



Psicologia: Reflexão e Crítica

ISSN: 0102-7972

prcrev@ufrgs.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Brasil

Fleury Seidl, Eliane Maria; da Costa Zanon, Célia Maria Lana; Torres Tróccoli, Bartholomeu

Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida

Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 18, núm. 2, maio-agosto, 2005, pp. 188-195

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18818206>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida

Eliane Maria Fleury Seidl^{1,2}

Célia Maria Lana da Costa Zannon

Bartholomeu Torres Tróccoli

Universidade de Brasília

Resumo

A pesquisa testou modelo sobre as relações entre qualidade de vida (QV), condição clínica, escolaridade, situação conjugal e suporte social, em pessoas portadoras do HIV/AIDS. Participaram 241 pessoas (161 homens), de 20 a 64 anos, 169 assintomáticas, 208 delas em uso de terapia anti-retroviral. A variável critério QV foi investigada nas dimensões psicosocial, física e qualidade de vida geral, mediante análises de regressão múltipla hierárquica. Suporte social emocional, enfrentamento focalizado e enfrentamento focalizado no problema e viver com parceiro(a) foram preditores significativos da dimensão psicosocial da QV, com maior variância explicada (59% ajustado). Suporte social emocional e enfrentamento focalizado na emoção foram preditores significativos da dimensão física da QV. As análises relativas às demais dimensões da QV. Discutem-se implicações para as práticas de saúde referentes às ações profissionais de bem-estar psicológico e da qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Palavras-chave: HIV/AIDS; qualidade de vida; enfrentamento; suporte social; WHOQol-100.

Persons Living with HIV/AIDS: Coping, Social Support and Quality of Life

Abstract

A model describing quality of life (QoL) as a function of health conditions, education, marital status, coping and social support of asymptomatic HIV-infected patients was tested. The participants were 241 adults, aged 20 to 64, 161 men, 169 symptom-free, 208 on antiretroviral treatment. The criterion variable QoL was represented by the psychosocial, physical, environmental and overall dimensions measured by the Brazilian version of the World Health Organization QoL Assessment. Hierarchical multiple regression revealed that the emotional support, emotion-focused coping, problem-focused coping, and marital status were significant predictors of 59% (adjusted) of the variance in the psychosocial dimension. Emotional support and emotion-focused coping were significantly associated to the other QoL analyzed dimensions. Implications concerning professional interventions and factors that should be considered for improvement of the psychological well-being and QoL of seropositive persons are discussed.

Keywords: HIV/AIDS; coping; social support; quality of life, WHOQoL-100.

Desde o aparecimento dos primeiros casos e a identificação do vírus da imunodeficiência humana (HIV), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) constitui um dos grandes problemas de saúde pública no plano mundial. O Ministério da Saúde do Brasil informa a existência de 310.300 casos de AIDS notificados, no período de 1980 a dezembro de 2003 (Ministério da Saúde, 2003).

Os indicadores de mortalidade por AIDS sofreram alterações acentuadas com o advento da terapia anti-retroviral combinada, particularmente nos países em que a disponibilidade desses medicamentos é universal e gratuita, como no Brasil. Ainda sem cura, a AIDS hoje tem tratamento e traz novos desafios para as

Nessa perspectiva, o construto qualidade de vida tem suscitado grande interesse, consoante com o interesse que têm norteado as práticas em saúde (Seidl & WHOQOL Group, 1998). Estudos sobre QV na AIDS podem ser divididos em dois grupos. O primeiro, realizado em momento anterior às possibilidades de tratamento, quando o agravamento do quadro se deve pelo aparecimento dos sintomas da AIDS como de variáveis físicas, como dor e fadiga (Rosenstock, 1992). O segundo grupo inclui estudos realizados após a terapia anti-retroviral combinada, valorizando variáveis psicosocial em face da possibilidade de se conviver com a AIDS.

das pessoas que, além da condição de enfermidade, lidam com carências sociais e económicas que seguramente têm impacto na QV.

