



**Relações Estáveis versus Comportamentos Sexuais de Risco em Mulheres que Vivem com VIH: Experiências Adversas, Saúde Mental e Apoio Social**

Cristiana Santos

UMinho | 2021



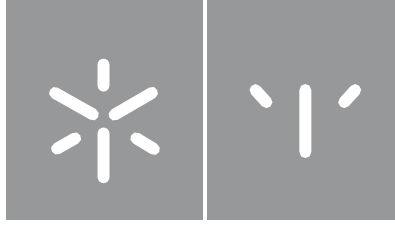
**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Cristiana Querido Silva Santos

**Relações Estáveis versus Comportamentos Sexuais de Risco em Mulheres que Vivem com VIH: Experiências Adversas, Saúde Mental e Apoio Social**

junho de 2021





**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Cristiana Querido Silva Santos

**Relações Estáveis versus Comportamentos Sexuais de Risco em Mulheres que Vivem com VIH: Experiências Adversas, Saúde Mental e Apoio Social**

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação da

**Professora Doutora Ângela Costa Maia** e da  
**Professora Doutora Mariana Gonçalves Costa**

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### ***Licença concedida aos utilizadores deste trabalho***



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações**  
**CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Ângela Maia por todo o apoio e pela orientação durante todo o processo de desenvolvimento e escrita da dissertação, mas acima de tudo pela forma como sempre incentivou e apoiou na procura e aquisição de conhecimento.

À Professora Doutora Mariana Gonçalves pela forma como ajudou a refletir sobre o tema e pela ajuda fornecida na tomada de decisões, assim como pela sua disponibilidade para discutir e apoiar a cada passo necessário.

Aos meus pais por estarem sempre presentes e me apoiarem em todos os momentos em que mais precisei, pois sem eles este trabalho não seria possível. À minha amiga Beatriz, pela pessoa que é e por fazer parte de todo o percurso realizado, pelas horas que passamos a refletir, a discutir e a trabalhar em conjunto.

A todos os membros da Unidade de Investigação de Experiências Adversas e Traumáticas que contribuíram com os seus conhecimentos e comentários construtivos, fazendo com que me desafiasse e que refletisse sobre vários aspetos da dissertação.

Às participantes do estudo, pois sem elas o desenvolvimento de todo este conhecimento não seria possível.

À Escola de Psicologia e à Universidade do Minho, pela forma como contribuíram para que esta dissertação pudesse ser realizada, assim como pela forma como permitiram que adquirisse conhecimento e profissionalismo ao longo de todo o curso.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para o meu percurso académico e para a aquisição de conhecimentos.

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Braga, 04 de junho de 2021

*Cristiana Querido Silva Santos*

---

Relações Estáveis versus Comportamentos Sexuais de Risco em Mulheres que Vivem com VIH:  
Experiências Adversas, Saúde Mental e Apoio Social

**Resumo**

O número de novos casos de VIH em Portugal tem diminuído, mas a infeção continua a ter um grande impacto, não só físico, mas também psicológico. A literatura demonstra uma relação entre experiências adversas, sobretudo na infância, e comportamentos de risco para o VIH, o seu impacto na saúde mental e o papel protetor do apoio social. Contudo, não existe um foco nas mulheres que contraíram a doença através dos seus companheiros, no âmbito de uma relação estável. O objetivo do estudo é comparar mulheres que vivem com VIH tendo em conta o modo de transmissão, a nível das experiências adversas, da saúde mental e do apoio social. A amostra é constituída por 91 mulheres que vivem com VIH, 43 cuja contração ocorreu no contexto de uma relação estável e 48 devido a comportamentos sexuais de risco, acompanhadas em hospitais no norte de Portugal. Mulheres que contraíram VIH no contexto de uma relação estável apresentaram níveis inferiores de experiências adversas e superiores de apoio social, comparando com mulheres que contraíram VIH por comportamentos sexuais de risco. As estratégias de intervenção devem considerar a vivência de experiências adversas e o apoio social existente, assim como a importância da saúde mental.

*Palavras-chave:* apoio social, experiências adversas, relação estável, saúde mental, VIH/SIDA

Stable Relationships versus Risky Sexual Behaviors in Women Living with HIV: Adverse Experiences, Mental Health and Social Support

**Abstract**

The number of new HIV cases in Portugal has decreased, but the infection continues to have a major impact, not only physical, but also psychological. The literature demonstrates a relationship between adverse experiences, especially in childhood, and HIV risk behaviors, its impact on mental health and the protective role of social support. However, there is no focus on women who contracted the disease through their partners, as part of a stable relationship. The aim of the study is to compare women living with HIV taking into account the mode of transmission, in terms of adverse experiences, mental health and social support. The sample consists of 91 women living with HIV, 43 whose contraction occurred in the context of a stable relationship and 48 due to risky sexual behaviors, followed up in hospitals in northern Portugal. Women who contracted HIV in the context of a stable relationship had lower levels of adverse experiences and higher levels of social support compared to women who contracted HIV through risky sexual behaviors. Intervention strategies must consider the occurrence of adverse experiences and existing social support, as well as the importance of mental health.

*Keywords:* adverse experiences, HIV/AIDS, mental health, social support, stable relationship



## Índice

Relações Estáveis versus Comportamentos Sexuais de Risco em Mulheres que Vivem com VIH:	
Experiências Adversas, Saúde Mental e Apoio Social .....	8
Metodologia .....	13
Amostra .....	13
Instrumentos .....	14
Procedimento .....	16
Estratégia de análise de dados .....	16
Resultados .....	17
Comparação de grupos: Infecção por comportamentos sexuais de risco e no contexto de uma relação estável .....	17
Preditores da pertença a um dos grupos: Infecção por comportamentos sexuais de risco e no contexto de uma relação estável .....	18
Preditores de sintomatologia depressiva .....	18
Discussão .....	23
Referências .....	28
Anexos .....	32

## Índice de tabelas

Tabela 1. <i>Características sociodemográficas da amostra, contração de VIH no contexto de uma relação estável e devido a comportamentos sexuais de risco</i> .....	13
Tabela 2. <i>Regressão logística hierárquica tendo como variável dependente o modo de transmissão, por comportamentos sexuais de risco ou no contexto de uma relação estável</i> .....	19
Tabela 3. <i>Regressão linear hierárquica tendo como variável dependente a sintomatologia depressiva</i> .....	21

## **Relações Estáveis versus Comportamentos Sexuais de Risco em Mulheres que Vivem com VIH: Experiências Adversas, Saúde Mental e Apoio Social**

O vírus da imunodeficiência humana (VIH), além do impacto físico, também pode originar um grande impacto psicológico, podendo ser acompanhado de sentimentos de choque, depressão, solidão, culpa, raiva e medo (Chesney & Folkman, 1994). O VIH é um vírus que provoca a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que é o estado mais avançado da infeção por VIH e que, por sua vez, é uma doença do sistema imunitário que deixa o corpo mais vulnerável a infeções (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020). Este vírus pode transmitir-se de várias formas, sendo necessário o contacto com fluidos infetados (OMS, 2020), nomeadamente através de relações sexuais desprotegidas, através do uso de seringas infetadas e também pode ser transmitido das mães para os filhos.

A nível mundial, segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2020), já foram infetadas com VIH 75.7 milhões de pessoas, sendo que já morreram 32.7 milhões devido á infeção até 2019. Em 2019 cerca de 38 milhões de pessoas viviam com a infeção, sendo que só em 2019 surgiram 1.7 milhões de novas infeções e 690 mil pessoas morreram com doenças associadas (UNAIDS, 2020). A vulnerabilidade ao VIH está frequentemente associada a fatores legais e sociais, que aumentam a exposição a situações de risco e criam barreiras no acesso a prevenção, testes e tratamentos efetivos, com qualidade e acessíveis (OMS, 2020). Com os avanços ao longo dos anos na área da medicina bastante pesquisa foi desenvolvida neste campo, mas ainda assim não existe cura para o VIH. A terapia antirretroviral (TAR) não cura a infeção por VIH, mas é capaz de reprimir a replicação viral, pelo que permite que o sistema imunitário recupere e tenha capacidade para combater infeções (OMS, 2020). Como referido pela UNAIDS (2020), em 2019, 67% de todas as pessoas que viviam com VIH tinham acesso ao tratamento, o que ainda assim não é suficiente. Como consequência, a TAR conseguiu diminuir a mortalidade, proporcionando uma vida mais longa aos indivíduos infetados (Deeks & Phillips, 2009), sendo que se for administrada de forma adequada previne a transmissão do vírus (OMS, 2020).

