilema de “a quem revelar o meu estado serológico”, os receios que advêm das reacções possíveis da sociedade e os efeitos psicológicos que estes podem produzir, entre outros, mostram-se causas suficientes para os seropositivos sentirem a sua QV psicológica alterada para pior.

A análise regressiva, realizada ao total da amostra, demonstra que a Esperança é explicada apenas pelo Domínio Psicológico da QV com uma influência significativamente positiva.

Estes resultados vão de encontro à teoria sobre esperança, elaborada por vários autores (Averill et al., 1990; Snyder, 1995; 2000; 2002; Stotland, 1969). Os estudos efectuados por estes autores descrevem a esperança como uma forma de pensamento, uma dimensão cognitiva, uma emoção governada por regras cognitivas, sociocognitivas, ou mesmo, uma energia cognitiva e percursos para atingir objectivos. Em todas estas abordagens, a dimensão cognitiva é a característica base, estando sempre presente na definição deste constructo. Sendo a influência do *Domínio Psicológico* da QV na

Esperança de sentido directo, os sujeitos que percebem a sua QV a nível psicológico como boa, deverão apresentar bons níveis de esperança. O ser humano tem capacidades enormes de sobrevivência e de ultrapassar obstáculos, a habilidade de encontrar e desenvolver uma avaliação positiva de situações adversas, encontrando resultados positivos, uma das características centrais de um indivíduo com alta esperança. Quando se considera detentor de boas qualidades psicológicas, o indivíduo estará mais apto a ajustar-se a situações stressantes, acreditando nos meios que possui e, conseqüentemente se motivando para contornar situações indesejáveis. São pessoas com estas qualidades as consideradas como alta esperança.

### **Reflexões Finais**

O presente trabalho teve como principal objectivo avaliar a QV e a Esperança em toxicodependentes infectados com VIH e não infectados, comparando os resultados dos instrumentos nestes grupos. Foram analisados também as relações entre estes dois constructos, bem como as relações da Esperança com algumas variáveis independentes, nomeadamente, idade, escolaridade, estado civil, agregado familiar, grau de felicidade familiar, habitação, actividade profissional, apoio social, estado legal, características de consumos, comportamentos de risco, saúde física e psicológica.

Os principais resultados alcançados mostram, numa primeira instância, a importância dos instrumentos utilizados, tal como a sua qualidade e natureza de informação que se consegue recolher, com a sua aplicação. Por outro lado, espelham igualmente, algumas conclusões que se apresentam pertinentes na compreensão quer da QV desta amostra, quer na Esperança por eles vivenciados.

Foram encontradas correlações significativas entre a QV, e todos os seus domínios, com a Esperança, sugerindo uma relação directa entre todos.

Ao analisar os grupos, infectados com VIH e não infectados, os resultados diferenciais realizados com recurso ao *t* de *student*, mostram variações significativas ao nível dos valores médios de QV e Esperança. Verifica-se que os seropositivos pontuam com médias mais baixas nestes dois constructos estudados, comparados com os seronegativos. Na análise diferencial efectuada ao nível dos domínios da QV, somente

se encontram diferenças significativas, entre os grupos, nos valores médios do *Domínio Psicológico*.

Pela observação dos resultados da análise Qui-Quadrado, conclui-se que ao nível da esperança, as diferenças significativas verificaram-se nas variáveis utilização de preservativo, tipo de parceiro, estado serológico, sentimentos de desvalorização, solidão, por fim à vida e utilização de medicação psiquiátrica. Assim, são considerados indivíduos com muita esperança os que, não utilizam preservativo, têm parceiro regular, não estão infectados com o VIH, não apresentam sentimentos de desvalorização, solidão e de por fim à vida e não utilizam medicação psiquiátrica.

Por fim, os resultados da análise de regressão indicam que o único domínio da QV que explica a variação dos valores de esperança é o *Domínio Psicológico*, sugerindo uma relação directa.

Este resultado revela-se de fundamental importância na medida em que, tal como alguns estudos sugerem, quando a pessoa considera as suas qualidades psicológicas como positivas, vai possuir pensamentos positivos sobre a motivação aplicada nos meios percebidos para atingir os seus objectivos, ou seja, aumenta a esperança, tal como o seu ajustamento psicológico às adversidades que se lhe apresentam.

