



UC/FPCE\_2014

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Estudo comparativo da qualidade de vida e saúde  
mental de doentes com VIH/SIDA em Angola e Portugal**

Domingas de Lourdes Wandy Gomes

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde,  
Subárea de Especialização em Sistémica, Saúde e Família

Sob a orientação do Professor Doutor Marco Daniel Pereira e da  
Professora Doutora Carla Crespo

Coimbra, 2014

## **Estudo comparativo da qualidade de vida e saúde mental de doentes com VIH/SIDA em Angola e Portugal**

### **Resumo**

A infeção por VIH/SIDA é uma doença crónica que interfere com as componentes física, psicológica e social do doente. Neste sentido, é importante que sejam realizados estudos que contribuam de forma significativa para as políticas sociais e de saúde dos países, em benefício da promoção da saúde física e mental destes doentes e famílias em particular, e dos países em geral. A Organização Mundial da Saúde (OMS), reunindo um grupo internacional de especialistas, desenvolveu, numa perspetiva transcultural, um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida na infeção por VIH, o WHOQOL-HIV-Bref. O objetivo deste estudo foi comparar a qualidade de vida e saúde mental dos sujeitos com VIH em Angola e Portugal e analisar a associação entre os domínios da qualidade de vida e as dimensões da sintomatologia psicopatológica em doentes dos dois países.

A amostra do presente estudo foi composta por um total de 469 doentes infetados por VIH, sendo 200 participantes de Angola e 269 de Portugal. Para avaliação da qualidade de vida utilizou-se o instrumento WHOQOL-HIV-Bref e para avaliação da sintomatologia psicopatológica utilizaram-se o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Em termos gerais os resultados evidenciaram maior qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica na amostra portuguesa comparativamente à angolana. Especificamente, a nível dos domínios e facetas verificaram-se resultados estatisticamente significativos em cinco domínios e 17 facetas. A amostra portuguesa apresentou resultados mais elevados em quatro domínios e em 11 facetas específicas. Para a amostra angolana, os resultados foram mais elevados em um domínio (Espiritualidade) e seis facetas específicas. Na amostra de Angola os domínios que mais contribuíram para a qualidade de vida geral dos doentes com VIH foram os domínios Físico, Psicológico e Espiritualidade. Para Portugal os domínios Psicológico, Ambiente e Nível de Independência foram os domínios que mais contribuíram para a qualidade de vida geral. Os resultados mostram igualmente uma associação negativa e estatisticamente significativa entre a sintomatologia psicopatológica e a perceção de qualidade de vida.

Os resultados do presente estudo oferecem um importante contributo para a avaliação da qualidade de vida e saúde mental de doentes com infeção por VIH, numa perspetiva transcultural. Os resultados obtidos revelaram as diferenças contextuais relativamente às variáveis socioeconómicas, culturais e políticas dos dois países.

**Palavras-Chave:** Qualidade de vida; Saúde mental; VIH/SIDA; WHOQOL-HIV-Bref.

## **A comparative study of quality of life and mental health of patients living with HIV/AIDS in Angola and Portugal**

### **Abstract**

HIV/AIDS infection is a chronic disease that interferes with the physical, psychological and social components of the patient. Accordingly, it is important to conduct studies that contribute significantly to the national social and health policies, in favour of promoting the physical and mental health of these patients and their families, in particular, and of the country in general. The World Health Organization, bringing together an international group of experts, developed, within a cross-cultural perspective, a specific instrument to assess the quality of life in HIV infection, the WHOQOL-HIV-Bref. The aim of this study was to compare the quality of life and mental health of individuals with HIV in Angola and Portugal and to analyze the association between the quality of life domains and the psychopathological symptoms in patients of the two countries.

The study sample consisted of a total of 469 HIV-infected patients, 200 participants from Angola and 269 participants from Portugal. Quality of life was assessed with the WHOQOL-HIV-Bref instrument and psychopathological symptoms were assessed with the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Beck Depression Inventory (BDI).

Overall, results showed higher quality of life and psychopathological symptoms in the Portuguese sample, in comparison to the Angolan sample. Specifically, regarding quality of life domains and facets, statistically significant differences were found in five domains and 17 facets. The Portuguese patients reported higher scores in four domains and 11 specific facets. In the sample from Angola, participants reported higher scores in one domain (Spirituality) and six specific facets. In the sample from Angola, the domains that most contributed to the overall quality of life of HIV-infected patients were the Physical, Psychological and Spirituality domains. With regard to Portugal, Psychological, Environment and Level of Independence domains were those who most contributed to the overall quality of life. The results also showed a negative and statistically significant association between psychopathological symptoms and the perception of quality of life.

The results of the current study provide an important contribution to the assessment of quality of life and mental health in patients with HIV infection, in a cross-cultural perspective. The results highlighted the contextual differences in the socio-economic, cultural and political variables existing in the two countries.

**Keywords:** Quality of life; Mental health; HIV/AIDS; WHOQOL-HIV-Bref

## **Agradecimentos**

Em primeira instância quero agradecer a Deus pela proteção e aos meus pais, Joaquim Caquarta e Maria Amélia Alice (in Memorium), por terem-me posto ao mundo.

Em segundo lugar, agradeço todas as professoras do curso de mestrado integrado, em especial a Doutora Ana Paula Relvas pela sua amabilidade e sabedoria e a Doutora Sofia Major pelo rigor e pontualidade, o que de certo modo disciplinou-nos relativamente ao cumprimento de prazos dos trabalhos que tínhamos de executar. Vai um agradecimento igualmente a todos colegas que durante dois anos, para além da turma e conhecimentos, partilhamos as nossas vivências, nossas culturas, alegrias e tristezas, servindo muitas vezes um ao outro de suporte para superar sentimentos ambivalentes que pairava nas nossas mentes.