Em Portugal, como referido no relatório da Direção Geral de Saúde e do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (DGS & INSA, 2020), entre 1983 e 2019 foram diagnosticados 61433 casos de infeção por VIH, sendo que 22835 atingiram o estágio de SIDA, e 15213 pessoas morreram com a infeção. Desde 2009 tem-se verificado uma diminuição significativa no número de novos casos, mas ainda assim Portugal apresenta taxas elevadas em relação aos países da Europa Ocidental (DGS & INSA, 2020). Só em 2019 foram diagnosticados 778 novos casos de VIH, 539 em homens e 239 em mulheres, e 197 mortes (DGS & INSA, 2020). Segundo a DGS e INSA (2020), uma grande parte dos casos

diagnosticados em 2019 surgem dos 30 aos 39 anos (26.5%) e dos 40 aos 49 anos (22.8%), além disso, mais de metade dos casos diagnosticados em mulheres também se verificaram nestas faixas etárias, 30 a 39 anos (28.0%) e 40 a 49 anos (24.3%). Em relação à idade aquando do diagnóstico, também é relevante realçar que se tem verificado um aumento na sua mediana em Portugal, particularmente as mulheres infetadas através de relações heterossexuais aumentaram a sua mediana em 7 anos desde 2000 (DGS & INSA, 2020). Também a nível internacional se tem verificado um aumento do número de novos casos de infeção por VIH em idades avançadas, sendo o modo de transmissão mais comum relações sexuais heterossexuais (Brown et al., 2020; McMillan et al., 2020; Tavoichi et al., 2017), verificando-se ainda um elevado número de mulheres infetadas com diagnóstico tardio (Mardh et al., 2019).

A nível do modo de transmissão da infeção de VIH em Portugal, dos 778 novos casos diagnosticados em 2019, 55.7% correspondem a transmissão heterossexual, 38% a homens que reportaram relações sexuais com outros homens, 2.1% a utilizadores de drogas injetadas e 4.2% a outros ou desconhecido (DGS & INSA, 2020). Estes dados são bastante coerentes, pois de todos os casos diagnosticados em Portugal até 2019, a maioria ocorreu através de relações sexuais (65.1%), por transmissão heterossexual (46.2%) e transmissão por relações sexuais entre homens (18.9%), embora as percentagens sejam um pouco discrepantes, como descrito por DGS e INSA (2020). Continuam a surgir números demasiados elevados de novas infeções, que têm não só um impacto físico, mas também consequências a nível da saúde mental, pelo que é essencial estudar e compreender os fatores associados à mesma.

Como foi referido anteriormente o VIH pode ser transmitido de várias formas, pelo que determinados comportamentos podem propiciar esta transmissão. Desta forma, Fang et al. (2016), definiram determinados comportamentos que podem ser considerados de risco para o VIH, nomeadamente, relações sexuais desprotegidas, a partilha de agulhas e seringas, a troca de sexo por drogas e dinheiro e também a contração de outras doenças sexualmente transmissíveis.

De acordo com Rizzini e Dawes (2001), as experiências adversas podem ser definidas como a exposição a várias situações pouco favoráveis que podem afetar o desenvolvimento normal das pessoas, existindo várias definições. Como referido por Fang et al. (2016), as experiências adversas na infância têm recebido bastante atenção na investigação do VIH, particularmente em comparação com as experiências adversas na idade adulta. A literatura tem demonstrado que os comportamentos de risco para o VIH estão associados a vários problemas sociais, como depressão, ideação suicida, sofrimento

psicológico, uso de álcool e marijuana, interrupção do apoio social e experiências de violência interpessoal (Fang et al., 2016).

Como referido por Maia e Gonçalves (2016), vários estudos sobre comportamentos de risco para o VIH e pessoas com história de abuso e trauma, como história de abuso físico, sexual e violência doméstica, demonstram que pessoas com experiências adversas apresentam um risco elevado de se envolverem em comportamentos de risco para o VIH. A nível das experiências adversas Felitti et al. (1998) demonstram que existe uma associação entre experiências adversas na infância e comportamentos de risco, sendo também relatado por Fang et al. (2016) que verificou diferenças em relação ao impacto e tipo de experiências adversas dependendo do género. Ainda assim, Fang et al. (2016) verificaram que determinadas experiências adversas aumentam a probabilidade de os indivíduos terem comportamentos de risco para o VIH independentemente do género, como o abuso sexual, também relatado na literatura como estando associado a relações sexuais precoces, múltiplos parceiros sexuais, relações sexuais desprotegidas e relações sexuais como troca (Abajobir et al., 2017).

A nível das experiências adversas na idade adulta tem sido encontrada informação congruente. A literatura demonstrou que mulheres que relatam múltiplas experiências de vitimização e exposição a violência comunitária reportam mais comportamentos sexuais de risco, especificamente mulheres vítimas de violência doméstica têm maior probabilidade de se envolverem em relações sexuais com múltiplos parceiros ou parceiros de risco, relações sexuais desprotegidas e uso das relações sexuais como troca (Howe et al., 2017; Walsh et al., 2012). Walsh et al. (2012) também evidenciaram que mulheres que são vítimas de algum tipo de violência têm uma probabilidade maior de também serem vítimas de outras formas de violência. Tendo em conta o modo de transmissão, Maia et al. (2018) demonstraram que mulheres que contraíram VIH no contexto de uma relação estável reportaram menos experiências adversas do que indivíduos infetados devido a comportamentos sexuais de risco e do que usuários de drogas injetáveis.

Quando se considera o impacto das experiências adversas é necessário ter em conta a saúde mental, pois a sua relação tem sido relatada na literatura (Brown et al., 2017; Campbell et al., 2016). A saúde mental pode ser definida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo exprime as suas capacidades, pode lidar com stress normal da vida, pode trabalhar produtivamente e frutiferamente e é capaz de contribuir para a sua comunidade, não sendo meramente a ausência de doenças (OMS, 2004). Como referido por Aranda-Naranjo (2004), muitas pessoas que vivem com VIH enfrentam vários problemas e consequências psicossociais como pobreza, estigma, depressão, abuso de substâncias, violência doméstica e crenças culturais, sendo necessário considerar que estes fatores podem ter um

grande impacto na vida dos pacientes, não só do ponto de vista físico, mas também do ponto de vista mental. Assim, viver com VIH é mais do que viver com uma condição crónica, é uma condição a longo prazo que simultaneamente implica problemas sociais e psicológicos (Maia et al., 2018).

Como relatado por Rabkin (2008), se não forem consideradas as perturbações associadas com o consumo de substâncias, a depressão é a perturbação psiquiátrica mais prevalente em pessoas que vivem com VIH, verificando-se uma associação entre a sintomatologia depressiva, a progressão da infeção e mortalidade. A saúde mental, e particularmente a depressão, é, segundo Rabkin (2008), frequentemente negligenciada, mas pode ser bastante perigosa, pois pode afetar vários aspetos da vida dos indivíduos, como a qualidade de vida, relações, emprego e a adesão a cuidados médicos, o que pode influenciar a sua sobrevivência. Neste contexto, Kennedy (1995) mostrou que embora haja uma associação entre infeção por VIH e depressão, esta parece ser mais significativa em mulheres do que em homens. A nível dos modos de transmissão, Maia et al. (2018) demonstraram que mulheres que contraíram VIH no contexto de uma relação estável possuíam uma maior probabilidade de apresentarem sintomatologia depressiva, quando comparadas com indivíduos que contraíram a infeção devido a comportamentos sexuais de risco ou por utilização de drogas injetáveis. Ainda assim, outros fatores, além do modo de transmissão, parecem estar associados a sintomatologia depressiva em pessoas que vivem com VIH, nomeadamente maior exclusão social, mais experiências adversas, mais preocupação com a saúde, perceção de pior apoio social e relações familiares menos positivas (Maia et al., 2018).

Um fator importante a considerar quando se estuda VIH é o apoio social, não só pela sua relação com comportamentos de risco, mas também pela sua relação com a saúde mental (Amani et al., 2019; Rodriguez et al., 2019). O apoio social pode ser definido de várias formas, sendo estas relatadas por Qiao et al. (2013), podendo ser mais focado na estrutura do apoio social, nas suas fontes, nas suas funções e também na qualidade desse mesmo apoio. Pode ser definido como a perceção ou experiência de ser amado, cuidado, estimado, valorizado e parte de uma rede social de assistências e obrigações mútuas (Taylor, 2007). Qiao et al. (2013) descrevem três modelos teóricos que tentam explicar a relação entre apoio social e saúde. A perspetiva de stress e coping propõe que o apoio social influencia indiretamente a saúde através do *buffering* do impacto negativo dos stressores. A perspetiva social construtivista defende que o apoio social, ao contrário da perspetiva anterior, influencia diretamente a saúde através da promoção de autoestima e autorregulação. Por último, a perspetiva relacional defende que o apoio social deriva de relações ou processos de qualidade, que podem ser positivos ou negativos. Uma outra teoria, a teoria do apoio social referida por Galvan et al. (2008), considera que o apoio social

funciona como um fator protetor contra os efeitos negativos de stressores, ajudando a que os indivíduos interpretem os eventos como menos negativos.