Um dos principais objectivos, subjacentes ao estudo, foi caracterizar os toxicodependentes, seropositivos e seronegativos, para que medidas de intervenção psicoterapêutica possam ser utilizadas para melhorar a qualidade de vida destes. Demonstra-se que as intervenções podem obter ganhos em adoptar uma nova perspectiva, positiva, complementar às utilizadas com este tipo de população.

Gostaríamos, contudo, de reflectir sobre algumas limitações da presente investigação, que poderão constituir-se como ponto de partida para novas e futuras investigações.

Assim, a exclusão do sexo feminino na nossa amostra limita a representação dos resultados na população abrangida pelo estudo. Seria importante a inclusão dos dois géneros neste tipo de estudos, no sentido de se poder obter mais resultados diferenciadores, dentro da população em causa.

Por outro lado, à medida que fomos analisando os resultados obtidos, sentimos que outros instrumentos poderiam ter sido igualmente utilizados, nomeadamente um instrumento de avaliação de sintomas psicopatológicos, visto que estes interferem os resultados da QV. A ausência de diagnóstico de qualquer tipo de psicopatologia foi um dos critérios de exclusão da amostra, porém, sabemos o quão difícil e demorado por vezes se apresenta o diagnóstico desses quadros psicológicos, principalmente em indivíduos com dependências de substâncias psicoactivas.

Apesar das boas qualidades psicométricas apresentadas pela Escala de Esperança, sentimos limitações quanto aos resultados obtidos por esta. Tendo em consideração as definições existentes na literatura do constructo esperança, seria pertinente a existência, e utilização, de um instrumento que avalia-se não só a Esperança total, mas também os seus processos e dinâmicas com que se define. Assim, seria possível efectuar um estudo mais detalhado da esperança e conseqüentemente, um maior número de elucidações possíveis de serem ajustadas na prática clínica.

Numa análise transversal dos resultados encontrados no presente estudo consolidamos a ideia de que, no seio de utentes toxicodependentes, os infectados com VIH possuem particularidades que devem ser tidas em conta nas áreas das intervenções. Tendo em conta o impacto brutal que este diagnóstico implica na pessoa, a esperança é um constructo, que quando potenciado, poderá resultar em adaptações positivas ao estilo de vida, e concludentemente a uma melhor QV. A existência de seropositividade no ser humano, trás consigo uma nova visão do mundo, uma enorme reflexão acerca do sentido da vida, que se expressa na necessidade de reorganizar os seus objectivos, as suas metas, os seus caminhos. A esperança poderá ser um dos meios para facilitar esse caminho.

Para finalizar, podemos afirmar que os resultados desta investigação, e de outras, são prometedoras. Em boa medida, são um catalisador do desenvolvimento da Psicologia Positiva, oferecendo à Psicologia novos tipos de ferramentas com que pode actuar na compreensão e intervenção no comportamento humano. No entanto, não podemos deixar de referir que, tal como em outras recentes áreas de estudo, falta muito trabalho por fazer além do que já foi realizado, no sentido de dar respostas sólidas e cientificamente válidas às dúvidas que permanentemente se apresentam.

## Referências Bibliográficas

- Abrão, I. (1999). Factores de risco e factores protectores para as toxicodependências. Uma breve revisão. *Toxicodependências*, (5) 2, 3-11;
- Albuquerque, J. (2005). Dependência do risco. *Toxicodependências*, (11) 1, 47-52;
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, IV-TR*. Lisboa: Climepsi;
- Anders, J. C. & Lima, R. A. (2004) Crescer como transplantado de medula óssea: Repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, (12) 6, 866-874;
- Antoni, M.H., Schneiderman, N., Flechter, M.A. & Goldsteins, D.A. (1990). Psychoneuroimmunology and HIV-1. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58, 38-49;
- Araújo, M. (2005). *SIDA no Feminino – Percepções e Implicações na Sexualidade e Maternidade*. Coimbra: Formasau;
- Bannister, B., Begg, N. & Gillespie, S. (2003). *As doenças infecciosas*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Baron, X., Cutrona, C.E., Hicklin, D., Eussell, D.W. & Lubaroff, D. M. (1990). Social support and immune function among spouses of câncer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*. 59 (2), 344-352;
- Bastos, J. (2005). VIH/SIDA e toxicodependência. Mais vale prevenir. *Toxicodependências*, 11 (2), 73-81;