Ao Doutor Marco Pereira e Doutora Carla Crespo, meus orientadores de tese, muito obrigada pelo profissionalismo, atenção e paciência que tiveram.

Finalmente, quero expressar um especial obrigada a toda minha família, principalmente ao meu esposo, Edgar Coimbra Gomes, as(o) minhas(o) filhas(o) Kaillany, Edwina e Hamilton pelo suporte dado e por me terem encorajado para que eu pudesse terminar mais um grau académico.

Muito obrigado a todos.

## Índice

Introdução	6
Enquadramento teórico	7
1. Infeção por VIH/SIDA em Portugal e Angola: Dados epidemiológicos	7
2. Introdução ao conceito de qualidade de vida	12
2.1. Qualidade de vida e saúde mental na infeção por VIH/SIDA	13
2.2. Avaliação da qualidade de vida: Perspectiva da Organização Mundial da Saúde	15
2.2.1. As medidas genéricas. WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref	16
2.2.2. O módulo VIH:WHOQOL-HIV e WHOQOL-HIV-Bref	18
2.3. A importância da comparação da qualidade de vida em culturas diferentes	20
2.3.1. Comparação entre Portugal e Angola	20
3. Objetivos do estudo	21
Método	21
Amostra	21
Procedimento	22
Instrumentos	23
Análises estatísticas	26
Resultados	26
Discussão	31
Conclusão	36
Referências Bibliográfica	38
Anexos	

## Introdução

A perdurar por mais de três décadas, o vírus da imunodeficiência humana (VIH) já causou muitas mortes por todo o mundo, desestruturou inúmeras famílias, deixou muitas crianças órfãs e/ou infetadas, influenciando de forma direta o desenvolvimento harmonioso e, conseqüentemente, a qualidade de vida e saúde mental das pessoas infetadas e afetadas por esta doença. Neste prisma, tornou-se uma prioridade em vários países do mundo, entre os quais Portugal e Angola, avaliar a qualidade de vida dos doentes portadores da infeção por VIH/SIDA. Esta avaliação é muito importante na medida em que com os progressos registados na medicina, especificamente com a terapêutica anti-retroviral, já não há, *a priori*, um risco de morte eminente face a um contágio pelo VIH, assumindo esta doença um carácter de doença crónica.

De forma mais geral, o presente trabalho tem por objetivo estudar a qualidade de vida dos doentes portadores do VIH/SIDA de dois países, de continentes diferentes, com culturas e realidades socioeconómicas bastante distintas, Angola e Portugal. Esta comparação foi feita com recurso ao WHOQOL-HIV-Bref, instrumento de avaliação da qualidade de vida desenvolvido por um grupo de peritos da Organização Mundial de Saúde (OMS), específico para a população com VIH/SIDA. Trata-se, pois, do primeiro estudo comparativo entre países em doentes com esta doença, daí a grande relevância deste estudo.

Estruturalmente, o presente estudo é composto pelas seguintes partes: revisão teórica, onde se descreve, de forma sintética, a epidemiologia da infeção VIH/SIDA nos dois países em comparação e vários aspectos ligados à qualidade de vida e saúde mental no âmbito desta doença, bem como apresentação da principal medida de avaliação da qualidade de vida – o WHOQOL-HIV-Bref. Seguem-se os objetivos do presente estudo, o método (onde se descrevem os aspectos relativos aos participantes, procedimentos de recolha de dados, medidas e análises estatísticas). Por fim, apresentam-se os resultados da investigação e finalmente a discussão global do tema.

## Enquadramento teórico

### 1. Infecção por VIH/SIDA em Portugal e Angola: Dados epidemiológicos

#### Portugal

A infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) causou um grande impacto em vários estados do mundo, bem como desequilíbrios nos seus sistemas de saúde, essencialmente nos anos em que foram diagnosticados os primeiros casos. Isto deveu-se sobretudo ao seu carácter infeccioso que propiciou uma rápida propagação do vírus transmitido de pessoa para pessoa através de vias diversas. Em Portugal e Angola, a situação não foi diferente.

Os primeiros três casos diagnosticados em Portugal registaram-se em 1983. Tal como refere o último relatório do Departamento de Doenças Infecciosas, Unidade de referência e Vigilância Epidemiológica (DDI-URVE), de Junho/2013, de 1983 a 2012, em Portugal foram notificados 42,580 casos dos quais, 17,373 evoluíram para a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Dados estatísticos neste relatório mostram ainda, que desde o ano em que foram diagnosticados os primeiros três casos até 2006, houve um incremento de casos de infecção por VIH pelo que, o ano 2000 registou um maior número de casos diagnosticados e notificados, 2,795 e 3,674 respectivamente (cf. Anexo 1).

A infecção por VIH/SIDA em Portugal perdura há 30 anos, sendo o período de 1983-2002, dezanove anos portanto, o período em que o número de pessoas portadoras e doentes atingiu cifras bastante elevadas em todas as faixas etárias, tal como se pode observar no Quadro 1.