Como descrito por Qiao et al. (2013), vários estudos têm demonstrado a existência de uma relação entre apoio social e comportamentos de risco para o VIH, em que níveis mais elevados de apoio social estão associados a menos comportamentos de risco para o VIH em trabalhadoras do sexo, pessoas que vivem com VIH e adultos heterossexuais. A mesma relação foi descrita por Sobo (1995) que demonstrou que quanto mais as mulheres consideravam que tinham menos apoio das suas redes extraconjugais, maior era a probabilidade de se envolverem em relações sexuais desprotegidas. Ainda assim, a literatura tem demonstrado que a relação entre apoio social e comportamentos de risco para o VIH varia com as funções e fontes do apoio social que o sujeito recebe (Qiao et al., 2013), pelo que pode ser algo positivo, mas também negativo. Assim, é necessário considerar a influência do apoio social antes da infeção, mas também o seu efeito após a mesma. O apoio social em pessoas que vivem com VIH relaciona-se com a saúde mental e com a qualidade de vida de forma geral, existindo uma associação negativa entre determinados tipos de apoio social e depressão (Khamarko & Myers, 2013; Silva, 2016). Além disso, segundo Khamarko e Myers (2013), pessoas que percebem um nível elevado de apoio social aderem mais facilmente ao tratamento do VIH, apresentando também uma relação com a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Tendo em conta a literatura existente e os estudos referidos anteriormente, é perceptível que não se encontra muita investigação na área do VIH/SIDA que tenha em conta o modo de transmissão, particularmente mulheres que contraíram VIH no contexto de uma relação estável e mulheres que contraíram VIH devido a comportamentos sexuais de risco, e as experiências adversas, a saúde mental e o apoio social. Embora não exista muita investigação sobre mulheres que contraíram VIH no contexto de uma relação estável, alguma investigação tem demonstrado que este modo de transmissão está a aumentar e em alguns países uma grande parte das infeções ocorre em mulheres que contraíram pelos companheiros (de Zoysa et al., 1996; UNAIDS, 2014; Yang et al., 2015). Além disso, alguns estudos apontam para o casamento como um fator de risco para o VIH em mulheres em algumas culturas (Mkandawire-Valhmu et al., 2013). É particularmente relevante estudar e compreender melhor este grupo específico pois a infeção parece ser duplamente adversa, não só têm de lidar com a infeção por VIH e as consequências físicas e psicossociais, como, possivelmente, também precisam de encarar a traição do seu companheiro (Moraes, 2020).

Desta forma, o objetivo do estudo é compreender as diferenças existentes tendo em conta o modo de transmissão, no contexto de uma relação estável ou devido a comportamentos sexuais de risco,

particularmente a nível das experiências adversas, da saúde mental e do apoio social. Também tem como objetivo compreender e explorar que variáveis predizem a pertença a um dos grupos, tendo em conta o modo de transmissão, nomeadamente variáveis individuais, variáveis relacionadas com a infeção, como o tempo de diagnóstico, variáveis relacionadas com as experiências adversas, com a saúde mental e também com o apoio social e familiar. Também se pretende explorar que variáveis são preditoras de sintomatologia depressiva em mulheres que vivem com VIH que contraíram a infeção por comportamentos sexuais de risco ou no contexto de uma relação estável, particularmente variáveis individuais, variáveis relacionadas com a infeção, como o modo de transmissão, variáveis relacionadas com as experiências adversas, associadas com a saúde mental e com o apoio social e familiar.

Tendo em conta a literatura referida, a nível das experiências adversas é hipotetizado que mulheres que contraíram VIH no contexto de uma relação estável apresentem níveis inferiores, quando comparado com mulheres que contraíram devido a comportamentos sexuais de risco. A nível da saúde mental é expectável que mulheres que contraíram a infeção no contexto de uma relação estável apresentem um maior nível de sintomatologia depressiva, em comparação com mulheres que contraíram VIH por comportamentos sexuais de risco. Por fim, a nível do apoio social define-se como hipótese que mulheres que contraíram VIH no contexto de uma relação estável apresentem um maior nível, comparando com mulheres que contraíram por comportamentos sexuais de risco.

## **Metodologia**

### **Amostra**

A amostra é constituída por 91 mulheres, 43 que contraíram VIH no contexto de uma relação estável e 48 por comportamentos sexuais de risco. As mulheres que contraíram VIH no contexto de uma relação estável apresentam idades compreendidas entre 34 e 80 anos ( $M = 55.91$ ;  $DP = 11.70$ ). As mulheres que contraíram VIH através de comportamentos sexuais de risco possuem entre 21 e 50 anos ( $M = 36.47$ ;  $DP = 6.81$ ). Em relação ao tempo de diagnóstico as mulheres que contraíram VIH no contexto de uma relação estável sabiam o diagnóstico em média há 8.60 anos ( $DP = 6.39$ ) e as mulheres que contraíram por comportamentos sexuais de risco conheciam o diagnóstico em média há 8.85 anos ( $DP = 5.48$ ). Foi necessário retirar uma participante do grupo de mulheres que contraíram a infeção devido a comportamentos sexuais de risco, pois constituía um *outlier* em relação à idade.

### **Tabela 1**

*Características sociodemográficas da amostra, contração de VIH no contexto de uma relação estável e devido a comportamentos sexuais de risco*

	Infeção em Relação Estável ( <i>n</i> = 43)		Comportamento Sexual de Risco ( <i>n</i> = 48)		Amostra total ( <i>n</i> = 91)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Nacionalidade</b>						
Portuguesa	43	100	43	91.5	86	95.6
Outra	0	0	4	8.5	4	4.4
<b>Estatuto Civil</b>						
Solteira	0	0	22	45.8	22	24.2
Casada	23	53.5	9	18.8	32	35.2
União de Facto	0	0	9	18.8	9	9.9
Viúva	15	34.9	0	0	15	16.5
Divorciado/Separado	5	11.6	8	16.7	13	14.3
<b>Habilitações Literárias</b>						
Ensino básico ou inferior	39	90.7	29	63.0	68	76.4
Ensino Secundário	4	9.3	14	30.4	18	20.2
Ensino Superior	0	0	3	6.5	3	3.4
<b>Situação profissional</b>						
Empregada	14	32.6	12	25	26	28.6
Desempregada	5	11.6	28	58.4	33	36.3
Doméstica	1	2.3	0	0	1	1.1
Reformada/Pensionista	22	51.2	8	16.7	30	33.0
Baixa Médica	1	2.3	0	0	1	1.1

## **Instrumentos**

### ***Questionário Sociodemográfico***

Foram realizadas questões sociodemográficas, tais como idade, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias, fontes de rendimento, situação face ao emprego, condições habitacionais, apoio necessário alimentar, apoio necessário monetário e prestadores de auxílio em caso de necessidade.

### ***Questionário sobre o VIH/SIDA***

As participantes foram questionadas sobre alguns fatores associados à infeção, nomeadamente, o modo de transmissão e há quanto tempo foi diagnosticada. Foram questionadas também em que medida estavam preocupadas com a sua saúde e qual o seu grau de satisfação com a vida, avaliando numa escala de likert entre 0 e 10.

### ***Questionário da História de Adversidade na Infância***

O Questionário da História de Adversidade na Infância corresponde à versão portuguesa de Silva e Maia (2008) do *Family ACE Questionnaire* de Felitti et al. (1998). O questionário avalia experiências adversas até aos 16 anos através de 77 questões dicotómicas, de escolha múltipla e de resposta breve. Os itens dividem-se em 3 dimensões, experiências contra o indivíduo, ambiente familiar disfuncional e negligência (Silva & Maia, 2008). Foi utilizada uma versão reduzida com 17 itens que permitiu avaliar 10 tipos de experiências adversas: abuso emocional, físico e sexual, negligência emocional e física, divórcio



ou separação parental, exposição a violência doméstica, abuso de substâncias no ambiente familiar, doença mental ou suicídio e prisão de um membro da família. Para cada uma das experiências adversas foi atribuído o valor 0 ou 1, caso os participantes não tivessem ou tivessem reportado a experiência, respectivamente. Assim, a adversidade na infância podia variar entre 0, se o sujeito não relatou ter experienciado nada, e 10, se o sujeito relatou ter experienciado todas as experiências adversas questionadas. Dube et al. (2004) reportaram algumas características psicométricas onde utilizaram o teste-reteste e verificaram que o coeficiente de Kappa foi de .64 para toda a escala, e variou entre .46 e .86, dependendo da categoria. Assim, o questionário original de Felitti et al. (1998) apresenta uma pontuação moderada ou boa e confiabilidade teste-reteste (Dube et al., 2004).

### ***Lista de Acontecimentos de Vida***

A Lista de Acontecimentos de Vida (LAV) é a versão portuguesa de Maia e Fernandes (2002) da *Life Events Checklist* de Blake et al. (1995). A LAV avalia experiências adversas após os 16 anos através de 16 itens, nomeadamente exposição a fogo ou explosão, acidente, acidente grave, perseguição, atropelamento, assalto, doença, morte inesperada, ameaça com arma, agressão física, agressão sexual, causar ferimentos em alguém, assistir a violência, assistir à morte de alguém próximo, assistir à morte de um desconhecido e outro acontecimento extremamente stressante. Para cada um dos itens as participantes respondiam se aconteceu com elas, se viram acontecer, se souberam que aconteceu ou não se aplica. Assim, foi realizado um somatório de todas as dimensões, em que caso as participantes reportassem era considerado 1 e caso não reportassem era cotado como 0, desta forma o somatório varia entre 0 e 16. Gray et al. (2004) avaliaram as propriedades psicométricas da escala, destacando que possui uma vantagem na medida em que avalia vários tipos de experiências adversas individualmente, o que permite comparar e estudar cada uma. Quanto à confiabilidade teste-reteste é razoavelmente estável, sendo a correlação de  $r = .82$ . Demonstraram também que apresenta um Kappa de .61, sendo que apenas um item não atinge valores de Kappa superiores a .40, nomeadamente, causar ferimentos ou morte em alguém. Assim, de forma geral, a LAV apresenta uma estabilidade temporal adequada, assim como propriedades psicométricas satisfatórias (Gray et al., 2004).