A partir de meados dos anos 1990, os estudos passaram a investigar associações entre variáveis psicológicas – enfrentamento e suporte social – e a percepção da QV, buscando identificar fatores que propiciam o ajustamento à condição de enfermidade crônica e enfrentamento ativo diante da disponibilidade de tratamento (Dunbar, Mueller, Medina & Wolf, 1998). Friedland, Renwick e McColl (1996) investigaram as variáveis suporte social, estratégias de enfrentamento, renda, idade, emprego e a severidade dos sintomas como preditores da QV em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Mediante análises de regressão hierárquica, os pesquisadores verificaram que renda familiar, suporte social emocional e enfrentamento focalizado no problema foram preditores positivos da QV, enquanto o enfrentamento focalizado na emoção foi um preditor negativo, explicando, juntos, 48,3% da variância da variável critério. A investigação sobre o suporte social tem sido objeto de interesse devido às situações de preconceito e discriminação que podem caracterizar as reações sociais à soropositividade, levando, muitas vezes, ao isolamento social, à restrição dos relacionamentos interpessoais e às dificuldades no campo afetivo-sexual, com impacto negativo na rede social de apoio de pessoas que vivem com HIV/AIDS (Green, 1993). Evidencia-se, com alguma consistência, a associação entre disponibilidade e satisfação com o suporte social, bem-estar psicológico e percepção positiva da qualidade de vida, corroborando achados que indicam o papel do apoio social como moderador do estresse em contextos relacionados ao processo saúde-doença (Leserman & cols, 2000; Schmitz & Crystal, 2000).

A escassez de estudos sobre QV em pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil motivou a realização da presente pesquisa, que teve como objetivo principal testar um modelo sobre as relações entre qualidade de vida, condição clínica, escolaridade, situação conjugal, enfrentamento e suporte social, em pessoas soropositivas. No modelo, proposto a partir de achados da literatura e da experiência da primeira autora em serviço de saúde voltado para o atendimento a essa clientela, algumas relações entre variáveis eram esperadas. Presumia-se que a QV de pessoas soropositivas, assintomáticas ou sintomáticas, com diferentes níveis de escolaridade, vivendo ou não com parceiro(a), pudesse ser predita em função das estratégias de enfrentamento e do suporte social percebido, e que essas variáveis psicológicas

Método

Participantes

Caracterização sociodemográfica

A amostra foi composta de 247 pessoas vivendo com HIV (66,8%) do sexo masculino, que estavam em tratamento ambulatorial em dois serviços de tratamento de HIV/AIDS no Instituto Universitário de Brasília e a Unidade de DST/AIDS do DF - que contabilizavam, no momento da pesquisa, 1.000 e 1.100 HIV+ cadastrados. A idade variou entre 18 e 65 anos ($dp=7,8$). A distribuição da amostra mostrou que 33,6% tinham até o ensino fundamental, 41,2% estudaram até o ensino médio completo e 25,2% estudaram superior incompleto e 17,8% o superior completo.

Quanto à situação conjugal, 41,2% das pessoas estavam casadas ou vivendo em união consensual, 25,2% não estava vivendo com parceiro(a), 25,2% eram divorciados ou viúvos. A maioria era de orientação heterossexual. Os percentuais de pessoas que viviam com ou sem parceiro(a) eram semelhantes, 48,3% eram heterossexuais, e bissexuais, o maior percentual foi de pessoas que viviam com parceiro(a). No que se refere à situação conjugal, 41,2% dos participantes estavam empregados e 58,8% não possuíam atividade autônoma, 19,5% estavam desempregados e 19,5% eram aposentados.

Caracterização médica-clínica

Setenta e duas pessoas (29,9%) eram sintomáticas/doentes de AIDS, 177 (72,1%) eram assintomáticas e 2 (0,8%) não tinham o diagnóstico variou de 14 anos a 65 anos ($dp=30,8$). Os valores da contagem dos linfócitos T celulares (por milímetro cúbico de sangue) variaram de 100 a 1.000 ($dp=277$), mostrando grande variação entre os participantes, quanto à integridade do sistema imunológico, medida pela quantidade de cópias virais no sangue periférico, variou de 80 cópias/ml a 1.000.000 ($m=51694$; $dp=188069,7$). Quase 80% das pessoas que estavam com carga viral indetectável (86,3%) relataram fazer uso de medicamentos antirretrovirais.

avaliação da adesão ao tratamento anti-retroviral e orientação sexual. Baseado nas respostas dadas a esse questionário, os pacientes foram classificados em uma das duas condições, conforme definição de Oliveira, Mello e Silva, Atomyla, Bonasser Fº e Geraldes (1996): 1) assintomático ou portador do HIV, quando o paciente referia ainda não ter tido nenhum sinal ou sintoma referente à enfermidade; 2) sintomático ou doente de AIDS, quando o paciente referia ter tido pelo menos um dos sintomas relacionados à AIDS e/ou pelo menos uma infecção oportunista associada à síndrome. O questionário foi pré-testado em 10 pacientes, com condição sociodemográfica diversificada, para adequação quanto à linguagem e seqüência dos itens.

— Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP): Instrumento derivado da escala de Vitaliciano, Russo, Carr, Maiuro e Becker (1985), em versão adaptada para o português por Gimenes e Queiroz (1997) e submetido à análise fatorial por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001), composto de 45 itens, distribuídos em 4 fatores: 1) enfrentamento focalizado no problema (18 itens, $\alpha=0,84$), estratégias comportamentais que representam aproximação em relação ao estressor, voltadas para o seu manejo ou solução, bem como estratégias cognitivas direcionadas para a reavaliação e ressignificação do problema; 2) enfrentamento focalizado na emoção (15 itens, $\alpha=0,81$), estratégias cognitivas e comportamentais de esquiva e/ou negação, expressão de emoções negativas, pensamento fantasioso, autoculpa e/ou culpabilização de outros, com função paliativa ou de afastamento do problema; 3) busca de suporte social (5 itens, $\alpha=0,70$) procura de apoio social emocional ou instrumental para ajudar a lidar com o problema; 4) busca de práticas religiosas (7 itens, $\alpha=0,74$), pensamentos e comportamentos religiosos como modos de enfrentamento e manejo do estressor. As respostas foram dadas em escala Likert de 5 pontos (1 = “nunca faço isso” a 5 = “faço isso sempre”). Os escores foram obtidos pela média aritmética e quanto mais altos, maior a freqüência de utilização da estratégia de enfrentamento.

— Escala de Suporte Social para Pessoas Portadoras do HIV/AIDS: Versão brasileira do *Social Support Inventory for People Who Are HIV Positive or Have AIDS* (Renwick, Halpen, Rudman & Friedland, 1999), a partir de adaptação e tradução para o português, com base em procedimentos de análise semântica e tradução reversa. A investigação da estrutura fatorial com a amostra de pessoas soropositivas, anterior às análises descritivas e multivariadas do presente estudo, resultou

brasileira do instrumento completo (100 ítems) Fleck e colaboradores (1999), com base na escala de Power, Bullinger e Harper (1999), com as dimensões: 1) saúde (10 ítems, 3 facetas (atividades da vida diária; trabalho; dependência de medicação ou de medicamentos); 2) bem-estar (10 ítems, 3 facetas (desconforto; energia e fadiga; mobilidade; sono); 3) psicológica, 24 ítems, 6 facetas (aparência e autoestima; espiritualidade, religião e crenças pessoais; aprendizagem, memória e concentração; sentimentos de humor e sentimentos positivos); 3) relacionamento social (10 ítems, 3 facetas (atividade sexual; relações pessoais; ambiente social); 4) ambiente, 32 ítems, 8 facetas (ambiente do lar; disponibilidade e qualidade de cuidados com o paciente; oportunidades de adquirir novas informações; acesso ou oportunidades de recreação e lazer; finanças; segurança física e proteção; trabalho); 5) geral, escore oriundo das respostas a quatro ítems (satisfação com a vida, satisfação com a saúde, avaliação da qualidade de vida e satisfação com a vida). As escalas de respostas eram de 5 pontos e os escores foram obtidos para as facetas e dimensões, variando de 0 a 100. Para a consistência interna, os valores *alphas* de Cronbach variavam de 0,70 para as facetas e as dimensões (Fleck et al., 1999).

Procedimento de coleta de dados

Os participantes foram convidados em dia e hora pré-estabelecidos ou quando estavam realizando algum outro procedimento de saúde. A resposta aos instrumentos, após assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido, ocorreu entre os dias 15 e 20 de setembro de 2001, no horário agendados, no serviço de saúde onde o paciente era atendido. A aplicação ocorreu em uma única sessão para a maioria dos participantes e a maioria levou cerca de 80 minutos para responder os instrumentos. Ocorreram menos de 10% de desistência. A aplicação individual assistida foi utilizada para o questionário sociodemográfico e médico-clínico e para a Escala de Suporte Social para Pessoas Portadoras do HIV/AIDS. Para a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), foi utilizado procedimento de resposta individualizada, com auxílio de pesquisador, após orientação sobre a forma de responder.