- Beste, J. (2005). Instilling hope and respecting patient autonomy: Reconciling apparently conflicting duties. *Bioethics*, 19 (3), 215-231;
- Berlim, M. T. & Fleck, M. P. (2003). Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev. Bras. Psiquiatr.* (25) 4, 249-252;
- Bowling, A. (1995). Health Related Quality of Life: a discussion of the concept, its use and measurement. Em Bowling, A. (ed.) *Measuring Disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales*. Philadelphia, Open University Press;
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease*. Buckingham: Open University Press;
- Bowling, A. & Brazier, J. (1995). Quality of Life in Social Science and Medicine. Introduction. *Soc. Sci. Med.*, 41 (10), 1337-8;
- Brasil, L., Mitsui, R., Pereira, A. & Alves, R. (2000). Mudanças no Comportamento Sexual do Adolescente decorrentes do surgimento da SIDA no contexto social. *Análise Psicológica*. 18 (4), 465-483;
- Burack, J.H., Barrett, D.C., Stall, R.D., Chesney, M.A., Ekstrand, M.L. & Coates, T.J. (1993). Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *Journal of the American Medical Association*. 270, 2568-2573;
- Caetano, M. (2001). *Lições de SIDA lições de Vida*. Porto: Âmbar;
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *Journal Medical Ethics*, 23216-2323;
- Campbell, A., Converse, P. & Rogers, W. L. (1976). *Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfaction*. New York, Russel Foudation;

- Canavarro, M., Simões, M., Pereira, Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., et al. (2007). WHOQOL-bref. Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.). *Avaliação Psicológica - Instrumentos Validados para a População Portuguesa*. Coimbra: Quarteto;
- Cardoso, C. M. (2001). “Droga” um problema de saúde pública. *Saúde Mental*, 4 (3), 9-17;
- Carné, X. (1993). *Medición de la calidad de vida*. Barcelona: Fundación Dr. António Esteve.
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis (2008). Instituto de Saúde Dr. Ricardo Jorge. *A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2008*. Consultado a 10 de Janeiro de 2009, disponível em [www.sida.pt](http://www.sida.pt);
- Ciconelli, R. M. (2003). Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Rev. Bras. Reumatol.*, (43) 2, 11-13;
- CIPQV (Comissão Independente População e Qualidade de Vida), (1998). *Cuidar o futuro: Um programa radical para viver melhor*. Lisboa: Trinova Editora;
- Chartrand, T. & Cheng, C. (2002). The role of nonconscious goal pursuit in hope. *Psychological Inquiry*, 13, 290-294;
- Chu, G., Hui, Chi, L., BSN, MSN, RN & OCN (2007). The role of hope in patients with câncer. *Oncology Nursing Fórum*, 34 (2), 415-424;
- Cláudio, V. & Mateus, M. (2000). *SIDA: eu e os outros*. Lisboa: Climepsi;

- Collins, S., Clayden, P., Konov, S., Dudnik, R., Cheng, B. & Mthathi, S. (2007). *Manual de Formação sobre tratamentos para pessoas seropositivas*. Portugal: Publicações G.A.T.;
- Daudel, R. & Montagnier, L. (1995). *A SIDA*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Derogatis, L., Morrow, G. & Fetting, J. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal American Medicine Association*. 249, 751-757;
- Die Trill, M. (1987). Dimensiones psicosociales del cáncer en adultos. *Jano*. 33, 43-48;
- Dores, A. (2004). *Discriminação contra doentes entre serviços prisionais*. Consultado a 14 Março de 2009, disponível em <http://home.iscte.pt>;
- Eller, L. S. (2001). Quality of Life in persons living with HIV. *Clin. Nurs. Res.*, 10 (4), 401-423;
- Falé, R. (2005). Para além da vida, nos horizontes da memória. *Informação Sida*, 49, 26-33;
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *J. Adv. Nurs*, 22, 502-508;
- Félix da Costa, N. (2000). Aspectos cognitivos do tratamento de toxicodependentes ou a saúde como um estado de incompleto bem-estar. *Toxicodependências*, 2 (6), 55-65;
- Fernandes, L. & Ribeiro, C. (2002). Redução de riscos, estilos de vida junkie e controlo social. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 39, 57-68;
- Fernandes, L. (2002). *Sítio das drogas* (3ª ed.). Lisboa: Editorial Notícias;

