



Psicologia: Reflexão e Crítica

ISSN: 0102-7972

prcrev@ufrgs.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Brasil

Fleury Seidl, Eliane Maria; da Costa Zannon, 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, suporte social, em pessoas portadoras do HIV/AIDS. Participaram 241 pessoas (161 homens), de 20 a 64 anos, 169 com HIV/AIDS assintomáticas, 208 delas em uso de terapia anti-retroviral. A variável critério QV foi investigada nas dimensões psicossocial, física e qualidade de vida geral, mediante análises de regressão múltipla hierárquica. Suporte social emocional, enfrentamento focalizado no problema e viver com parceiro(a) foram preditores significativos da dimensão psicossocial da QV com a maior variância explicada (59% ajustado). Suporte social emocional e enfrentamento focalizado na emoção foram preditores significativos das análises relativas às demais dimensões da QV. Discutem-se implicações para as práticas de saúde referentes às ações profissionais visando o 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 in HIV-infected or asymptomatic HIV-infected patients was tested. The participants were 241 adults, aged 20 to 64, 161 men, 169 symptomatic HIV/AIDS and 208 in 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 analysis revealed that the emotional support, emotion-focused coping, problem-focused coping, and marital status were significant predictors of the variance in the psychosocial dimension (59% (adjusted)). Emotional support and emotion-focused coping were significant predictors of the variance in the physical and overall 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 suscitando grande interesse, consoante com o que têm norteador as práticas em saúde (Seidl & WHOQOL Group, 1998). Estudos sobre QV na população podem ser divididos em dois grupos. O primeiro grupo, realizado em momento anterior às possibilidades de tratamento, quando o agravamento do quadro clínico pelo aparecimento dos sintomas da AIDS motivou o estudo de variáveis físicas, como dor e fadiga (Rosenfeld, 1998). O segundo grupo inclui estudos realizados após o advento da terapia anti-retroviral combinada, valorizando variáveis psicossociais em face da possibilidade de se con-

das pessoas que, além da condição de enfermidade, lidam com carências sociais e econômicas 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

Participantes

Caracterização sociodemográfica

A amostra foi composta de 24 (66,8%) do sexo masculino, que eram atendidos no ambulatório em dois serviços de tratamento de HIV/AIDS no Instituto de Saúde da Universidade de Brasília e a Unidade de Saúde do DF - que contabilizavam, no total, 36 HIV+ cadastrados. A idade variou de 20 a 55 anos ($dp=7,8$). A distribuição da amostra em relação ao nível de escolaridade foi: 33,6% tinham até o ensino fundamental, 16,7% estudaram até o ensino médio completo e 17,8% o superior incompleto e 17,8% o superior completo.

Quanto à situação conjugal, 41,7% eram casados ou vivendo em união consensual, 41,7% não estava vivendo com parceiro(a), 16,7% eram divorciados ou viúvos. A maioria dos participantes era heterossexual. Os percentuais de pessoas com ou sem parceiro(a) eram semelhantes: 41,7% e bissexuais, o maior percentual foi de 16,7% com parceiro(a). No que se refere à situação profissional, 41,7% dos participantes estavam empregados e 16,7% possuíam atividade autônoma, 16,7% eram desempregados e 19,5% eram aposentados.

Caracterização médico-clínica

Setenta e duas pessoas (29,9%) eram assintomáticas/doentes de HIV/AIDS. O tempo do diagnóstico variou de 14 anos a menos de 1 ano. Os valores da contagem dos linfócitos CD4+ (por milímetro cúbico de sangue) variaram de 200 a 1000 ($dp=277$), mostrando grande variação quanto à integridade do sistema imunológico. A medida pela quantidade de cópias virais no sangue periférico, variou de 80 cópias/ml a mais de 1000 ($m=51694$; $dp=188069,7$). Quase todos os participantes estavam com carga viral indetectável (86,3%) relataram fazer uso de medicação antirretroviral.

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, Atomya, Bonasser Fº e Geraldês (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 Vitaliano, 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, autculpa 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 frequência 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 itens) (Fleck e colaboradores (1999), com base na versão de Power, Bullinger e Harper (1999), com as dimensões de 28 itens, 7 facetas (atividades da vida diária, trabalho; dependência de medicação ou de cuidados; desconforto; energia e fadiga; mobilidade; saúde física; saúde psicológica, 24 itens, 6 facetas (aparência e autoimagem; autoestima; espiritualidade, religião e crenças pessoais; aprendizagem, memória e concentração; sentimentos e sentimentos positivos); 3) relacionamento com familiares, 32 itens, 8 facetas (atividade sexual; relações pessoais; ambiente, 32 itens, 8 facetas (ambiente do lar; disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde; oportunidades de adquirir novas informações; acesso ou oportunidades de recreação; recursos financeiros; segurança física e proteção; traços de personalidade, escore oriundo das respostas a quatro itens (satisfação com a vida, satisfação com a saúde, avaliação da qualidade de vida). As escalas de respostas foram avaliadas com 5 pontos e os escores foram obtidos pela média para as facetas e dimensões, variando de 0 a 100. Para a consistência interna, os valores *alphas de Cronbach* foram de 0,70 para as facetas e as dimensões (Fleck e colaboradores (1999).