Análise do modelo

condição clínica com a QV. No último passo, foram introduzidas as variáveis psicológicas enfrentamento focalizado no problema, enfrentamento focalizado na emoção, busca de práticas religiosas, suporte social instrumental e suporte social emocional que entraram conjuntamente como terceiro bloco.

Resultados

Análises exploratórias de dados mostraram a adequação das variáveis quanto aos pressupostos exigidos para análises multivariadas. As freqüências das variáveis antecedentes e critério mostraram distribuições próximas à normalidade, considerando os indicadores de dispersão e de tendência central. Matrizes de correlação entre as variáveis mostraram ausência de singularidade e de multicolinearidade. Não foram encontrados casos extremos univariados e multivariados. Os dados faltosos identificados (inferior a 2%) foram substituídos pela média do respectivo item.

Análises fatoriais preliminares

Para testar a estrutura empírica das medidas no que se refere à amostra específica, os resultados do WHOQoL-100 e da EMEP foram submetidas a análises fatoriais exploratórias (*principal axis factoring*), conforme recomendado por Tabachnick e Fidell (1996). No caso da EMEP, com rotação oblíqua ($KMO=0,79$), a estrutura fatorial foi parcialmente confirmada. Observou-se a fusão do fator enfrentamento focalizado no problema com o fator busca de suporte social, optando-se pela manutenção da denominação enfrentamento focalizado no problema ($\alpha=0,83$). Do ponto de vista teórico e empírico, esses resultados foram considerados plausíveis, pois se observa que busca de suporte social tem obtido correlação, de moderada a alta, com focalização no problema, chegando a ser considerado um componente dessa modalidade de enfrentamento por alguns estudiosos do construto (Clark, Bormann, Cropanzano & James, 1995). Os demais fatores enfrentamento focalizado na emoção ($\alpha=0,80$) e busca de práticas religiosas ($\alpha=0,68$) repetiram a estrutura encontrada por Seidl e colaboradores (2001). Verificou-se ainda a perda de poucos itens que obtiveram carga fatorial abaixo de 0,33. Tendo em vista os bons indicadores psicométricos, optou-se por considerar os resultados dessa solução fatorial para a composição dos escores dos fatores da EMEP na análise de regressão hierárquica.

do desgaste físico e mental, especialmente bem como a associação entre problema e sono. Denominou-se essa nova facetas, $\alpha=0,89$). As demais dimensões relevantes em sua composição: dimensão física ($\alpha=0,80$) e QV gerencial, das facetas variaram de 0,86 a 0,35. Considerando os bons indicadores necessidade de valorizar o dado em da amostra estudada, optou-se por usar da WHOQoL-100 nas análises de procedimentos recomendados na ut (Tabachnick & Fidell, 1996).

Características da amostra e enfrentamento e qualidade de vida

Os resultados revelaram a diversidade das medidas das estratégias de enfrentamento da QV. Quanto ao suporte social, dos escores referentes ao suporte emocional e instrumental ($m=3,62$; $dp=0,76$), direta, indicaram que a maior parte da disponibilidade e satisfação com o suporte. Verificou-se ainda associação possivelmente de modalidades de suporte social ($r=0,20$), a associação do suporte social com a condição clínica. Analisando as diferenças significativas quanto ao suporte social com a condição clínica, a diferença entre a modalidade de suporte social mais alta ($F(1, 239)=8,18$; $p=0,004$), com parceiro(a) ($F(1, 239)=8,18$; $p=0,004$), mais elevadas nessa modalidade de suporte instrumental, verificou-se diferença entre a situação conjugal e a situação conjugal em relação ao suporte social. As diferenças significativas quanto ao suporte social com a condição clínica, a diferença entre a modalidade de suporte social mais alta ($F(1, 239)=8,18$; $p=0,004$), com parceiro(a) ($F(1, 239)=8,18$; $p=0,004$), mais elevadas nessa modalidade de suporte instrumental, verificou-se diferença entre a situação conjugal e a situação conjugal em relação ao suporte social. As diferenças significativas quanto ao suporte social com a condição clínica, a diferença entre a modalidade de suporte social mais alta ($F(1, 239)=8,18$; $p=0,004$), com parceiro(a) ($F(1, 239)=8,18$; $p=0,004$), mais elevadas nessa modalidade de suporte instrumental, verificou-se diferença entre a situação conjugal e a situação conjugal em relação ao suporte social.