- Ferreira, A. (2007). *Gravidade de dependência e motivação para o tratamento*. Consultado a 22 de Fevereiro de 2009, disponível em [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt);
- Filho, H. (2005). Necessidades de intervenção no consume de álcool, tabaco e outras drogas em Portugal. *Intervenção em saúde*, 23 (2);
- Firmino, T. (2006). *Foram os chimpanzés selvagens que contaminaram os humanos com o vírus*. Consultado a 18 Março de 2009, disponível em <http://www.sida.pt>;
- Fleck, M. P., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28;
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. *Revista Brasileira de Psiquiatria*;
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciências & Saúde Colectiva*, 5, 33-38;
- Fleming, M. (2005). Dor mental e toxicodependência. *Toxicodependências*. 11 (1), 3-13;
- Fredrickson, B. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, 3;
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in Positive Psychology – the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56 (3), 218-226;

- Glaser, R., Rice, J., Stout, J.C., Speicher, C.E. & Kiecolt-Glaser, J.K. (1986). Stress depress interferon production by leukocytes concomitant with a decrease in natural killer cell activity. *Behavioral Neuroscience*, 100 (5), 675-678;
- Grmek, M. (1994). *História da Sida*. Lisboa: Relógio D'Água;
- Guerra, M. (1998). *Sida Implicações Psicológicas*. Lisboa. Fim de Século;
- Hays, R., Cunningham, W., Sherbourne, C., Wilson, I., Wu, A., Cleary, P., MacCaffery, D., Fleishman, J., Crystal, S., Collins, R., Eggan, F., Shapiro, M. & Bozzette, S. (2000). Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency vírus infection in the United States: results from HIV cost and services utilization study. *Am. J. Med.*, 108 (9), 714-722;
- Hervás, G., Sánchez, A. & Vasquez, C. (2008). Intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar. Em Vasquez, C. & Hervás, G. (Eds.), *Psicologia Positiva Aplicada*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer;
- Horley, J. (1984). Life Satisfaction, Happiness and Morale: two problems with the use of Subjective Well-Being Indicators. *Gerontologist*, 24 (2), 124-7;
- Instituto da droga e da Toxicodependência. (2002). *Relatório Anual sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*;
- Instituto da droga e da Toxicodependência. (2003). *Relatório Anual sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*;
- Instituto da droga e da Toxicodependência. (2004). *Relatório Anual sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*;
- Instituto da droga e da Toxicodependência. (2005b). *Relatório Anual sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*;

- Instituto da droga e da Toxicodependência. (2006). *Relatório sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*;
- Jia, H., Uphold, C., Wu, S., Cheng, G. & Duncan, P. (2004). Health-related quality of life among men with HIV infection: effects of social support, coping and depression. *AIDS Patient Care STDS*, 18, 594-603;
- Jia, H., Uphold, C., Zheng, Y., Wu, S., Cheng, G., Findley, K. & Duncan, P. (2007). A further investigation of health-related quality of life over time among men with HIV infection in the HAART era. *Qual. Life Res.*, 16, 961-968;
- Kalina, E. & Grynberg, H. (1992). *Aos pais de adolescentes*. Rio de Janeiro: Francisco Alves;
- Krammer, L., Atman, D. & Brandt, A. (1997). *A SIDA por um fio*. Lisboa: Vega;
- Lima, C. (1998). o papel do amor na percepção de invulnerabilidade à SIDA. *Psicologia*, 12 (1), 41-62;
- Lubeck, D. & Freis, J. (1992). Changes in quality of life among persons with HIV infections. *Qual Life Res.*, 1, 359-366;
- Lucas, J. (2003). *SIDA/AIDS - A sexualidade desprevenida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill;
- LaPerriere, A.R., Antoni, M.H., Scheiderman, N., Ironson, G., Klimas, N.G., Caralis, P. & Fletcher, M.A. (1990). Exercise intervention attenuates emotional distress and natural killer cell decrements following notification of positive serologic status for HIV-1. *Biofeedback and self regulation*. 15, 229-242;
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *J. Gerontol.*, 33 (1), 109-25;