### ***Sintomatologia Depressiva***

A sintomatologia depressiva foi avaliada através de seis sintomas, pensamentos de acabar com a vida, sentir-se só, sentir-se triste, não ter interesse por nada, sentir-se sem esperança perante o futuro e sentir que não tem valor. As participantes avaliaram cada uma das 6 dimensões através de uma escala de likert de 0 a 10, em que o 0 correspondia a *nunca me afetou* e o 10 a *afetou-me sempre*. O  $\alpha$  de Cronbach obtido no estudo foi de 0.92, o mesmo obtido no estudo de Maia et al. (2018).

## ***Apoio social e Familiar***

O apoio social foi avaliado através da questão *como se sente em relação ao apoio social que tem atualmente?* A relação familiar foi avaliada através da questão *como avalia a relação com a sua família?* Para responder a ambas as questões foi utilizada uma escala de likert de 0 a 10, em que 0 significava *muito insatisfeito* e 10 *muito satisfeito*.

## **Procedimento**

Os dados obtidos e analisados neste estudo foram recolhidos em 8 hospitais da zona norte de Portugal, pelo que foi necessário obter permissões da Comissão Nacional de Proteção de Dados e dos Comitês de Ética dos Hospitais. Os médicos responsáveis pelos pacientes que possuíam VIH/SIDA informaram sobre a existência do estudo, indicando onde poderiam encontrar o investigador responsável, com quem poderiam retirar as suas dúvidas caso estivessem interessados. Se os sujeitos entrassem em contacto com o investigador este explicava os objetivos do estudo e em que é que consistia, recolhendo também o consentimento informado. Após a recolha do consentimento foram administrados os questionários, podendo o participante desistir a qualquer momento sem que fosse penalizado. Dada a possível suscetibilidade do tema e das questões feitas, os investigadores que tiveram contacto com os participantes eram psicólogos clínicos, estando preparados, em caso de necessidade, para estabilizar e apoiar. Por fim, os sujeitos do estudo não receberam nenhuma compensação pela sua participação.

## **Estratégia de análise de dados**

Para este estudo não experimental foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 27) para analisar os dados. Para facilitar a análise foi computado um índice de exclusão social através da soma de 6 variáveis: fontes de rendimento, situação face ao emprego, condições habitacionais, apoio necessário em relação á alimentação, apoio necessário em termos monetários e prestadores de auxílio instrumental em caso de necessidade. Cada uma das variáveis foi dicotomizada, em 0 e 1, pelo que o índice podia variar entre 0 e 6. Para avaliar as experiências adversas realizou-se a soma de dois instrumentos, o Questionário da História de Adversidade na Infância e o LAV. Por fim, também foi feito o somatório do apoio social e da relação familiar.

Tendo em conta os objetivos definidos foram realizados testes de comparação dos dois grupos, tendo em conta o modo de transmissão, incluindo não só as experiências adversas, sintomatologia depressiva e apoio social e familiar, mas também outras variáveis de interesse. Inicialmente foi testada a normalidade, quando as variáveis não seguiam uma distribuição normal foram realizados testes paramétricos e não paramétricos, sendo relatados os testes não paramétricos quando os resultados eram discordantes. Foi realizada uma regressão logística hierárquica com o objetivo de perceber que

fatores estão associados à pertença a cada um dos grupos, permitindo compreender a significância de cada variável e os modelos mais adequados. Por fim, a realização de uma regressão linear hierárquica com o objetivo de perceber que fatores são preditores de sintomatologia depressiva nesta população.

As regressões hierárquicas encontram-se organizadas da seguinte forma: No primeiro modelo estão incluídas as variáveis sociodemográficas (idade e índice de exclusão social). No segundo modelo são acrescentadas as experiências adversas. No terceiro modelo surgem variáveis relacionadas com a infecção (regressão logística - tempo de diagnóstico; regressão linear - tempo de diagnóstico e modo de transmissão). No quarto modelo acrescentam-se variáveis relacionadas com a saúde mental (regressão logística - depressão; regressão linear - preocupação com a saúde). Por fim, no quinto modelo surgem algumas variáveis relacionadas com o apoio social (apoio social e familiar e satisfação com a vida).

## Resultados

### Comparação de grupos: Infecção por comportamentos sexuais de risco e no contexto de uma relação estável

Para a idade foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, (comportamentos sexuais de risco:  $M = 36.47$ ;  $DP = 6.81$ ; relação estável:  $M = 55.91$ ;  $DP = 11.70$ ),  $t(66.25) = -9.52$ ,  $p < .001$ ,  $d = -2.05$ . Em relação ao índice de exclusão social também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (comportamentos sexuais de risco:  $M = 2.90$ ;  $DP = 1.59$ ; relação estável:  $M = 2.19$ ;  $DP = 1.35$ ),  $t(88) = 2.25$ ,  $p = .03$ ,  $d = .48$ .

Em relação às experiências adversas a diferença entre as mulheres que contraíram VIH devido a comportamentos sexuais de risco ( $M = 8.64$ ;  $DP = 6.81$ ) e no contexto de uma relação estável ( $M = 4.02$ ;  $DP = 3.37$ ) foi estatisticamente significativa,  $t(68.53) = 4.13$ ,  $p < .001$ ,  $d = .85$ . A nível das experiências adversas na infância as diferenças também foram estatisticamente significativas (comportamentos sexuais de risco:  $M = 4.60$ ;  $DP = 4.90$ ; relação estável:  $M = 1.23$ ;  $DP = 2.74$ ),  $t(88) = 3.97$ ,  $p < .001$ ,  $d = .84$ . Nas experiências adversas após os 16 anos a diferença não foi estatisticamente significativa (comportamentos sexuais de risco:  $M = 3.96$ ;  $DP = 2.87$ ; relação estável:  $M = 2.79$ ;  $DP = 1.73$ ),  $U = 811.5$ ,  $Z = -1.77$ ,  $p = .08$ .

No tempo de diagnóstico não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres que contraíram VIH devido a comportamentos sexuais de risco ( $M = 8.85$ ;  $DP = 5.48$ ) e as que contraíram no contexto de uma relação estável ( $M = 8.60$ ;  $DP = 6.39$ ),  $t(89) = .20$ ,  $p = .84$ ,  $d = .04$ .

Em relação à saúde mental, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas a nível da sintomatologia depressiva (comportamentos sexuais de risco:  $M = 30.06$ ;  $DP = 18.73$ ; relação estável:  $M = 33.10$ ;  $DP = 14.80$ ),  $t(87.14) = -.86$ ,  $p = .39$ ,  $d = -.18$ . Quanto à preocupação com a saúde

também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (comportamentos sexuais de risco:  $M = 6.40$ ;  $DP = 3.33$ ; relação estável:  $M = 7.07$ ;  $DP = 2.46$ ),  $t(86.02) = -1.11$ ,  $p = .27$ ,  $d = -.23$ .

A nível do apoio social e familiar verificaram-se diferenças estatisticamente significativas (comportamentos sexuais de risco:  $M = 11.73$ ;  $DP = 4.57$ ; relação estável:  $M = 13.95$ ;  $DP = 3.21$ ),  $t(84) = -2.60$ ,  $p = .01$ ,  $d = -.56$ . Por fim, a nível da satisfação com a vida as diferenças não foram estatisticamente significativas (comportamentos sexuais de risco:  $M = 5.02$ ;  $DP = 2.77$ ; relação estável:  $M = 5.02$ ;  $DP = 1.67$ ),  $t(78.38) = -.01$ ,  $p = 1.00$ ,  $d = -.00$ .

### **Preditores da pertença a um dos grupos: Infecção por comportamentos sexuais de risco e no contexto de uma relação estável**

Através da tabela 2, mais especificamente através do  $R^2$  de Nagelkerke, é possível verificar que ao longo dos modelos, de forma geral, este vai aumentando. Nos modelos quatro e cinco é igual, assim como o  $\chi^2$ . Desta forma, é possível perceber que os modelos 4 e 5 atingem a mesma variância explicada, nomeadamente de 74%. A nível da percentagem correta é possível verificar que os modelos 1 e 3 apresentam uma percentagem correta igual, sendo esta a maior dos 5 modelos. Embora os vários modelos apresentem um bom  $R^2$  de Nagelkerke e todos os modelos sejam muito significativos, a única variável estatisticamente significativa em todos os modelos é a idade,  $p < .001$ .