As médias do enfrentamento focalizado ($m=0,68$; $dp=0,68$) e da busca de prática religiosa ($m=0,68$; $dp=0,68$) foram mais altas, indicando maior utilização dessas estratégias. Os resultados do enfrentamento focalizado e da busca de prática religiosa foram observadas diferenças nas suas associações com a condição clínica.

$\beta=0,58$, física ($m=3,54$; $\beta=0,59$) e QV geral ($m=3,55$; $\beta=0,76$). A dimensão do ambiente apresentou a média mais baixa ($m=3,32$; $\beta=0,52$), o que é um indicador de maior insatisfação e avaliação desfavorável dessa dimensão no conjunto da amostra estudada. Nos dados descritivos sobre as facetas, destaca-se as cinco áreas que apresentaram escores mais baixos, indicativos de maiores dificuldades e insatisfação: sentimentos negativos ($m=3,15$; $\beta=0,85$), atividade sexual ($m=3,13$; $\beta=1,01$), dependência de medicação e tratamento ($m=2,57$; $\beta=0,90$), segurança física e proteção ($m=2,97$; $\beta=0,59$) e recursos financeiros ($m=2,77$; $\beta=0,79$).

Os testes do modelo

O resultado da regressão múltipla hierárquica onde a dimensão psicossocial foi a variável critério mostrou que, no primeiro passo, os valores de β e de R foram próximos a zero. No segundo passo, a introdução da escolaridade e da situação conjugal incrementou os valores de R^2 em 8%, com essas variáveis contribuindo para a explicação da variância da dimensão psicossocial, que alcançou 9%. Após a entrada de todas as variáveis na equação, observou-se um incremento significativo de R^2 , da ordem de 52%. O modelo final (Tabela 1), com 59% (ajustado) de variância explicada, apresentou quatro variáveis significativas: suporte emocional, como o mais forte preditor, enfrentamento focalizado na emoção (preditor negativo), enfrentamento focalizado no problema e situação conjugal (vivendo com parceiro/a). No teste da dimensão física como variável critério, a condição clínica ($\beta=0,16$; $p<0,05$), introduzida

no primeiro passo, contribuiu sozinha para o 3% de variância explicada. A adição do variável resultou em incremento significativo explicada, equivalente a 8%. No terceiro passo, aumento importante da variância explicada da ordem de 16%. O modelo final (Tabela 2) variáveis significativas responsáveis por explicações da variância da dimensão física: emoção (preditor negativo) e condição clínica.

No teste em que a dimensão do ambiente é critério, a condição clínica não alcançou significância sozinha no primeiro passo. No segundo passo, incremento importante da variância explicada com as variáveis escolaridade e situação conjugal de modo significativo para o modelo. A introdução das variáveis na equação mostrou um aumento de 27%. O modelo final (Tabela 2) apresentou variáveis significativas: escolaridade, mais forte preditor instrumental, enfrentamento focalizado na emoção (preditor negativo) e suporte emocional. As quatro variáveis explicaram 45% (ajustado) da variância da dimensão do ambiente. O teste que testou a QV geral como variável critério, com a condição clínica no primeiro passo resultou em zero. No segundo passo, com a entrada das variáveis escolaridade e situação conjugal, verificou-se um aumento de 7%, com essas duas variáveis contribuindo semelhantes de β , alcançando 9% de variância.

Tabela 1

Análises de Regressão Hierárquica (Passo 3) das Dimensões Psicossocial e Física da QV sobre as Variáveis Antecedentes (N=240)

Variáveis	B	B	F (g)	Modelo F
<i>Dimensão psicossocial</i>			61,67 ***	
			(5,232)	
Condição clínica: assintomático	0,02	0,02		
Escolaridade	-0,00	0,01		
Situação conjugal: vivendo com parceiro(a)	0,14	0,12**		R=0,78**
Enfrentamento no problema	0,11	0,13**		R ² =0,61
Enfrentamento na emoção	-0,36	—		R ² ajustada
			0,41***	
Busca de práticas religiosas	0,04	0,07		ΔR ² = 0,5
Score social: menor	0,21	0,42***		