- Marlatt, G. (1996). Harm Reduction: come as you are. *Addictive Behaviours*, 21 (6), 779-788;
- Martinez, L., Ferreira, A., Sousa, L. & Cunha, J. (2007). A esperança é a ultima a morrer? Capital psicológico positivo e presentismo. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13 (1), 37-54;
- Miguel, N. (1997). Toxicodependencia: a prevenção é possível?. In *Toxicomanias: Uma Abordagem Multidisciplinar*. Rio de Janeiro;
- Montagnier, L. (1995). *Vírus e Homens – o combate contra a SIDA*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Montagnier, L. & Khoury, S. (1996). *SIDA Factos Esperanças*. Paris: Med – Edition;
- Moon, C. & Snyder, C. (2000). Hope and the journey with AIDS. Em Snyder, C. (Ed.). *Handbook of hope*;
- Negreiros, J. (1998). *Prevenção do abuso de álcool e droga nos jovens*. Porto: Ed. Radicário;
- Neurgarten, B. L., Havighurst, R. J. & Tobin, S.(1961). The measurement of Life Satisfaction. *J. Gerontol.*, 16, 134-143;
- Nunes, L. & Jóluskin, G. (2007). *Drogas e comportamentos de adicção – um manual para estudantes e profissionais de saúde*. Porto: Edições UFP;
- Nunes, P. (2007). *Psicologia Positiva*. Trabalho de Licenciatura. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação;
- Oliveira, B. (2003). Esperança: natureza e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia Educação e Cultura*, 7 (1), 83-106;

- Oliveira, J. (2004). *Psicologia Positiva*. Porto: Edições Asa;
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2002). *As drogas em destaque: o papel essencial do tratamento de substituição*. Lisboa: EMCDDA;
- Oleson, M. (1990). Subjectively Perceived Quality of Life. *Image J. Nurs. Sch.*, 22 (3), 187-90;
- Olivenstein, C. & Braconnier, A. (1985). Les toxicomanies. Em Lebovici, Diatkine & Sopulé. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF;
- Paschoal, S. M. (2000). Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo;
- Paschoal, S. M. (2004). Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo;
- Patrick, D.L. & Erickson, P. (1993). Assessing health-related quality of life for clinical decision –making. Em *Quality of Life Assessment Key Issues in the 1990*, 11;
- Perez, I., Bano, R., Ruz, M., Jimenez, A., Prados, M., Liaño, J., Rico, P., Lima, J., Pardal, P., Gomez, M., Muñoz, N., Morales, D. & Marcos, M. (2005). Health-related quality of life of patients with HIV: impacto f sociodemographic, clinical and psychosocial factors. *Qual. Life Res.*, 14, 1301.1310;
- Poseck, B. (2006). Psicologia Positiva: una neuva forma de entender la psicologia. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 3-8;
- Escudeiro, R., Lamanhã, S., Freitas, A. & Silva, H. (2006). Qualidade de vida e toxicodependência. *Toxicodependências*, 12 (3), 65-78;

- Reis, A. C. (2007a). *Adesão terapêutica na infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana*. Tese de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto;
- Reis A. C. (2007b). Educação para a saúde: redução ou construção? Passividade ou actividade. Em I. Trindade e Teixeira (Ed.). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (pp. 101-128). Lisboa: Climepsi Editores;
- Remor, E. (1999). Abordagem psicológica através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicologia: Teoria e Critica*, 12 (1), 89-106;
- Reynolds, P. & Kaplan, G.A. (1990). Social connections and risk for câncer: Prospective evidence from the Alameda Country Study. *Behavioral Medicine*. 16 (3), 101-110;
- Ribeiro, J. (1998). “Dependência psicológica versus dependência física?” *Toxicodependências*, 4 (2), 45-53;
- Ribeiro, J. (2001). “Tornar-se toxicodependente: opção ou fatalidade?” *Toxicodependências*, 7 (3), 73-78;
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto;
- Ribeiro, J. & Galinha, I. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doença*, 6 (2), 203-214;
- Ribeiro, P. (2006). Relação entre a psicologia positiva e as suas variáveis protectoras, e a qualidade de vida e bem-estar como variáveis de resultado. Em I.Leal (Coord.). *Perspectivas em psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Rubin, M. (1994). *SIDA e Outras Doenças de transmissão Sexual*. Lisboa: Livros do Brasil;
- Salvador, L. (1987). *Morbilidad psiquiátrica en pacientes oncológicos*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza;

- Seabra, A. & Gomes, I. (1992). Intervenção Psicológica na Prevenção da SIDA. *Análise Psicológica*, 10 (2), 191-197;
- Schenker, M. (1997). *Droga, Indivíduo, Família e Sociedade. Paradigma Sistémico*. Rio de Janeiro: Sette Letras;
- Scheleifer, S.J., Keller, S.E., Camerino, M., Thotnton, J.C. & Stein, M. (1983). Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *Journal of the American Medical Association*. 250, 374-377;
- Seidl, E. & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, 20 (2), 580-588;
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14;
- Sergerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M. & Visscher, B.R. (1996). Causal attributions predict rate of immune decline in HIV-seropositive gay men. *Health Psychology*. 15, 485-493;
- Shipper, H., Clinch, J. & Powell, V. (1990). Defenitions and conceptual issues. Em Spilker, B. (ed.). *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven;
- Shumaker, S. A., Ellis, S. & Naughton, M. (1997). Assessing health-related quality of life in hiv disease: key measurement issues. *Quality of life Research*, 475-480;
- Skevington, S., Lotly, M., & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-bref quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial a report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310;
- Slevin, M. L., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J., Gregory, W. M. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br. J. Câncer.*, 57, 109-12;