**Quadro 1 - Casos de infecção VIH (1983-2012): distribuição por grupo etário segundo o ano de diagnóstico e o total acumulado por sexo (extraído do relatório do DDI-URVE, Junho/2013, p. 19).**

Grupo etário	Ano de diagnóstico											Sexo			Total	
	≤2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	M	F	NR	Nº	%
0-11 meses	136	16	10	5	6	6	7	6	6	4	2	95	107	2	204	0,5
1-4 anos	79	10	5	3	3	3	4	2	6	0	0	47	68	0	115	0,3
5-9 anos	46	1	1	0	4	5	5	5	3	2	2	44	30	0	75	0,2
10-12 anos	16	1	3	3	3	1	0	2	2	1	0	21	11	0	32	0,1
13-14 anos	28	1	1	32	0	2	1	2	1	0	0	23	13	0	36	0,1
15-19 anos	685	44	36	131	28	27	31	32	25	16	14	500	470	0	970	2,3

20-24 anos	3282	163	136	254	136	137	133	123	103	102	54	3088	1411	1	4500	10,6
25-29 anos	5659	370	325	379	296	270	240	189	191	133	80	5784	2221	2	8007	18,6
30-34 anos	5127	427	438	365	357	333	301	281	222	198	98	6773	1987	1	8161	19,2
35-39 anos	3589	384	393	301	356	333	330	290	241	184	108	5062	1509	2	6573	15,4
40-44 anos	2108	262	237	182	272	263	298	240	240	195	107	3534	987	2	4523	10,6
45-49 anos	1335	187	185	110	174	213	230	191	184	168	104	2358	794	1	3153	7,4
50-54 anos	908	120	140	89	162	149	146	142	124	102	74	1604	573	0	2177	5,1
55-59 anos	646	73	71	54	101	80	101	113	115	97	47	1083	450	0	1533	3,6
60-64 anos	441	63	78	84	61	67	73	75	57	53	35	740	318	0	1058	2,5
≥ 65 anos	425	87	83	5	75	83	72	82	73	62	49	878	297	0	1175	2,8
Não referido	205	10	5		12	11	11	12	12	4	2	221	66	2	289	0,7
<b>Total</b>	<b>24775</b>	<b>2220</b>	<b>2147</b>	<b>1997</b>	<b>2046</b>	<b>1983</b>	<b>1983</b>	<b>1787</b>	<b>1605</b>	<b>1321</b>	<b>776</b>	<b>31255</b>	<b>11312</b>	<b>13</b>	<b>42580</b>	<b>100</b>

Obs: NR- não referido.

Devido ao seu alto grau de propagação, a infecção pelo VIH passou a ser considerada em Portugal, a 1 de Fevereiro de 2005, tal como já o era noutros países da Europa, uma doença de declaração obrigatória. Relativamente às formas de transmissão, para Portugal, o relatório referente à situação da infecção VIH até 31 de Dezembro de 2012, mostra que há uma tendência crescente nas relações homossexuais ou bissexuais, apesar de no topo estarem as relações heterossexuais, correspondendo a cerca de 60% dos casos. Mas esta situação não foi sempre a mesma. Até o ano de 2009, os indivíduos toxicod dependentes ocupavam o segundo lugar da tabela. Contudo, o total acumulado ainda mostra um número elevado para esta categoria como se pode analisar no Quadro 2.

**Quadro 2 - Casos de infeção VIH (1983-2012): distribuídos por categoria de transmissão segundo o ano de diagnóstico e total acumulado por sexo (extraído do relatório do DDI-URVE, Junho/2013, p. 24).**

Categoria de transmissão	Ano de diagnóstico											Sexo			Total	
	≥2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	M	F	NR	Nº	
Homo ou bissexual	3010	222	225	245	303	281	373	345	360	326	187	5577	0	0	5877	13,8
Toxicod dependente	11061	766	664	628	534	429	398	267	230	131	78	13381	2701	4	16086	38,8
Homo/toxicod dependente	220	5	7	12	3	5	3	3	3	2	1	264	0	0	264	0,6
Hemofílico	121	1	0	3	1	0	1	0	0	0	0	127	0	0	127	0,3
Transfusionado	240	7	4	1	2	1	1	2	1	2	1	147	115	0	262	0,6
Heterossexual	8268	1144	1194	1049	1151	1218	1145	1103	951	826	490	10455	8079	5	18539	43,5
Mãe/filho	235	26	19	13	14	17	16	15	17	8	5	180	203	2	385	0,9
Nosocomial	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0,0
Não referido	657	49	34	46	38	32	46	52	43	26	14	824	211	2	1037	2,5
<b>Total</b>	<b>24715</b>	<b>2220</b>	<b>2147</b>	<b>1997</b>	<b>2046</b>	<b>1983</b>	<b>1983</b>	<b>1787</b>	<b>1605</b>	<b>1321</b>	<b>776</b>	<b>31255</b>	<b>11312</b>	<b>13</b>	<b>42580</b>	<b>100</b>

No que concerne às características sociodemográficas, pode-se aferir do relatório que, quanto ao sexo, prevalecem índices elevados para os homens, cuja idade mais frequente se situa entre os 30 e os 34 anos. Já as mulheres, apresentam-se como menos afetadas em relação aos homens. A idade em que a doença mais incide nas mulheres está entre os 25 e os 29 anos.

Relativamente à SIDA, nos últimos anos, registou-se uma redução do número absoluto e percentual de casos associados a tuberculose como doença oportunista e um aumento de casos associados a pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*. No que respeita ao tipo de vírus, dentre os doentes existentes (1983-2012), 16,528, 544 e 214 dos casos, referem a infecção por VIH1, VIH2 e VIH1 + VIH2, respetivamente.

É bem visível uma baixa considerável de casos de infecção VIH em Portugal pois, se em 2006 se registavam 2,046 casos diagnosticados e 2,141 casos notificados, já em 2012 verifica-se um total de 776 casos diagnosticados e 1,625 casos notificados. Os programas de intervenção para prevenção e adesão ao tratamento bem como a terapia antiretroviral, estão na base desta redução assim como o registo que é feito a cada portador, permitindo assim, aos serviços de vigilância da epidemia, terem o controlo dos casos existentes, contribuindo de maneira decisiva no decréscimo de óbitos ligados a infeção VIH em Portugal, apesar de esta já ter vitimado um total acumulado de 9,509 pessoas dentre os quais 139 ocorridos em 2012. De referir que 77.7% dos indivíduos infetados estão vivos.