Tabela 2

Análises de Regressão Hierárquica (Passo 3) das Dimensões do Ambiente e QV Geral sobre as Variáveis

Variáveis	B	B	F (gl)	Mo
<i>Dimensão do ambiente</i>			23,82 ***	
			(5,232)	
Condição clínica: assintomático	0,01	0,00		
Escolaridade	0,08	0,29***		
Situação conjugal: vivendo com parceiro(a)	0,03	0,03		R=
Enfrentamento no problema	0,00	0,06		R ²
Enfrentamento na emoção	-0,18	-0,23***		R ²
Busca de práticas religiosas	-0,03	-0,06		ΔR ²
Suporte social emocional	0,12	0,17**		
Suporte social instrumental	0,18	0,27***		
<i>Dimensão física</i>			16,94***	
			(5,232)	
Condição clínica: assintomático	0,08	0,05		
Escolaridade	0,03	0,08		
Situação conjugal: vivendo com parceiro(a)	0,14	0,09		R=
Enfrentamento no problema	0,13	0,12		R ²
Enfrentamento na emoção	-0,28	-0,24***		R ²
Busca de práticas religiosas	0,03	0,04		ΔR ²
Suporte social emocional	0,25	0,27***		
Suporte social instrumental	0,07	0,08		

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

No terceiro passo, as variáveis na equação levaram a um incremento de 25% do valor de R^2 . O modelo final, com 30% (ajustado) de variância explicada, teve duas variáveis significativas: suporte emocional e enfrentamento na emoção, esta última como preditor negativo (Tabela 2).

Discussão

Como esperado, as variáveis psicossociais contribuíram de modo significativo para a explicação das dimensões da QV das pessoas soropositivas que participaram do estudo. Também foi constatado o fraco poder de predição da variável condição clínica, que contribuiu como preditor significativo apenas no modelo final da dimensão física da QV. É possível supor que o tratamento anti-retroviral leve a quase indiferença quanto ao funcionamento físico, entre pessoas que são sintomáticas e que não o são, ou seja, que a condição clínica

satisfação com esses aspectos. Este achado é similar ao constatado por Friedland e colaboradores (1996), que encontraram escores mais altos na dimensão psicológica e de bem-estar psicológico e de bem-estar social entre pessoas soropositivas no presente estudo.

No caso da dimensão física como preditor da QV, os resultados mostraram que o modelo final foi significativamente melhor que a condição clínica (assintomático) e a condição clínica (sintomática). A condição clínica (assintomática) alcançou significância só no modelo final, que avaliaram melhor o seu funcionamento físico. No entanto, mesmo com a melhoria das condições de saúde, as pessoas que usam tratamento anti-retroviral, em uso pela maioria deles, continuaram a apresentar menor QV, que pessoas sintomáticas tenham maior QV, apesar de sua menor condição física, ou debilidade física, o que não costuma ser o caso (Gómez, 2001; 1996).

à condição socioeconômica. A escolaridade foi, de fato, o mais forte preditor, apontando que pessoas com nível de escolaridade mais alto, e que relataram maior disponibilidade e satisfação com os suportes instrumental e emocional, e que referiram menos utilização do enfrentamento na emoção, tenderam a estimar melhores condições e a avaliar de modo mais favorável o ambiente onde viviam. O modelo que analisou a QV geral teve apenas duas variáveis preditoras: suporte emocional e enfrentamento na emoção (negativo), permitindo concluir que pessoas soropositivas que referiram melhor apreciação da qualidade de suas vidas relataram ter maior disponibilidade e estar mais satisfeitas com o suporte emocional e fazer menor uso de estratégias de enfrentamento focalizado na emoção. Evidencia-se aqui a necessidade da investigação de outras variáveis antecedentes em estudos futuros, dado o reduzido percentual de variância explicada encontrado, que permite supor a limitação das variáveis estudadas como preditores da QV geral.