Procedimento de coleta de dados

Os participantes foram convidados em dia a dia ou quando estavam realizando algum outro procedimento de saúde. A resposta aos instrumentos, após assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido, ocorreu em agendamentos, no serviço de saúde onde o paciente estava sendo atendido. A aplicação ocorreu em uma única sessão para a maioria dos participantes e a maioria levou cerca de 80 minutos para responder aos instrumentos. Ocorreram menos de 10% de faltas. A aplicação individual assistida foi utilizada para a avaliação sociodemográfica e médico-clínica e para a aplicação da EMEP, foi utilizado procedimento de resposta direta ao pesquisador, após orientação sobre a forma de

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 frequências 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 do sono. Denominou-se essa nova dimensão de facetas, $\alpha=0,89$). As demais dimensões relevantes em sua composição: dimensão física ($\alpha=0,80$) e QV geradas pelas facetas variaram de 0,86 a 0,35. Considerando os bons indicadores de validade, a necessidade de valorizar o dado em questão da amostra estudada, optou-se por manter a WHOQoL-100 nas análises de regressão e procedimentos recomendados na literatura (Tabachnick & Fidell, 1996).

Características da amostra e enfrentamento e qualidade de vida

Os resultados revelaram a diversidade das medidas das estratégias de enfrentamento e da QV. Quanto ao suporte social, os escores referentes ao suporte emocional e instrumental ($m=3,62$; $dp=0,76$), respectivamente, à direita, indicaram que a maior parte da amostra tem disponibilidade e satisfação com o suporte social. Verificou-se ainda associação positiva entre as modalidades de suporte social ($r=0,45$) e a associação do suporte social com o suporte conjugal e condição clínica. Análises de diferenças significativas quanto ao suporte conjugal em relação ao suporte social mostraram que pessoas com escolaridade mais alta ($F(1, 239)=8,18$; $p=0,006$) e com parceiro(a) ($F(1, 239)=8,18$; $p=0,006$) tiveram mais elevadas nessa modalidade de suporte instrumental, verificou-se diferença significativa em relação à situação conjugal, com pessoas que viviam com parceiro(a) ($F(1, 239)=8,18$; $p=0,006$) foram observadas diferenças nas modalidades de suporte segundo a condição clínica.

As médias do enfrentamento focalizado no problema ($dp=0,68$) e da busca de prática religiosa foram mais altas, indicando maior utilização dessas estratégias. Os resultados do enfrentamento focalizado

$dp=0,58$), física ($m=3,54$; $dp=0,59$) e QV geral ($m=3,55$; $dp=0,76$). A dimensão do ambiente apresentou a média mais baixa ($m=3,32$; $dp=0,52$), 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 ($m=3,15$; $dp=0,85$), atividade sexual ($m=3,13$; $dp=1,01$), dependência de medicação e tratamento ($m=2,57$; $dp=0,90$), segurança física e proteção ($m=2,97$; $dp=0,59$) e recursos financeiros ($m=2,77$; $dp=0,79$).

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 *beta* 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 suporte emocional e da condição clínica como variáveis resultou em incremento significativo da variância explicada, equivalente a 8%. No terceiro passo, a introdução da escolaridade e da situação conjugal resultou em aumento importante da variância explicada, da ordem de 16%. O modelo final (Tabela 2) apresentou cinco variáveis significativas responsáveis por 27% de explicação da variância da dimensão física: condição clínica (preditor negativo) e condição clínica (preditor negativo) e condição clínica (preditor negativo).

No teste em que a dimensão do ambiente foi a variável critério, a condição clínica não alcançou significância estatística como variável critério sozinha no primeiro passo. No segundo passo, a introdução da escolaridade e da situação conjugal resultou em incremento importante da variância explicada, equivalente a 8%. No terceiro passo, a introdução das variáveis de modo significativo para o modelo. A introdução das variáveis na equação mostrou um aumento de 27%. O modelo final (Tabela 2) apresentou cinco variáveis significativas: escolaridade, mais forte preditor, enfrentamento focalizado na emoção (preditor negativo) e suporte emocional. As quatro variáveis resultaram em 45% (ajustado) da variância da dimensão do ambiente. No teste da QV geral como variável critério, a condição clínica no primeiro passo resultou em 3% de explicação da variância. No segundo passo, com a entrada das variáveis de modo significativo para o modelo. A introdução das variáveis na equação mostrou um aumento de 27%. O modelo final (Tabela 2) apresentou cinco variáveis significativas: escolaridade, mais forte preditor, enfrentamento focalizado na emoção (preditor negativo) e suporte emocional. As quatro variáveis resultaram em 45% (ajustado) da variância da dimensão do ambiente.