Geograficamente, regista-se um maior número de casos notificados nos centros com maior número populacional, uma vez que uma grande maioria vive na zona urbana. Assim, os distritos de Lisboa, Porto e Setúbal apresentam a maior parte dos casos e o distrito de Guarda é o que menos caso de infecção por VIH apresenta.

### **Angola**

No que diz respeito a Angola, os primeiros casos de infecção por VIH/SIDA foram diagnosticados em 1985. Devido à falta de um banco de dados nos dez primeiros anos que marcam o aparecimento e propagação da epidemia, Angola possui apenas dados estimados referente a população infetada pelo VIH/SIDA. Isto porque os serviços de saúde ainda não possuíam material de apoio bem como profissionais treinados para dar resposta a esta demanda. O Ministério da Saúde, trabalha com os seus parceiros, as organizações não-governamentais (ONG) de luta contra o SIDA e com os hospitais de

referência de cada província, que lhe fornecem os dados relativo a situação da infecção VIH em Angola. Verifica-se no entanto, uma grande preocupação a nível do Ministério da Saúde, para que os hospitais e centros sanitários do país prestem maior atenção na notificação dos casos diagnosticados anterior e atualmente. O objetivo desta ação é obter um maior controlo desta população, no sentido de se desacelerar esta epidemia que atingiu de 1983 a 2011 cerca de 143,110 pessoas onde 39% são do sexo masculino e 61% do sexo feminino. Estima-se que dos casos notificados prevalecem as populações com idades compreendidas entre os 15 e os 39 anos para as mulheres e dos 25 e os 34 anos para os homens (Relatório de progresso da Declaração Política sobre o VIH/SIDA, Angola, pp. 22-23).

Presume-se que a onda de propagação da infeção por VIH/SIDA em Angola deveu-se, em parte, à abertura das fronteiras com os países vizinhos (Zâmbia, Namíbia e Congo Democrático) depois do conflito armado que durou 26 anos (1975-2002), na medida em que, enquanto perdurava esta guerra, onde a circulação de pessoas e bens era quase impossível, o número de pessoas infetadas e afetadas era baixo. Mesmo assim, relativamente aos demais países da África Austral, Angola apresenta um índice de prevalência inferior.

Segundo o relatório acima referido, o Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA) estimou em 2011, que 34 milhões de pessoas viviam no mundo com VIH, verificando-se um aumento em 17% comparativamente ao ano 2010. A região do mundo mais afetada, com cerca de 70% de novas infeções diagnosticadas é a África a sul do Sahara. É em África que também alberga 90% das crianças infetadas com VIH.

O relatório de Angola, apresentado pela Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (UNGASS), para o biénio 2010-2011, mostra que existe uma maior incidência nas mulheres com idades entre 24 e os 34 anos e nos homens com idades entre 30 e os 34 anos pelo que, aproximadamente 63% dos casos notificados prevalece as mulheres em detrimento dos homens, que totalizam 37% dos casos de infeção VIH/SIDA. O mesmo relatório refere igualmente, que 79,2% das pessoas infetada, a via de transmissão deve-se as relações heterossexuais, seguido da categoria transmissão vertical (de mãe para filho) com 6% dos casos e 0.5% por transfusão sanguínea e uso de objetos cortantes, conforme se pode ver no Quadro 3. Verifica-se ainda no quadro, que não faz parte da cultura angolana as relações homossexuais pelo que, não constam nos

dados estatísticos apresentados pelo relatório de Angola, apesar de existirem alguns casos de relacionamentos sexuais entre homens.

**Quadro 3 - Categoria de transmissão da infecção por VIH (2010-2011)**

Categoria de transmissão	Dados %
Heterossexual	79.2
Homossexual	NS
De mãe/ filho	6.0
Transfusão sanguínea/ objetos cortante	0.5

NS - Não significativo.

Em Angola, as infecções por VIH são predominantemente causadas pelo VIH-1 e seus subtipos. Um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA (INLS), em 2010-2011, mostrou que os principais subtipos são: A - 17.4%; C - 13.0%; B - 8.7%; F - 8.7%; G - 8.7%. Em relação à população mais visada, a que habita nas zonas urbanas e fronteiriças apresenta índices mais elevados comparativamente à que habita em zonas rurais. As províncias de Cunene (2.842) Benguela (2.344) e Cabinda (2.128) são as que registam mais casos de infeção por VIH/SIDA e a menos atingida é a província do Bié com 306 casos notificados (cf. Anexo 2).

Em 2011 foram diagnosticados 19,514 novos casos de infeção por VIH/SIDA e, neste mesmo ano, estimava-se que cerca de 93,257 de pessoas precisavam de tratamento antiretroviral.

Passos bastante significativos estão a ser dados com programas de sensibilização e intervenção para a prevenção da infeção por VIH, rastreando-se principalmente a população jovem (15-49), doentes com tuberculose (2010 - 46%; 2011- 59.9%), que é a doença mais frequente nos doentes com SIDA, assim como as mulheres grávidas, através dos centros de aconselhamento e testagem voluntária (CATV), que se encontram localizados em hospitais provinciais, municipais e centros de saúde, assim como programas criados em todas as maternidades do país para a redução dos casos de transmissão vertical. Os dados estatísticos no relatório de Angola apresentados pela UNGASS demonstram que, de 2010 a 2011, foram testadas 521,424 mulheres grávidas, dos quais 10,070 dos testes foram positivos, verificando-se um aumento de 3% de testes positivos, comparativamente ao ano de 2009 (Relatório de Progresso da Declaração Política sobre o VIH/SIDA, Angola, p. 48).

Para reduzir o número de casos de infecção por VIH, cuja situação se apresenta crescente, o Ministério da saúde trabalha com o Instituto Nacional de Luta contra a SIDA (INLS), que por sua vez trabalha com as organizações não-governamentais. São estes parceiros sociais, em parceria com os hospitais e centros de saúde, que fornecem os dados para o INLS que coordenada todas as ações que visam o combate da epidemia do SIDA em Angola.