A constatação de que os participantes utilizavam mais estratégias cognitivas e comportamentais direcionadas ao manejo do problema e menos estratégias focalizadas na emoção vem ao encontro de outros achados sobre enfrentamento em pessoas com HIV/AIDS (Friedland & cols., 1996; Singh & cols., 2000). Quanto ao enfrentamento focalizado na emoção, é possível inferir, como mencionado anteriormente, que a maior utilização dessa estratégia seria indicativa da presença de dificuldades emocionais associadas à soropositividade. Os conteúdos dos itens da EMEP, que mensuram essa modalidade de enfrentamento, descrevem sentimentos de culpa em relação a si mesmo e ao outro, emoções negativas, esquiva e pensamento fantasioso, o que leva a supor que escores mais elevados nessa estratégia seriam sugestivos de dificuldades psicológicas. Resultados nessa direção foram encontrados por pesquisadores que utilizaram outras medidas de enfrentamento (Schmitz & Crystal, 2000). Um resultado obtido nas análises bivariadas - uso mais frequente do enfrentamento focalizado na emoção por pessoas com escolaridade menor - permite supor que dificuldades relativas à condição socioeconômica somar-se-iam às dificuldades da condição de saúde resultando em um número maior de estressores, com repercussão negativa sobre o bem-estar psicológico e sobre a apreciação da QV, como foi verificado nos estudos de Cunningham e colaboradores (1995).

pessoas acometidas por enfermidade aí preconceito. No entanto, observou-se disponibilidade e maior satisfação com os suportes emocional, por aquelas que viviam com parceiros que confirmam evidências da literatura sobre suporte (Jones, Fass, Neidig & Song, 1999; Schmitz & Crystal, 2000). A disponibilidade percebida e satisfação com o suporte de pessoas casadas e/ou em união consensual é fato de que essa modalidade de suporte implica dimensões domésticas e operacionais do tratamento, o que é de proximidade espacial entre o provedor e o receptor. Um resultado que chamou a atenção foi a disponibilidade e satisfação com o suporte entre os participantes com baixa escolaridade, embora não quanto ao suporte instrumental. Aspectos sociais estariam aqui implicados: eventualmente em função de estar junto a segmentos menos escolarizados da população, poderiam estar com mais dificuldade de receber suporte. Pode-se presumir, ainda, que níveis mais altos de escolaridade estariam favorecendo as habilidades sociais e levando a condições facilitadoras da busca e do suporte emocional.

No que concerne às facetas da QV que indicam maiores dificuldades e insatisfação, duas delas podem ser associadas ao ambiente e parecem refletir o impacto da condição socioeconômica: recursos financeiros e segurança. A dependência de medicação e tratamento, face ao que se refere à percepção de que o prazo indefinido e a perspectiva de cronicidade levam a uma situação de dependência da medicação. A presença de sentimentos negativos, a insatisfação com a vida e as dificuldades emocionais associadas à soropositividade podem configurar quadros de depressão ou de ansiedade, que podem ser mais intensos em pessoas com níveis de gravidade (Khouzam, Donnelly & Ibrahim, 2000). A repercussão negativa da soropositividade, que é sexualmente transmissível – sobre a vida conjugalidade, justificam os escores mais baixos.

Há limitações deste estudo que sugerem o uso das medidas sociodemográficas. O nível de escolaridade pode ser insuficiente para medir condição social. Em estudos futuros sugere-se inclusão de outras variáveis.

equações estruturais), mais adequados para fenômenos complexos multidimensionais.

A pesquisa tem implicações para a prática profissional, com a constatação da importância de apreender, compreender e atender as demandas dos usuários dos serviços, visando a encaminhar ações direcionadas para a sua resolubilidade e fortalecimento do vínculo do paciente com a equipe de saúde. O caráter de cronicidade da AIDS prevê o seguimento dos pacientes a longo prazo. Isto acarreta a necessidade de avaliação e acompanhamento dos aspectos psicosociais, tais como as variáveis analisadas no presente estudo. Assim, será possível subsidiar continuamente a estruturação dos serviços para atender a novas demandas médicas e psicosociais que possam surgir no contexto de vida de pessoas soropositivas, visando à integralidade e à melhor qualidade da atenção em saúde.