### **Preditores de sintomatologia depressiva**

Como é possível observar na tabela 3, todos os modelos são significativos, principalmente os modelos 4 e 5,  $p < .001$ , verificando-se também que o  $R^2$  vai aumentando ao longo dos modelos, conforme as várias variáveis vão sendo adicionadas. Assim, o último modelo é o que apresenta valores mais elevados de variância explicada,  $R^2 = .60$  ou  $R^2$  ajustado =  $.55$ ,  $Z(8,73) = 13.55$   $p < .001$ , apresentando 60% de variância explicada. Em termos de variação do  $R^2$  a mais significativa ocorre do modelo 3 para o modelo 4, em que é acrescentada a variável preocupação com a saúde e do modelo 4 para o modelo 5, em que surgem a variável apoio social e familiar e também a satisfação com a vida. Nos vários modelos várias variáveis foram estatisticamente significativas na previsão de sintomatologia depressiva, nomeadamente as experiências adversas  $\beta = .26$ , IC 95% [.25, 1.30]) e a satisfação com a vida  $\beta = -.54$ , IC 95% [-5.41, -2.62]). Das variáveis referidas a que apresenta valores mais significativos na regressão linear corresponde á satisfação com a vida, sendo  $p < .001$ .

**Tabela 2**

*Regressão logística hierárquica tendo como variável dependente o modo de transmissão, por comportamentos sexuais de risco ou no contexto de uma relação estável*

	<i>B</i>	Wald	Exp ( <i>B</i> ) OR	95% IC para Exp ( <i>B</i> )		$\chi^2$	<i>R</i> <sup>2</sup> Nagelkerke	Porcentagem Correta
				LI	LS			
Modelo 1						59.92***	.69	85.4
Idade	.21	18.38***	1.24	1.12	1.36			
Índice de exclusão social	-.42	3.17	.66	.42	1.04			
Modelo 2						63.17***	.72	84.1
Idade	.20	17.56***	1.23	1.12	1.35			
Índice de exclusão social	-.22	.81	.80	.50	1.29			
Experiências adversas	-.15	2.66	.86	.72	1.03			
Modelo 3						63.67***	.72	85.4
Idade	.21	16.77***	1.24	1.12	1.37			
Índice de exclusão social	-.18	.52	.83	.51	1.37			
Experiências adversas	-.16	2.70	.86	.71	1.03			
Tempo desde o diagnóstico	-.04	.50	.96	.85	1.08			
Modelo 4						65.79***	.74	82.9
Idade	.20	16.01***	1.22	1.11	1.35			
Índice de exclusão social	-.37	1.61	.69	.39	1.23			
Experiências adversas	-.18	3.39	.83	.69	1.01			
Tempo desde o diagnóstico	-.03	.22	.97	.86	1.10			
Depressão	.04	2.05	1.04	.99	1.09			
Modelo 5						65.79***	.74	82.9

	<i>B</i>	Wald	Exp ( <i>B</i> ) OR	95% IC para Exp ( <i>B</i> )		$\chi^2$	<i>R</i> <sup>2</sup> Nagelkerke	Porcentagem Correta
				LI	LS			
Idade	.20	14.93***	1.22	1.10	1.35			
Índice de exclusão social	-.37	1.50	.69	.38	1.25			
Experiências adversas	-.18	3.28	.83	.68	1.02			
Tempo desde o diagnóstico	-.03	.22	.97	.86	1.10			
Depressão	.04	1.08	1.04	.97	1.11			
Apoio social e familiar	.00	0	1.00	.82	1.23			
Satisfação com a vida	.00	0	1.00	.63	1.60			

Nota. IC = Intervalo de Confiança; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

**Tabela 3***Regressão linear hierárquica tendo como variável dependente a sintomatologia depressiva*

	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	95% IC para <i>B</i>		<i>Z</i>	<i>R</i> <sup>2</sup> ( <i>R</i> <sub>ajus.</sub> )	$\Delta R^2$
				LI	LS			
Modelo 1						$Z(2,79)$ 6.05**	.13 (.11)	
Idade	.20	.16	1.52	-.06	.46			
Índice de exclusão social	4.03	.35	3.32**	1.61	6.45			
Modelo 2						$Z(3,78)$ 5.85**	.18 (.15)	.05*
Idade	.27	.22	2.06*	.01	.54			
Índice de exclusão social	3.35	.29	2.73**	.91	5.79			
Experiências adversas	.74	.34	2.20*	.07	1.41			
Modelo 3						$Z(5,76)$ 4.39**	.22 (.17)	.04
Idade	.05	.04	.29	-.31	.42			
Índice de exclusão social	4.02	.35	3.18**	1.51	6.53			
Experiências adversas	.89	.29	2.62*	.21	1.57			
Tempo desde o diagnóstico	-.22	-.08	-.75	-.81	.37			
Modo de transmissão	9.35	.28	1.80	-1.00	19.70			
Modelo 4						$Z(6,75)$ 7.88***	.39 (.34)	.16***
Idade	.11	.09	.65	-.22	.43			
Índice de exclusão social	2.98	.26	2.58*	.68	5.28			
Experiências adversas	1.15	.38	3.70***	.53	1.76			
Tempo desde o diagnóstico	.01	.00	.03	-.53	.55			
Modo de transmissão	6.02	.18	1.28	-3.36	15.40			
Preocupação com a saúde	2.54	.43	4.46***	1.40	3.67			
Modelo 5						$Z(8,73)$ 13.55***	.60 (.55)	.21***

	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	95% IC para <i>B</i>		<i>Z</i>	<i>R</i> <sup>2</sup> ( <i>R</i> <sub>ajus.</sub> )	$\Delta R^2$
				LI	LS			
Idade	.15	.12	1.12	-.12	.42			
Índice de exclusão social	1.28	.11	1.25	-.76	3.31			
Experiências adversas	.78	.26	2.96**	.25	1.30			
Tempo desde o diagnóstico	.01	.00	.05	-.44	.46			
Modo de transmissão	4.05	.12	1.04	-3.70	11.80			
Preocupação com a saúde	.92	.16	1.70	-.16	1.99			
Apoio social e familiar	-.29	-.07	-.74	-1.06	.49			
Satisfação com a vida	-4.02	-.54	-5.72***	-5.41	-2.62			

Nota. IC = Intervalo de Confiança; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$



## Discussão

As experiências adversas, a saúde mental e o apoio social apresentam uma relação relevante com comportamentos de risco para o VIH, tendo assim uma ligação com o modo de transmissão. Desta forma, o estudo teve como objetivo compreender a relação destes três fatores com o modo de transmissão, mulheres que contraíram VIH por comportamentos sexuais de risco e mulheres que contraíram no contexto de uma relação estável.

A nível das informações sociodemográficas foi possível verificar algumas diferenças entre os dois grupos. As mulheres que contraíram a infeção no contexto de uma relação estável tendem a estar casadas ou viúvas, reformadas e a serem mais velhas do que as mulheres que contraíram por comportamentos sexuais de risco, que, na maioria, se encontram solteiras, desempregadas e são mais novas. Estes dados são coerentes com a literatura que demonstra que indivíduos infetados com VIH numa idade mais tardia tendem a estar casados, enquanto indivíduos infetados quando mais jovens tendem a estar solteiros (McMillan et al., 2020). É necessário realçar que as mulheres que contraíram VIH por comportamentos sexuais de risco pertencem à faixa etária com o maior número de novos diagnósticos em mulheres em 2019 em Portugal (26.5%) (DGS & INSA, 2020). Ainda assim, as mulheres que contraíram VIH no contexto de uma relação estável pertencem à faixa etária que apresentou em 2019 15.4% de novos diagnósticos em mulheres em Portugal (DGS & INSA, 2020). A literatura também tem demonstrado uma associação entre um baixo nível de habilitações literárias e o uso de preservativo em relações estáveis (Wagner et al., 2010), o que pode ter-se verificado no estudo. Embora a maioria das participantes possua o ensino básico ou inferior, a percentagem é muito superior nas mulheres cuja transmissão ocorreu no contexto de uma relação estável. As diferenças a nível do índice de exclusão social também parecem fazer sentido tendo em conta a investigação sobre o apoio social e comportamentos de risco para o VIH, assim como da exclusão e discriminação verificada em grupos mais vulneráveis à transmissão da infeção (Maia & Gonçalves, 2016; Qiao et al., 2013).

Como referido anteriormente, a literatura demonstra uma relação entre experiências adversas e comportamentos sexuais de risco (Cavanaugh et al., 2010; Gielen et al., 2002). Desta forma, e assim como hipotetizado, o grupo de mulheres que contraíram VIH no contexto de uma relação estável apresenta um menor número de experiências adversas quando comparado com as mulheres que contraíram por comportamentos sexuais de risco. Nas experiências adversas na infância também foi possível verificar que as mulheres que contraíram VIH no contexto de uma relação estável reportaram menos experiências adversas do que as mulheres que contraíram por comportamentos sexuais de risco, sendo estas diferenças consistentes com a literatura acerca de experiências adversas na infância e

comportamentos sexuais de risco (Campbell et al., 2016; Fang et al., 2016). A relevância das experiências adversas também se verifica na predição do modo de transmissão, pois embora a variável não seja significativa, quando adicionada o modelo melhora.