## **2. Introdução ao conceito de qualidade de vida**

A utilização do conceito de qualidade de vida surge, segundo Canavarro, Simões, Pereira e Pintassilgo (2006) nos anos 60 do século XX. Fleck (1999) e Noll (2000), citados por Canavarro e colaboradores (2006), referem que uma das primeiras utilizações do conceito de qualidade de vida teria surgido num discurso proferido pelo então presidente norte-americano Lyndon Johnson em 1964, que declarou que “o progresso social não pode ser medido através dos balanços mas através da qualidade de vida proporcional às pessoas”. Advoga-se igualmente que o conceito de qualidade de vida teria origem nas abordagens económicas, estando relacionado com os indicadores relativos ao crescimento do produto interno bruto (PBI) ou do rendimento *per capita* (Cummins, 2000; Rapley, 2003, cit. por Canavarro et al., 2006).

Na área da saúde, o conceito de qualidade de vida encontra-se ligado a definição de saúde que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948) é o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença (Canavarro, 2010). É a partir dos anos 80 do século XX que o conceito de qualidade de vida começa a ganhar importância no domínio da saúde e dos cuidados de saúde, aumentando a sua relevância no discurso, mas também na prática clínica (Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010).

Segundo Canavarro (2010), o conceito de qualidade de vida deve ser analisado numa perspetiva multidimensional devido ao seu poder heurístico (dado que tem suscitado um aumento exponencial do número de investigações na área) e ao seu valor pragmático sendo, portanto, abordado por várias disciplinas e aplicado inclusive à avaliação e intervenção clínica e para tomada de decisões políticas em saúde.

Deste modo, no conceito de qualidade de vida tem havido alguma confusão conceptual, pelo facto de este ser estudado em diferentes contextos ou disciplinas e

diferentes populações, utilizando-se para tal diferentes indicadores. Canavarro (2010) fez então uma abordagem histórica do conceito de qualidade de vida onde destacou duas perspectivas: a primeira é a eudemonista da felicidade humana de Aristóteles também designada por vida racional, e que pressupõe a excelência física e moral do homem. A segunda perspectiva é a do hedonismo e o epicurismo, conceção moderna de bem-estar, em que o conceito de felicidade se relaciona com a obtenção de um maior prazer ao invés do sofrimento e da dor nas várias facetas da vida do indivíduo.

No conceito de qualidade de vida estão presentes as dimensões subjetivas e objetivas, numa relação de complementaridade, na medida em que as dimensões subjetivas de bem estar-estar, felicidade e satisfação que integram este conceito devem estar associadas a elementos mais objetivos como uma nutrição adequada, um ambiente físico agradável e a longevidade do indivíduo (Philips, 2006, cit. por Canavarro, 2010).

### **2.1. Qualidade de vida e saúde mental na infeção por VIH/SIDA**

No presente estudo, em que se pretende abordar a questão referente à qualidade de vida dos indivíduos infetados por VIH/SIDA, submete-nos então refletir em torno da infeção por VIH/SIDA, que perdura há mais de três décadas e cujo número de casos tem vindo a aumentar, principalmente no continente africano, em geral e em Angola, em particular.

Segundo Canini, Reis, Pereira, Gir e Pelá (2004), o VIH é um vírus que provoca ao organismo humano danos progressivos devido a baixa dos níveis de linfócitos T CD4+ pelo que, quanto mais baixos estiverem, mais fragilizado se tornará o sistema imunológico. O indivíduo com a infeção por VIH pode conviver com o vírus sem, no entanto, manifestar a doença por pelo menos 10 anos. Porém, apesar do indivíduo neste período não apresentar nenhuma sintomatologia orgânica, pode manifestar dificuldades a nível psicossocial, sobretudo a partir do momento em que recebe o diagnóstico positivo (Canini et al., 2004). Um diagnóstico positivo para o VIH constitui assim como fator de risco para o indivíduo desenvolver um processo mórbido ou sofrer os seus efeitos (OMS, 1973), refletindo-se assim na sua saúde mental e na qualidade de vida. Com efeito, verificam-se então alterações na saúde mental dos indivíduos que podem ser evidenciadas com crises depressivas, níveis de *stress* elevado e ansiedade (Canini et al., 2004), favorecendo a evolução progressiva da doença, isolamento social por parte do indivíduo e da família, segredos familiares devido a estigmatização da doença, a não

adesão a terapêutica antiretroviral ou, em casos extremos, ao suicídio do próprio indivíduo infetado.

Nas famílias podem ocorrer dois tipos de crise: de desenvolvimento ou natural e acidentais (Alarcão, 2000; Cordeiro, 1994). De acordo com Minuchin, (1979, cit. por Alarcão 2000, p. 94), “a crise era simultaneamente, ocasião (de crescimento e evolução) e de risco (de impasse, de disfuncionamento)”. Já Cordeiro (1994, p. 26) refere que “as crises são momentos que provocam no indivíduo bem como na família ruturas bruscas na sua homeostase psíquica”. De acordo com Minuchin (1979, cit. por Alarcão, 2000, p. 91) existem quatro principais fontes de *stress* para a família: (i) O contacto de um membro com uma fonte de *stress* extrafamiliar (e.g., perder o emprego); (ii) Contacto de toda família com uma fonte de *stress* extrafamiliar (e.g., despejo da casa onde reside a família); (iii) *Stress* relativo aos períodos de transição do ciclo familiar (e.g., nascimento de uma criança); e (iv) *Stress* provocado por problemas particulares (e.g., um membro diagnosticado com uma doença crónica).