Tabela 1

Análises de Regressão Hierárquica (Passo 3) das Dimensões Psicossocial e Física da QV sobre as Variáveis Antecedentes (N=24)

Variáveis	B	B	F (gl)	Modelo F
Dimensão psicossocial			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 ajustado
		0,41***		
Busca de práticas religiosas	0,04	0,07		$\Delta R^2= 0,5$
Segurança física e proteção	0,24	0,12***		

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		R²=
Enfrentamento na emoção	-0,18	-0,23***		R²
Busca de práticas religiosas	-0,03	-0,06		ΔR
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		R²
Enfrentamento na emoção	-0,28	-0,24***		R²
Busca de práticas religiosas	0,03	0,04		ΔR
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 indiferenciação quanto ao funcionamento físico, entre pessoas

satisfação com esses aspectos. Este achado corrobora o estudo de Friedland e colaboradores (1999), que encontrou escores mais altos na dimensão psicológica e de bem-estar psicológico e de enfrentamento na emoção, entre as pessoas soropositivas no presente estudo.

No caso da dimensão física com o modelo final, os resultados mostraram que o modelo final foi significativo para a condição clínica (assintomático) e para o enfrentamento na emoção, como preditor negativo. A condição clínica alcançou significância estatística, pois as pessoas assintomáticas avaliaram melhor o seu estado de saúde, mesmo com a melhoria das condições de vida, o uso do anti-retroviral, em uso pela maioria das pessoas. Já as pessoas com condição clínica sintomática, que pessoas sintomáticas tenham mais dificuldades físicas, ou debilidade física, o que não costuma ser observado em pessoas assintomáticas (Oliveira, 2004).

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

No que concerne às facetas da QV que indicam maiores dificuldades e insatisfação, duas delas correspondem ao ambiente e parecem refletir o impacto da condição socioeconômica: recursos financeiros e segurança. A dependência de medicação e tratamento, face à dificuldade de acesso, refere-se à percepção de que o prazo indefinido para a perspectiva de cronicidade levam a uma situação de dependência da medicação. A presença de sentimentos negativos em relação a dificuldades emocionais associadas à soropositividade configuram quadros de depressão ou de ansiedade. Os níveis de gravidade (Khouzam, Donnelly & Ibrahim, 1999) e a repercussão negativa da soropositividade sobre a sexualmente transmissível - sobre a vida pessoal e conjugalidade, justificam os escores mais baixos.

Há limitações deste estudo que sugerem cautela na interpretação sobre as medidas sociodemográficas. O nível de escolaridade pode ser insuficiente para medir condição socioeconômica. Em estudos futuros sugere-se inclusão de

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 psicossociais, tais como as variáveis analisadas no presente estudo. Assim, será possível subsidiar continuamente a estruturação dos serviços para atender a novas demandas médicas e psicossociais 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.
- Khousam, 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, I. D. & Evans, D. L. (2000). Impact of stressful life events. Ministério da Saúde - Programa Nacional de DST e AIDS. *Epidemiológico*. Ano XVII nº 01 – 1ª a 5ª edição, dezembro de 2003.
- Oliveira, M. S., Mello e Silva, A. C. C., & G. (1996). Aspectos clínicos da AIDS. M. Lima, C. R. Kiffer & D. Uip (Orgs). (pp. 93-126). São Paulo: Atheneu.
- Power, M., Bullinger, M. & Harper, A. (1996). WHO-QoL-100 tests of the universality of health-related quality of life across cultures groups worldwide. *Health Psychology*, 15, 103-113.
- Rabkin, G. J., Ferrando, S., Lin, S. H., Sewell, M. (1996). The effects of HAART: A 2-year study. *Psychiatry*, 59, 103-113.
- Renwick, R., Halpen, T., Rudman, D. & (1996). Validation of a measure of received support. *Aids Care*, 8, 663-673.
- Revicki, D. A., Sorensen, S. & Wu, A. W. (1996). Health-related quality of life and mental health summary scores from the WHOQoL-100 health survey. *Medical Care*, 36, 126-137.
- Rosenfeld, B., Breitbart, W., McDonald, M. (1996). Pain in ambulatory HIV patients: Psychological functioning and quality of life. *Aids Care*, 8, 103-113.
- Schmitz, M. F. & Crystal, S. (2000). Social distress among persons with HIV/AIDS. *Aids Care*, 30, 665-685.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. & Zannon, C. (2004). A medida de estratégias de enfrentamento da AIDS. *Revista de Saúde Pública*, 38, 234.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 103-113.
- Singh, N., Berman, S. M., Swindells, S., J. (1999). Adherence to antiretroviral therapy in infected patients to antiretroviral therapy. *Aids Care*, 11, 830.
- Smith, K. W., Avis, N. E., Mayer, K. H. & S. (1996). HIV with asymptomatic HIV-positive status. *Aids Care*, 8, 555-560.
- Sowell, R. L., Seals, B. F., Moneyham, L., D. (1996). Quality of life in infected women in the United States. *Aids Care*, 9, 501-512.
- Tabachnick, G. B. & Fidell, L. S. (1996). *Statistical packages for the social sciences*. HarperCollins.
- The WHOQoL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQoL): Development and testing of a new instrument. *Social Science and Medicine*, 46, 1569-1585.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, T. (1999). Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Research*, 20, 3-26.
- Wu, A. W. (2000). Quality of life assessment in patients receiving antiretroviral therapy. *AIDS*, 14, 1449-1458.