- Snyder, C. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, 73 (1), 355-360;
- Snyder, C., Feldman, D., Taylor, J., Schroeder, L. & Adams, V. (2000). The roles of hopeful thinking in preventing problems and enhancing strengths. *Applied and Preventive Psychology*, 15, 262-295;
- Snyder, C., Ilardi, S., Michael, S. & Cheavens, J. (2000). Hope Theory: Updating a Common Process for Psychological Change. In C. R. Snyder (ed.), *Handbook of Hope: Theory, Measure and Applications*. San Diego: Academic Press, Inc;
- Snyder, C. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13 (4), 249-275;
- Snyder, C. & Lopez, H. (Ed.) (2002). *Handbook of Positive Psychology*. London: Oxford University Press;
- Snyder, C., Rand, K. & Sigmon, D. (2002). Hope Theory. A Member of the Positive Psychology Family. In C. R. Snyder, Shane, J. Lopez (ed.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 257-276). Oxford University Press;
- Snyder, C., Lopez, S., Shorey, H., Rand, K. & Feldman, D. (2003). Hope, theory, measurements and applications to school psychology. *School Psychology Quarterly*, 18, 122-139;
- Snyder, C. & Lopez, S. (2005). *Handbook to positive psychology*. New York: Oxford University Press;
- Solberg, U., Burkhart, G. & Nilson, M. (2002). An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway. *International Journal of Drug Policy*, 13, 477-484;

- Somsen, D. (2008). *A relação mãe-criança na infecção VIH/SIDA*. Tese de dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;
- Sontag, S. (1998). *A doença como metáfora e a Sida e as suas metáforas*. Lisboa: Quetzal;
- Sousa, P. (2002). *O apelo, a escuta, a mensagem, a SIDA, o anonimato*. Lisboa: Edição da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso;
- Souza, F. (2004). *Avaliação da qualidade de vida do idoso em hemodiálise: comparação de dois instrumentos genéricos*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas;
- Straub, R. (2002). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed;
- Swindells, S., Mohr, J., Justis, J., Berman, S. & Squir, C. (1999). Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: impacto f social support, coping style and hopelessness. *Int. J. STD AIDS*, 10, 383-391;
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41, 1403-10;
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46, 1569-85;
- Torres, N. (2003). A química da dependência e as dependências-tóxicas. Para um modelo bio-psico-social. *Toxicodependências*, 9 (1), 29-45;
- Trancredi, B. (1982). As Toxicomanias do ponto de vista da Medicina e da saúde pública. Em *Drogas e Drogados: o indivíduo, a família e a sociedade*. São Paulo: EPU;

- Ulla, S. & Remor, E. (2002). Psiconeuroimunologia e Infecção por HIV: Realidade ou Ficção. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 113-119;
- UNAIDS (2006). *Relatório da UNAIDS: não “abrir mão” na luta contra a SIDA*. Consultado a 17 de Março de 2009, disponível em <http://www.unaids.org>;
- Vasquez, C. & Hervás, G. (2008) (Eds.). *Psicologia Positiva Aplicada*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer;
- Ware, J. E. (1993). Measuring patients views: the optimum outcome measure. *B. M. J.*, 306, 1429-30;
- Willians, P., Narciso, L., Browne, G., Roberts, J., Weir, R. & Gafni, A. (2005). The prevalence, correlates, and costs of depression in people living with HIV/AIDS in Ontário: implications for services directions. *AIDS Educ. Prev.*, 17 (2), 119-130;
- Zanei, S. (2006). *Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;
- Zinberg, N. (1984). *Drug, set and setting*. New York, Yale University Press;

**Anexo A - *WHOQOL-bref***

## **Anexo B - Escala de Esperança**

## **Anexo C - Questionário Sócio-Demográfico**

## **Anexo D - Consentimento Informado**

**Anexo E - Pedido para aplicação do WHOQOL-bref**

## **Anexo F - Autorização para aplicação da Escala de Esperança**