É da fonte de *stress* descrito no ponto quatro que se pretende focar neste estudo, na medida em que a infeção por VIH/SIDA é considerada uma doença crónica e nestas situações a família, bem como o indivíduo, deve reorganizar-se e alterar os seus padrões de relações para que haja transformações necessárias que possibilitem uma nova adaptação ou novo equilíbrio (Alarcão, 2000) e desta forma, que melhore a sua saúde mental e qualidade de vida.

A infeção pelo VIH/SIDA é considerada uma pandemia devido às várias formas de transmissão e pela complexidade e curso lento da própria doença (Reis, Lencastre, Guerra, & Remor, 2010). Apesar disso, é nos dias de hoje uma infeção controlável graças a terapia feita com os antiretrovirais que, quando cumprida, prolonga a vida e concorre para a qualidade de vida do indivíduo infetado. Segundo Margalho, Pereira, Quakinin e Canavarró (2011), a terapêutica antiretroviral tem como principal objetivo baixar os níveis da carga viral e aumentar o número de linfócitos T CD4+, elevando a imunidade do organismo contra as doenças oportunistas. Com efeito, com este tratamento diminui-se a taxa de morbilidade e mortalidade das pessoas infetadas por VIH, dando-lhes assim maior longevidade. Margalho e colaboradores (2011) advogam que a não adesão a terapêutica antiretroviral depende de diversos fatores, tais como um menor bem-estar emocional, uma comunicação deficitária médico-doente e efeitos secundários decorrentes da toma da medicação. Num estudo realizado por Farber,

Mirsalini, Willians e McDaniel (2003), citado por Margalho e colaboradores (2011), os autores verificaram que dos 203 participantes do estudo, 73% encontravam-se deprimidos e por esse motivo não aderiram precocemente à terapêutica antiretroviral, influenciando deste modo o curso e evolução da doença. A par do tratamento antiretroviral, o apoio social e, neste âmbito, principalmente o apoio familiar, é outro indicador que contribui para a manutenção da saúde (Giovelli, 2009; Remor, 2002, cit. por Reis et al., 2010).

## **2.2. Avaliação da qualidade de vida: Perspectiva da Organização Mundial da Saúde**

Sendo a infeção por VIH/SIDA considerada uma epidemia, torna-se imperioso avaliar a qualidade de vida das pessoas que vivem com este vírus. A OMS definiu a qualidade de vida como “a perceção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, cit. por Canavarro, Pereira, Simões, Pintassilgo, & Ferreira, 2008, p. 16). É, na verdade, uma definição complexa desenvolvida por um grupo formado pela OMS, mas que estabeleceu um certo consenso em torno do conceito de qualidade de vida que era utilizado para significar estado de saúde, bem-estar psicológico, felicidade com a vida, satisfação das necessidades e avaliação da própria vida (Santos, Júnior, & Lopes, 2007, p. 64).

De acordo com Bing e colaboradores (2000) e WHOQOL-HIV Group (2003), citados por Canavarro e colaboradores (2008, p. 16) “a avaliação da qualidade de vida é um aspeto fundamental na compreensão da forma como vive uma pessoa infetada pelo vírus de imunodeficiência humana”. Deste modo, no âmbito de um grupo criado pela OMS (conhecido como WHOQOL Group), desenvolveu um instrumento que avaliasse a qualidade de vida numa perspectiva transcultural e subjetiva e que fosse também aplicado no contexto clínico (Stenner, Cooper, & Skevington, 2003, cit. por Canavarro et al. 2008 p. 17), o *World Health Organization Quality of Life 100* (WHOQOL-100). Este instrumento tinha como principal objetivo avaliar a perceção que o respondente /paciente tem da sua vida em várias dimensões (Fleck. 2000).

O desenvolvimento deste instrumento pelo WHOQOL Group, teve um enfoque transcultural e para poder ser aplicado num contexto internacional, selecionaram-se alguns países com nível de desenvolvimento diferenciados como, por exemplo, Brasil, Zâmbia, Índia, Austrália, Zimbabué e Tailândia e que tivessem disponibilidade de

centros e instituições de saúde, que privilegiassem a família, a religião, bem como outras particularidades culturais (Fleck, 2000).

Resultou, portanto, do trabalho deste grupo, o WHOQOL-100 (e posteriormente a sua versão abreviada, o WHOQOL-Bref), uma medida genérica para a avaliação da qualidade de vida, que passamos de seguida a caracterizar com base na informação extraída do texto de Fleck (2000).

### 2.2.1. As medidas genéricas. WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref

O WHOQOL-100 é composto por 100 perguntas repartidas nos seis domínios que o instrumento comporta nomeadamente: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade. Os seis domínios do albergam um total de 24 facetas específicas, tal como se pode observar no Quadro 4. Para além das 24 facetas específicas é-lhe acrescida uma faceta geral, que comporta perguntas mais gerais referentes à qualidade de vida e perceção geral do estado de saúde.

**Quadro 4 – Domínios e facetas do WHOQOL-100**

<b>Domínios</b>	<b>Facetas</b>
<b>Domínio I: Físico</b>	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e descanso
<b>Domínio II: Psicológico</b>	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Autoestima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos
<b>Domínio III: Nível de independência</b>	9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
<b>Domínio IV: Relações sociais</b>	13. Relações pessoais 14. Suporte (apoio) social 15. Atividade sexual
<b>Domínio V: Meio ambiente</b>	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte
<b>Domínio VI: Espiritualidade</b>	24. Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais

Devido a extensão do WHOQOL-100, o grupo da OMS desenvolveu uma versão abreviada deste instrumento, que fosse mais fácil de preencher e menos dispendiosa, sobretudo quando aplicada em grandes estudos epidemiológicos em que a qualidade de vida não é uma variável central. Esta versão abreviada é conhecida como WHOQOL-Bref. O WHOQOL-Bref é composto por 26 perguntas, duas das quais abordam questões mais gerais de qualidade de vida e saúde, e as restantes 24 perguntas correspondem às 24 facetas específicas do modelo original. É diferente do WHOQOL-100 pelo facto de que cada faceta da versão abreviada possuir apenas uma pergunta e não quatro. Contudo, o instrumento preserva o seu carácter abrangente e transcultural já que os dados que serviram de base para o desenvolvimento do WHOQOL-Bref foram recolhidos em 20 centros de 18 países. A versão abreviada possui quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e 26 facetas conforme se pode observar no Quadro 5.