Associações emocionais e comportamentais mal adaptativas relacionadas com relações sexuais interferem com as relações estabelecidas e a autoeficácia que vão ocorrendo ao longo do desenvolvimento, demonstrando o seu impacto nos comportamentos adotados na vida adulta (Richter et al., 2014), através de relações sexuais precoces, desprotegidas, com múltiplos parceiros e uso das relações sexuais como troca (Abajobir et al., 2017; Walsh et al., 2012). Segundo Anderson (2017), o envolvimento com comportamentos sexuais a curto prazo, ou seja, menos relações estáveis ou a longo prazo, como o casamento, pode dever-se a alterações hormonais e comportamentais reprodutivas causadas pelas experiências adversas na infância. Logan et al. (2002) também tentaram explicar a relação entre comportamentos sexuais de risco e experiências adversas incluindo a saúde mental. As experiências adversas podem ter impacto a nível da saúde mental (Biddala et al., 2020; Tiwari & Deshpande, 2020), o que por sua vez está associado a uma fraca capacidade de tomar decisões, défices atencionais, sentimentos de impotência, culpa, desesperança, problemas de comunicação e défices nas competências sociais (Logan et al., 2002). Assim, segundo os autores, através da saúde mental seria compreensível esta relação, pois o impacto referido pode dificultar a tomada de decisões, nomeadamente decisões a nível sexual, como usar preservativo.

Ao contrário do esperado, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas a nível da saúde mental entre os dois grupos, tendo em conta o modo de transmissão da infeção. No entanto, através do modelo de predição da pertença a um dos grupos verifica-se que quando a depressão foi adicionada este melhorou um pouco, ou seja, ajuda a prever um pouco a pertença a um dos grupos. Além disso, através da tabela 3 verifica-se que várias variáveis são preditoras de sintomatologia depressiva nesta população, como o índice de exclusão social e as experiências adversas, realçando a relação com estas variáveis. As mulheres que contraíram VIH devido a comportamentos sexuais de risco apresentam uma história cumulativa de experiências adversas na infância e na idade adulta, o que é importante tendo em conta o impacto das experiências adversas na saúde mental, nomeadamente na sintomatologia depressiva. Embora as mulheres que contraíram VIH no contexto de uma relação estável apresentem níveis muito inferiores de experiências adversas na infância, estas aumentam na idade adulta, até que a este nível não há diferenças significativas. As mulheres que contraíram VIH numa relação estável tiveram uma experiência diferente no contexto do seu casamento, pelo que o modo de transmissão pode ter um papel fundamental na explicação. A infeção surgiu a partir da confiança

depositada nos companheiros, podendo ser relevante a percepção de risco. Além disso, muitas destas mulheres têm de lidar com a infidelidade do companheiro e, pelo número elevado de mulheres viúvas, muitas poderão continuar a cuidar dos companheiros, como verificado em outro estudo (Moraes, 2020).

Embora tenha sido referido anteriormente o modelo de Logan et al. (2002) em que o impacto na saúde mental das experiências adversas seria uma explicação para comportamentos sexuais de risco, foi hipotetizado que as mulheres que contraíram VIH no contexto de uma relação estável teriam níveis inferiores, pois o modo de transmissão parece ser um fator mais impactante. Como relatado por Maia et al. (2018), contrair VIH no contexto de uma relação estável é um preditor de sintomatologia depressiva, quando comparado com mulheres e homens que contraíram VIH devido a comportamentos sexuais de risco ou devido ao consumo de drogas injetáveis, sendo também evidenciado noutros estudos que a discriminação dos outros perante a pessoa infetada é afetada pelo modo de transmissão (Mahaboro et al., 2020; Wong & Syuhada, 2011). De acordo Coyle et al. (2019), a autoeficácia pode explicar a relação entre sintomas psicológicos, como sintomatologia depressiva, e comportamentos sexuais de risco. Várias perturbações mentais estão associadas a dificuldades a nível da avaliação de risco e do julgamento e, por sua vez, foram associados a impulsividade sexual (Coyle et al., 2019; Erez et al., 2014). Esta possível ligação do papel da autoeficácia na relação entre saúde mental e comportamentos sexuais de risco poderia, segundo Coyle et al. (2019), ser uma explicação para o baixo nível de autoeficácia verificado em relação ao do uso de preservativo, relatado também noutros estudos (Koniak-Griffin & Stein, 2006; Palacios, 2019). A saúde mental é importante não só devido à relação com comportamentos de risco, mas também pela relevância após a infeção, como é relatado por Rabkin (2008).

Como a literatura relata, existe uma relação entre apoio social e comportamentos de risco para o VIH (Qiao et al., 2013), que também, conforme hipotetizado, foi possível verificar através da diferença a nível do apoio social e familiar das mulheres que contraíram VIH em diferentes contextos. Realçando-se, novamente, a importância da saúde mental, vários autores têm apontado esta variável como uma possível explicação para a relação entre apoio social e comportamentos de risco. Uma perspetiva que tenta explicar esta relação é a perspetiva de stress e *coping*, descrita por Lakey e Cohen (2000), em que o apoio social funcionaria como um *buffer* do impacto de eventos stressantes ou de experiências adversas na saúde. O estudo de Fang et al. (2019) testou esta perspetiva, considerando o apoio social como moderador da relação entre saúde mental e comportamentos de risco para o VIH, no entanto apenas verificaram esta relação em homens e não em mulheres. Como Fang et al. (2019) apontam, o facto de não ter sido verificada esta moderação em mulheres pode dever-se à amostra utilizada, pois

consideraram mulheres retiradas da população geral, enquanto outros autores que apontaram para este efeito utilizaram como amostra mulheres trabalhadoras do sexo.

Devem também ser consideradas algumas limitações do estudo. A amostra utilizada restringe-se ao norte de Portugal, pelo que não é possível generalizar para o país. Desta forma, estudos futuros deveriam incluir participantes de todo o país, mas também realizar estudos com esta população em outros países. Na avaliação e nos instrumentos não foi tida em conta a frequência das experiências adversas relatadas e dos comportamentos sexuais de risco, pelo que estudos futuros também poderiam ter em consideração estes fatores. A nível dos instrumentos também poderia ter sido utilizado um instrumento validado para a população portuguesa para avaliar o apoio social, como foi utilizado na avaliação das experiências adversas. É importante que estudos futuros desenvolvam mais conhecimento nesta área dado que o casamento pode ser um fator de risco para o VIH em mulheres em determinados locais (Mkandawire-Valhmu et al., 2013), tornando-se ainda mais importante compreender melhor os fatores associados. Por fim, também pode ser muito importante avaliar a perceção de risco para a contração de VIH em mulheres que se encontram numa relação estável, pois embora alguns estudos apontem para a importância da perceção nesta população, tais estudos ainda são muito escassos e tendem a focar-se numa população mais asiática e africana, não sendo possível perceber se o mesmo se aplicaria ou faria sentido numa cultura diferente.

Ao discutir o VIH e os fatores associados é necessário ter em consideração as formas mais eficazes para prevenir a transmissão, mas também como agir após a mesma. Nas estratégias de prevenção primária inclui-se a promoção do uso de preservativos (OMS, 2020), devendo ser dirigida a todos para realçar que qualquer pessoa que se envolva em comportamentos de risco pode contrair VIH. Assim, também é importante trabalhar a perceção de risco, dado que investigação têm apontado para a importância desta perceção em mulheres no contexto de uma relação estável e adultos com idade avançada no uso de preservativo e outros métodos de proteção (Bell et al., 2020; Maharaj & Cleland, 2005). Tendo em conta a literatura, também é necessário considerar a prevenção das experiências adversas, a promoção do apoio social e da saúde mental. A prevenção secundária do VIH foca-se em grupos que apresentam uma maior incidência ou mais fatores de risco associados ao VIH, no entanto, é necessário não descurar determinados grupos, como as mulheres que se encontram numa relação estável. Tendo em conta os resultados obtidos, é necessário trabalhar o impacto das experiências adversas, devido à sua relação com comportamentos de risco, e ao mesmo tempo realçar a importância da saúde mental e do efeito positivo do apoio social em populações que apresentam risco elevado para o VIH (Qiao et al., 2013). A perceção de risco também deve ser trabalhada com mulheres que se

encontram numa relação estável, e que podem não perceber a existência deste. Quando a infeção já está presente a própria intervenção focar-se na saúde mental, pois relaciona-se com a adesão e eficácia do tratamento (Khamarko & Myers, 2013). Também deve ser trabalhado o apoio social e avaliada a existência de experiências adversas, particularmente com mulheres que contraem VIH por comportamentos sexuais de risco, dado que apresentam níveis inferiores de apoio social e superiores de experiências adversas, o que impacta a saúde mental. Com as mulheres que contraem VIH no contexto de uma relação estável é necessário ter em consideração o modo de transmissão e o possível impacto deste e da própria infeção na sua saúde mental e também trabalhar a importância do apoio social e das relações familiares.