Referências

- Barroso, J. (1997). Reconstructing my life: Becoming a long-term survivor of AIDS. *Qualitative Health Research, 7*, 57-74.
- Biggar, H., Forehand, R., Devine, D., Brody, G., Armistead, L., Morse, E. & Simon, P. (1999). Women who are HIV infected: The role of religious activity in psychosocial adjustment. *Aids Care, 11*, 195-199.
- Clark, K. A., Bormann, C. A., Cropanzano, R. S. & James, K. (1995). Validation evidence for three coping measures. *Journal of Personality Assessment, 65*, 434-455.
- Cunningham, W. E., Hays, R. D., Williams, K. W., Beck, K. C., Dixon, W. J. & Shapiro, M. F. (1995). Access to medical care and health-related quality of life for low-income persons with symptomatic human immunodeficiency virus. *Medical Care, 33*, 739-754.
- Dunbar, H. T., Mueller, C. W., Medina, C. & Wolf, T. (1998). Psychological and spiritual growth in women living with HIV. *Social Work, 43*, 144-154.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQoL-100). *Revista de Saúde Pública, 33*, 198-205.
- Friedland, J., Renwick, R. & McColl, M. (1996). Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *Aids Care, 8*, 15-31.
- Gimenes, M. M. G. & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases do enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp. 171-195). Campinas, SP: Psy.
- Green, G. (1993). Editorial review: Social support and HIV. *Aids Care, 5*, 87-104.
- Ingram, K. M., Jones, D. A., Fass, R. J., Neidig, J. L. & Song, Y. S. (1999). Social support, and unsupportive social interactions: Their association with depression among people living with HIV. *Aids Care, 11*, 313-329.
- Khouzam, H. R., Donnelly, N. J. & Ibrahim, N. F. (1998). Psychiatric morbidity in HIV patients. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 51-56.
- Leserman, J., Petitto, J. M., Golden, R. N., Gaynes, B. N., Gu, H., Perkins, D. O., Silva, S. G., Folds, J. D. & Evans, D. L. (2000). Impact of stressful life events.
- Ministério da Saúde - Programa Nacional de Epidemiologia. Ano XVII nº 01 – 1ª a 5ª edição. São Paulo: MCT, 2003.
- Oliveira, M. S., Mello e Silva, A. C. C., Alves, M. C. & Geraldes, S. M. (1996). Aspectos clínicos da AIDS. In M. Lima, C. R. Kiffer & D. Uip (Orgs.), *Primeros pasos en la investigación en salud pública* (pp. 93-126). São Paulo: Atheneu.
- Power, M., Bullinger, M. & Harper, A. (1995). WHO-QoL-100 tests of the universality of quality of life across cultures groups worldwide. *Health Psychology, 14*, 13-20.
- Rabkin, G. J., Ferrando, S., Lin, S. H., Sowell, M. & Kornblith, A. (1998). Quality of life and side effects of HAART: A 2-year study. *Psychosomatic Medicine, 58*, 845-853.
- Renwick, R., Halpern, T., Rudman, D. & McColl, M. (1996). The validation of a measure of received support. *Medical Care, 34*, 663-673.
- Revicki, D. A., Sorensen, S. & Wu, A. W. (1998). The validation of quality of life and mental health summary scores from a national health survey. *Medical Care, 36*, 126-137.
- Rosenfeld, B., Breitbart, W., McDonald, M. & McColl, M. (1996). Pain in ambulatory AIDS patients: Prevalence, characteristics and psychological functioning and quality of life. *Aids Care, 8*, 15-31.
- Schmitz, M. F. & Crystal, S. (2000). Social support and quality of life and distress among persons with HIV/AIDS. *Aids Care, 12*, 30, 665-685.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C. (2004). A revisão conceitual e metodológico. *Cadernos de Saúde Pública, 20*, 234.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). A revisão conceitual e metodológico. *Cadernos de Saúde Pública, 20*, 234.
- Singh, N., Berman, S. M., Swindells, S., Jaiswal, S. & Wagener, M. M. (1999). Adherence to antiretroviral therapy in asymptomatic and infected patients to antiretroviral therapy. *Aids, 13*, 830.
- Smith, K. W., Avis, N. E., Mayer, K. H. & Sorensen, S. (1998). Quality of life in HIV with asymptomatic HIV-positive women. *Aids, 12*, 555-560.
- Sowell, R. L., Seals, B. F., Moneyham, L., Dickey, C. C. & Sorensen, S. (1998). Quality of life in infected women in the United States. *Aids Care, 9*, 501-512.
- Tabachnick, G. B. & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. New York: HarperCollins.
- The WHOQoL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQoL): Development and psychometric test properties. *Social Science and Medicine, 46*, 1569-1587.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. & D'Andrea, M. (1998). The Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Psychology and Health, 20*, 3-26.
- Wu, A. W. (2000). Quality of life assessment in patients with HIV/AIDS. *Aids, 14*, 1449-1456.