**Quadro 5 - Domínios e facetas do WHOQOL-Bref**

<b>Domínios</b>	<b>Facetas</b>
<b>I Domínio: Físico</b>	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
<b>II Domínio: Psicológico</b>	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Auto-estima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais
<b>III Domínio: Relações Sociais</b>	13. Relações pessoais 14. Suporte (apoio) social 15. Atividade sexual
<b>IV Domínio: Meio Ambiente</b>	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte

Na sequência dos instrumentos genéricos, a OMS propôs-se a desenvolver um instrumento para avaliar a qualidade de vida em outras populações. Pelo impacto que a infeção por VIH/SIDA causou em todo mundo, pela estigmatização da própria doença,

o impacto emocional que o diagnóstico positivo provoca no indivíduo e da influência destes aspetos na qualidade de vida do indivíduo, emergiu a necessidade de desenvolver o módulo VIH. Deste módulo resultou o instrumento WHOQOL-HIV: primeiro a forma mais longa, composta por 120 perguntas, e depois a forma abreviada, composta por 31 perguntas. Estes instrumentos encontram-se descritos em seguida.

### 2.2.2. O módulo VIH:WHOQOL-HIV e WHOQOL-HIV-Bref

O WHOQOL-HIV é o instrumento criado pelo WHOQOL-HIV Group, da OMS, para avaliar a qualidade de vida nos indivíduos com a infecção VIH. Este instrumento é composto por 120 perguntas, estando organizado em seis domínios e 29 facetas. Este instrumento comporta ainda duas perguntas relativas à avaliação global da qualidade de vida e percepção geral do estado de saúde (Canavarro et al., 2008, p. 17). O desenvolvimento do WHOQOL-HIV seguiu a mesma metodologia do modelo genérico.

**Quadro 6 - Domínios e facetas do WHOQOL-VIH**

<b>Domínios</b>	<b>Facetas</b>
<b>I Domínio: Físico</b>	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso <b>50. Sintomas dos PLWHA</b>
<b>II Domínio: Psicológico</b>	4. Sintomas positivos 5. Pensamentos, aprendizagens, memória e concentração 6. Auto-estima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos
<b>III Domínio: Nível de independência</b>	9. Mobilidade 10. Atividade da vida diária 11. Dependência de medicação ou de tratamentos 12. Capacidade de trabalho
<b>IV Domínio: Relações Sociais</b>	13. Relações pessoais 14. Apoio social 15. Atividade sexual <b>51. Inclusão social</b>
<b>V Domínio: Ambiente</b>	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte
<b>VI Domínio: Espiritualidade/Religiosidade/ Crenças pessoas</b>	24. Espiritualidade/religiosidade/crenças <b>52. Perdão e culpa</b> <b>53. Preocupações sobre o futuro</b> <b>54. Morte e morrer</b>

O WHOQOL-HIV possui cinco novas facetas adicionais, que correspondem a questões específicas das pessoas que vivem com infeção por VIH/SIDA: Domínio I: Sintomas dos PLWHA; Domínio IV: Inclusão Social; Domínio VI: Perdão e Culpa; Preocupações sobre o Futuro e Morte e morrer, e as 24 facetas restantes são as mesmas do instrumento genérico, conforme se pode observar no Quadro 6.

Por ser igualmente longo e por vezes percecionado como “cansativo” e moroso o preenchimento do WHOQOL-HIV, o grupo de investigadores da OMS desenvolveu a versão abreviada com 31 perguntas, duas mais gerais que se referem à qualidade de vida e a perceção geral do estado de saúde, e 29 referentes às facetas específicas da versão original, avaliadas apenas por uma pergunta. De forma semelhante à versão longa, a versão abreviada, o WHOQOL-HIV-Bref, encontra-se organizado nos seis domínios anteriormente referidos no Quadro 6.

## **2.2. A importância da comparação da qualidade de vida em culturas diferentes**

Atualmente, diversos países mostram-se cada vez mais interessados no estudo da qualidade de vida, na medida em que o termo está associado ao conceito de promoção da saúde. A qualidade de vida abrange significados que refletem conhecimentos, experiências e valores individuais que devem ser analisados tendo em conta o contexto histórico, classe social e cultura a que os indivíduos pertencem (Dantas, Sawada & Malerbo, 2003, p. 533).

A qualidade de vida é um constructo cuja definição não reúne consenso entre os investigadores de diferentes áreas do conhecimento pela subjetividade de alguns itens que compõem os seus indicadores (físico, psicológico, nível de independência, relações social, meio ambiente e espiritualidade). Tal como referenciado por Canavarro e colaboradores (2010), percebe-se o carácter subjetivo e multidimensional deste conceito na definição da OMS sobre qualidade de vida. Perante esta complexidade, são de grande importância os estudos comparativos entre culturas distintas, pois estes estudos permitem que meçamos os indicadores mais importantes da qualidade de vida nas diferentes culturas e, no contexto de uma doença, permitem ainda avaliar que áreas da vida do indivíduo são mais afetadas pela presença desta doença.

### **2.2.1. Comparação entre Portugal e Angola**

Na definição da qualidade de vida, em particular no contexto da infeção por VIH/SIDA, encontramos seis domínios (e 29 facetas específicas), descritos nos pontos

anteriores, que servem de base para mensurar a qualidade de vida de uma população e a partir deles comparar realidades diferentes.