Uma grande dificuldade em realizar investigação com mulheres que contraem VIH no contexto de uma relação estável prende-se com o facto de não existirem estatísticas nacionais e internacionais que apontem para o número de infeções neste contexto, não é feita uma distinção deste grupo no relatório publicado anualmente pela DGS e INSA relativo ao número de infetados em Portugal. Tendo em conta o impacto que a infeção com VIH tem na vida dos indivíduos infetados e a relevância de compreender melhor esta população, é necessário realçar a importância de não negligenciar as mulheres que contraem VIH pelos companheiros no contexto de uma relação estável.

## Referências

- Abajobir, A. A., Kisely, S., Maravilla, J. C., Williams, G., & Najman, J. M. (2017). Gender differences in the association between childhood sexual abuse and risky sexual behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, *63*, 249–260. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.023>
- Amani, S., Ebrahimi, H., Mirghafourvand, M., & Shafaie, F. S. (2019). Mental health and its relationship with social support in Iranian women with high-risk sexual behaviors. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, *7*(1), 112–118. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2019.18>
- Anderson, K. G. (2017). Adverse childhood environment: Relationship with sexual risk behaviors and marital status in a large american sample. *Evolutionary Psychology*, *15*(2), 1–11. <https://doi.org/10.1177/1474704917710115>
- Aranda-Naranjo, B. (2004). Quality of life in HIV-positive patient: Implications and consequences. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, *15*(5), 20-27. <https://doi.org/10.1177/1055329004269183>
- Bell, S., Doran, T., Martin, F., & Adamson, J. (2020). Journeys to HIV testing and diagnosis among adults aged 50+ years in England: A qualitative interview study. *Journal of Health Services Research and Policy*, *25*(2) 1–10. <https://doi.org/10.1177/1355819620943242>
- Biddala, O. S., Kumar, R. S., Mohan, P. K., & Bhavaraju, S. (2020). Impact of stressful life events in mood disorders. *Archives of Mental Health*, *21*(1), 43–49. [https://doi.org/10.4103/AMH.AMH\\_12\\_20](https://doi.org/10.4103/AMH.AMH_12_20)
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, *8*(1), 75–90. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080106>
- Brown, M. J., Cohen, S. A., & DeShazo, J. P. (2020). Psychopathology and HIV diagnosis among older adults in the United States: disparities by age, sex, and race/ethnicity. *Aging & Mental Health*, *24*(10), 1746-1753. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1636201>
- Brown, M. J., Masho, S. W., Perera, R. A., Mezuk, B., Pugsley, R. A., & Cohen, S. A. (2017). Sex disparities in adverse childhood experiences and HIV/STIs: Mediation of psychopathology and sexual behaviors. *AIDS and Behavior*, *21*(6), 1550–1566. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1553-0>
- Campbell, J. A., Walker, R. J., & Egede, L. E. (2016). associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, *50*(3), 344-352. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.022>
- Cavanaugh, C. E., Hansen, N. B., & Sullivan, T. P. (2010). HIV sexual risk behavior among low-income women experiencing intimate partner violence: The role of posttraumatic stress disorder. *AIDS and Behavior*, *14*(2), 318–327. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9623-1>
- Chesney, M. A., & Folkman, S. (1994). Psychological impact of hiv disease and implications for intervention. *Psychiatric Clinics of North America*, *17*(1), 163–182. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(18\)30136-9](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(18)30136-9)
- Coyle, R. M., Lampe, F. C., Miltz, A. R, Sewell, J., Anderson, J., Apea, V., Collins, S., Dhairyawan, R., Johnson, A. M., Lascar, M., Mann, S., O'Connell, R., Sherr, L., Speakman, A., Tang, A., Phillips, A. N., Rodger, A. (2019). Associations of depression and anxiety symptoms with sexual behaviour in women and heterosexual men attending sexual health clinics: a cross-sectional study. *Sexually Transmitted Infections*, *95*, 254-261. <http://doi.org/10.1136/sextrans-2018-053689>
- de Zoysa, I., Sweat, M. D., & Denison, J. A. (1996). Faithful but fearful: reducing HIV transmission in stable relationships. *AIDS*, *10*, 197-203.

- Deeks, S. G., & Phillips, A. N. (2009). HIV infection, antiretroviral treatment, ageing, and non-AIDS related morbidity. *BMJ*, *338*, 288–292. <https://doi.org/10.1136/bmj.a3172>
- Direção Geral de Saúde e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2020). *Infeção VIH e SIDA em Portugal – 2020*. DGS/INSA. <http://www.insa.min-saude.pt/relatorio-infecao-vih-e-sida-em-portugal-2020/>
- Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse and Neglect*, *28*(7), 729–737. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.009>
- Erez, G., Pilver, C. E., & Potenza, M. N. (2014). Gender-related differences in the associations between sexual impulsivity and psychiatric disorders. *Journal of Psychiatric Research*, *55*, 117–125. <http://doi.org/doi:%2010.1016/j.jpsychires.2014.04.009>
- Fang, L., Chuang, D., & Al-Raes, M. (2019). Social support, mental health needs, and HIV risk behaviors: A gender-specific, correlation study. *BMC Public Health*, *19*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6985-9>
- Fang, L., Chuang, D., & Lee, Y. (2016). Adverse childhood experiences, gender, and HIV risk behaviors: Results from a population-based sample. *Preventive Medicine Reports*, *4*, 113–120. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.05.019>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) Study. *American Journal Preventive Medicine*, *14*(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Galvan F. H., Davis E. M., Banks, D., & Bing, E. G. (2008). HIV stigma and social support among African Americans. *AIDS patient care STDS*, *22*(5), 423–436. <https://doi.org/10.1089/apc.2007.0169>
- Gielen, A. C., McDonnell, K. A., & O'Campo, P. J. (2002). Intimate partner violence, HIV status, and sexual risk reduction. *AIDS and Behavior*, *6*(2), 107–116. <https://doi.org/10.1023/A:1015494513192>
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*, *11*(4), 330–341. <https://doi.org/10.1177/1073191104269954>
- Howe, C. J., Siegel, H., & Dulin-Keita, A. (2017). Neighborhood environments and sexual risk behaviors for hiv infection among U.S. women: A systematic review. *AIDS and Behavior*, *21*(12), 3353–3365. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1771-0>
- Kennedy, C. A. (1995). Gender differences in HIV-related psychological distress in heterosexual couples. *AIDS care*, *7*(1), 33–38. <https://doi.org/10.1080/09540129550126803>
- Khamarko, K., & Myers, J. J. (2013). *The influence of social support on the lives of hiv-infected individuals in low- and middle-income countries*. Organização Mundial de Saúde <https://apps.who.int/iris/handle/10665/93529>
- Koniak-Griffin, D., & Stein, J. A. (2006). Predictors of sexual risk behaviors among adolescent mothers in a human immunodeficiency virus prevention program. *Journal of Adolescent Health*, *38*(3), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.12.008>
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 29–52). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0002>
- Logan, T. K., Cole, J., & Leukefeld, C. (2002). Women, sex, and HIV: Social and contextual factors, meta-analysis of published interventions, and implications for practice and research. *Psychological Bulletin*, *128*(6), 851–885. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.6.851>

- Mahamboro, D. B., Fauk, N. K., Ward, P. R., Merry, M. S., Siri, T. A., & Mwanri, L. (2020). HIV stigma and moral judgement: Qualitative exploration of the experiences of HIV stigma and discrimination among married men living with HIV in Yogyakarta. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(2), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020636>
- Maharaj, P., & Clealand, J. (2005). Risk Perception and Condom Use Among Married Or Cohabiting Couples in KwaZulu-Natal, South Africa. *International Family Planning Perspectives*, *31*(1), 24–29.
- Maia, Â., & Fernandes, E. (2002). Versão Portuguesa de lista de acontecimentos de vida. Universidade do Minho.
- Maia, Â., & Gonçalves, M. (2016). *Necessidades psicossociais das pessoas que vivem com VIH/Sida na região norte de Portugal*. Administração Regional de Saúde do Norte e Escola de Psicologia da Universidade do Minho. [http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/12/Relatorio\\_necPsicossociais\\_dezembro\\_2016.pdf](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/12/Relatorio_necPsicossociais_dezembro_2016.pdf)
- Maia, Â., Gomes, H., & Gonçalves, M. (2018). Relationship between HIV and depressive symptomatology in patients from northern Portugal: Analysis of individual, health, and social predictors. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *29*(2), 275–286. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2017.09.006>
- Mårdh, O., Quinten, C., Kuchukhidze, G., Seguy, N., Dara, M., Amato-Gauci, A. J., Pharris, A., Dervishi, M., Garcia, J. F., Grigoryan, T., Schmid, D., El-Khatib, Z., Singatulov, F., Khasiyev, S., Sergeenko, S., Yurovski, P., Sasse, A., Beckhoven, D. V., Kojić, D., ... Delpech, V. (2019). HIV among women in the WHO European Region – Epidemiological trends and predictors of late diagnosis, 2009-2018. *Eurosurveillance*, *24*(48), 1–7. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.48.1900696>
- McMillan, J. M., Gill, M. J., & Rubin, L. H. (2020). Distinct risks, clinical characteristics and outcomes by age at time of HIV diagnosis. *HIV Medicine*, *21*(8), 505-511. <https://doi.org/10.1111/hiv.12887>
- Moraes, L. (2020). *As respostas, significados e impactos do diagnóstico de HIV por mulheres infetadas em contexto de união estável* [Tese de mestrado, Universidade do Minho]. RepositoriUM. <http://hdl.handle.net/1822/69754>
- Mkandawire-Valhmu, L., Wendland, C., Stevens, P. E., Kako, P. M., Dressel, A., & Kibicho, J. (2013). Marriage as a risk factor for HIV: Learning from the experiences of HIV-infected women in Malawi. *Global Public Health*, *8*(2), 187–201. <https://doi.org/10.1080/17441692.2012.761261>
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Summary report*. OMS. [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2020, 30 de novembro). *HIV/AIDS* [Fact sheet] <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Palacios J. (2019). Predictors of personality and self-efficacy of sexual risk behavior in Mexican adolescents. *Anales de Psicología*, *35*(1), 131–139. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.319471>
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. (2014). *The gap report*. UNAIDS [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf)
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. (2020). *Global HIV & AIDS statistics – 2020 fact sheet* [Fact sheet]. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
- Qiao, S., Li, X., & Stanton, B. (2013). Social support and HIV-related risk behaviors: A systematic review of the global literature. *AIDS and Behavior*, *18*(2), 419–441. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0561-6>
- Rabkin, J. G. (2008). HIV and depression: 2008 Review and update. *Current HIV/AIDS Reports*, *5*(4), 163–171. <https://doi.org/10.1007/s11904-008-0025-1>



- Richter, L., Komárek, A., Desmond, C., Celentano, D., Morin, S., Sweat, M., Chariyalertsak, S., Chingono, A., Gray, G., Mbwambo, J., & Coates, T. (2014). Reported physical and sexual abuse in childhood and adult HIV risk behaviour in three African countries: Findings from project accept (HPTN-043). *AIDS and Behavior, 18*(2), 381–389. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0439-7>
- Rizzini, I., & Dawes, A. (2001). Editorial: On cultural diversity and childhood adversity. *Childhood, 8*(3) 315-321. <https://doi.org/10.1177/0907568201008003001>
- Rodriguez, V. J., Butts, S. A., Mandell, L. N., Weiss, S. M., Kumar, M., & Jones, D. L. (2019). The role of social support in the association between childhood trauma and depression among HIV-infected and HIV-uninfected individuals. *International Journal of STD and AIDS, 30*(1), 29–36. <https://doi.org/10.1177/0956462418793736>
- Silva, C. (2016). *Fatores preditores de psicopatologia em pessoas que vivem com VIH/SIDA* [Tese de mestrado, Universidade do Minho]. RepositoriUM. <http://hdl.handle.net/1822/42700>
- Silva, S., & Maia, Â. (2008). Versão Portuguesa do Family ACE Questionnaire (Questionário da história de adversidade na infância). In A. P. Noronha, C. Machado, L. Ameida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramanho (Eds.), *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Psiquilíbrios
- Sobo, E. J. (1995). Finance, romance, social support, and condom use among impoverished inner-city women. *Human Organization, 54*(2), 115–128. <https://doi.org/10.17730/humo.54.2.g568548023132n37>
- Tavoschi, L., Dias, J. G., Pharris, A., Schmid, D., Sasse, A., Beckhoven, D. V., Varleva, T., Blazic, T. N., Hadjihannas, L., Koliou, M., Maly, M., Cowan, S., Rüütel, K., Liitsola, K., Salminen, M., Cazein, F., Pillonel, J., Lot, F., Gunsenheimer-Bartmeyer, B., ... Delpech, V. (2017). New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004–15: an analysis of surveillance data. *The Lancet HIV, 4*(11), 514–521. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30155-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30155-8)
- Taylor, S. E. (2007). Social Support. In H. S. Friedman & R. C. Silver (Eds.), *Foundations of health psychology* (pp. 145-171). Oxford University Press.
- Tiwari, S. C., & Deshpande, S. R. (2020). A study to assess the effect of stressful life events on psychological distress levels of participants living in an urban area. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 9*(6) 2730–2735. [http://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_96\\_20](http://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_96_20)
- Wagner, G. J., Holloway, I., Ghosh-Dastidar, B., Ryan, G., Kityo, C., & Mugenyi, P. (2010). Factors associated with condom use among hiv clients in stable relationships with partners at varying risk for hiv in uganda. *AIDS and Behavior, 14*(5), 1055–1065. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9673-4>
- Walsh, J. L., Senn, T. E., & Carey, M. P. (2012). Exposure to Different Types of Violence and Subsequent Sexual Risk Behavior among Female STD Clinic Patients: A Latent Class Analysis. *Psychology of violence, 2*(4), 339–354. <https://doi.org/10.1037/a0027716>
- Wong, L. P., & Syuhada, A. R. (2011). Stigmatization and discrimination towards people living with or affected by HIV/AIDS by the general public in Malaysia. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 42*(5), 1119–1129.
- Yang, Y., Lewis, F. M., & Wojnar D. (2015). Life changes in women infected with HIV by their husbands: an interpretive phenomenological study. *Journal of Association of Nurses in AIDS Care, 26*(5):580-94. <http://doi.org/10.1016/j.jana.2015.05.008>

## Anexos

### Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga



### Comissão de Ética para a Saúde Hospital de Braga

---

**Nossa referência:** CESHB 126/2015

**Outra referência:**

**Relator:** Juan Garcia

#### Parecer emitido em reunião plenária de 17 de Novembro 2015

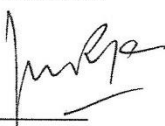
Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB) em relação ao estudo "*Estigmatização, Saúde Mental e adaptação ao VIH/SIDA*", de que é investigadora principal Ângela Rosa Pinho da Costa Maia, investigadora do Centro de Investigação em Psicologia (CiPsi), Escola de Psicologia, Universidade do Minho, e decorrerá na Consulta de Infeciologia do Serviço de Medicina Interna do Hospital de Braga, emite o seguinte parecer:

- a) O estudo pretende aprofundar a perceção de estigmatização, saúde mental e processos de adaptação à doença, no seguimento de um estudo anterior realizado com pessoas com VIH/SIDA na zona Norte de Portugal;
- b) O protocolo refere os seguintes itens entre outros:
  1. Objetivos principais são avaliação das condições psicossociais das pessoas infetadas pelo VIH; avaliar a estigmatização, a adaptação à doença;
  2. Estudo de metodologia mista, quantitativo e qualitativo;
  3. Amostragem de conveniência, com critérios de seleção adequados. Não são fornecidos dados acerca da dimensão e representatividade da amostra;
  4. Os dados serão recolhidos através da aplicação de 7 questionários, num momento de avaliação único. Serão aplicadas as escalas seguintes: Escala de estigmatização para pessoas que vivem com a infeção VIH; Questionário MOS-SSS-P; BSI Inventário de auto-avaliação; Questionário da Ideação Suicida (QIS) versão portuguesa;
  5. Prévia à colheita, os participantes serão informados da natureza e da confidencialidade dos questionários. É correto o modelo de consentimento escrito. Está garantida a anonimização dos

- dados e cada caderno de questionários será codificado (três primeiras consoantes do apelido + duas primeiras do primeiro nome). O acesso será limitado aos investigadores do projeto.
- c) O risco de ativação emocional será tido em conta e o contacto com os utentes será feito por psicólogos com treino clínico;
  - d) Não implica custos associados na sua execução;
  - e) A CNPD tem parecer favorável para este estudo, em versão mais alargada, no ano 2011;
  - f) Serão publicados os resultados em forma de apresentação académica;

Nada a opor por parte da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Braga.

Presidente da Comissão de Ética



---

Juan R. Garcia

## **Parecer do Coordenador do Centro Académico e da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães**



### **PARECER DO COORDENADOR DO CENTRO ACADÉMICO**

**Título:** *“Necessidades Psicossociais de Pessoas que vivem com VIH/SIDA”, Refª.21V/2017*

**Investigador Principal:** Professora Dra. Ângela Rosa Pinho da Costa Maia, Professora Auxiliar da Escola de Psicologia da Universidade do Minho

**Investigadora no HSOG:** Dra. Helena Sarmento, médica Internista do HSOG

**Serviço onde se realiza o estudo:** Serviço de Medicina Interna do Hospital Senhora da Oliveira de Guimarães

**Avaliação da exequibilidade e do mérito científico:** Estudo com interesse clínico e académico, pelo que, nada a opor ao presente projeto.

Com os melhores cumprimentos,


  
Miguel Gago  
Coordenador do Centro Académico

### **PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**

Nos termos da reunião desta Comissão de ética, dá-se conhecimento a V. Exas. do parecer emitido em reunião do dia 14 de Março de 2017:

Analisado o projeto de investigação *“Necessidades Psicossociais de Pessoas que vivem com VIH/SIDA”* que tem como Investigadora Principal a Professora Dra. Ângela Rosa Pinho da Costa Maia, Professora Auxiliar da Escola de Psicologia da Universidade do Minho e Investigadora no HSOG a Dra. Helena Sarmento, médica Internista do HSOG, a Comissão de Ética não tem nada a opor

Com os melhores cumprimentos,

  
João Lima Reis  
Presidente da CES