É preciso frisar que a qualidade de vida é um constructo que se liga à promoção da saúde de uma população. Comparar culturas diferentes, como Portugal e Angola, em relação à qualidade de vida, só é possível por meio de instrumentos com carácter transcultural. O WHOQOL-HIV-Bref é um exemplo destes instrumentos que permite comparar a qualidade de vida de uma população geral ou grupos específicos, saudáveis ou portadores de uma condição crónica de saúde e que vivem em contextos sociais e culturas diferentes.

A comparação da qualidade de vida da população angolana e portuguesa vai possibilitar perceber quais as facetas da qualidade de vida dos indivíduos respondentes – especificamente a amostra selecionada para este estudo que são os indivíduos portadores da infeção VIH - são transversais a ambas as culturas e que facetas variam em função das realidades socioeconómicas e ambientais dos mesmos sujeitos. Esta comparação permitirá igualmente compreender melhor as necessidades destes sujeitos e, avaliar a transculturalidade do instrumento concebido pela OMS para mensurar a qualidade de vida. Será ainda possível examinar as semelhanças e diferenças em relação às áreas mais problemáticas para cada uma das populações.

### **3. Objetivos do estudo**

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar a qualidade de vida e saúde mental dos doentes infetados com o VIH/SIDA em Angola e Portugal. Em termos mais específicos, no presente estudo pretende-se: (1) comparar, nas amostras dos dois países, a qualidade de vida (através dos domínios e das facetas específicas do WHOQOL-HIV-Bref), e a sintomatologia psicopatológica; (2) analisar a associação entre as dimensões de sintomatologia psicopatológica e os domínios de qualidade de vida, separadamente para os dois países; e (3) analisar o contributo dos domínios de qualidade de vida para a explicação da qualidade de vida geral, separadamente para os dois países.

### **Método**

#### **Amostra**

A amostra do presente estudo foi composta por 200 doentes com diagnóstico de VIH de nacionalidade angolana e 269 doentes de nacionalidade portuguesa. As

características sociodemográficas e associadas à infeção VIH da amostra dos dois países encontram-se no Quadro 7. Globalmente, a amostra de Angola tem uma idade média de cerca de 35 anos, é composta maioritariamente por doentes do sexo feminino (57%), casados ou em união de facto (49.0%), com escolaridade ao nível do 2º e 3º ciclos do ensino básico (51%) e empregados (68%). No que respeita às características associadas à infeção, 90% dos respondentes referem terem contraído o vírus através de relações sexuais e, em termos gerais, os doentes estão assintomáticos e sintomáticos (36 e 35% respetivamente).

**Quadro 7- Características sociodemográficas e relativas à infeção por VIH da amostra**

	Angola <i>n</i> (%)	Portugal <i>n</i> (%)	$\chi^2$	V de Cramer
<b>Sexo</b>			38.26***	.29
Feminino	114 (57.0)	77 (28.6)		
Masculino	86 (43.0)	192 (71.2)		
<b>Estado civil</b>			27.17***	.24
Solteiro(a)	79 (39.5)	126 (46.8)		
Casado(a)/União de facto	98 (49.0)	85 (31.6)		
Separado(a)/Divorciado(a)	12 (6.0)	51 (19.0)		
Viúvo(a)	11 (5.5)	7 (2.6)		
<b>Habilitações literárias</b>			41.21***	.30
Sem escolaridade	11 (5.5)	9 (3.3)		
Até ao 1º ciclo do ensino básico	17 (8.5)	72 (26.8)		
2º e 3º ciclos do ensino básico	102 (51.0)	133 (49.4)		
Ensino secundário	58 (29.0)	31 (11.5)		
Estudos superiores	12 (6.0)	24 (8.9)		
<b>Situação profissional</b>			138.72***	.54
Empregado	136 (68.0)	131 (48.9)		
Desempregado	0 (0.0)	76 (28.4)		
Doméstica	42 (21.0)	15 (5.6)		
Reformado	1 (0.5)	44 (16.4)		
Estudante	21 (10.5)	2 (0.7)		
<b>Categoria de transmissão</b>			94.13***	.45
Relação sexual com homem	98 (49.0)	71 (26.4)		
Relação sexual com mulher	82 (41.0)	90 (33.5)		
Drogas injectáveis	0 (0.0)	92 (34.2)		
Contacto com sangue	5 (2.5)	5 (1.9)		
Outra	13 (6.5)	5 (1.9)		
Não sabe	2 (1.0)	6 (2.2)		
<b>Estado Serológico</b>			99.45***	.46
Assintomático	72(36.0)	175(65.1)		
Sintomático	70(35.0)	27(10.0)		
SIDA	17(.5)	59(21.9)		
Desconhecido	41(20.5)	8(3.0)		
<b>Contagem de linfócitos CD4+</b>			157.32***	.58
< 200 células/mm <sup>3</sup>	23 (11.5)	57 (21.2)		
Entre 201 e 499 células/mm <sup>3</sup>	71 (35.5)	122 (45.4)		
> 500 células/mm <sup>3</sup>	14 (7.0)	87 (32.3)		
Desconhecido	92 (46.0)	3 (1.1)		

	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>d de Cohen</i>
Idade	35.54 (10.42)	39.99 (8.99)	-4.96***	0.46
Duração diagnóstico	3.53 (2.83)	8.06 (5.26)	-11.029***	1.07

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Em relação a Portugal, a idade média dos participantes é aproximadamente de 40 anos. A amostra é composta globalmente por doentes do sexo masculino (71.2%), solteiros (46.8%), com o 2º e 3º ciclo do ensino básico (49.4%) e empregados (48.9%). Relativamente às características associadas à infeção por VIH, a maioria dos doentes estão assintomáticos (65.1%), referem infeção por via de relações sexuais (59.9%) e uso de drogas injetáveis (34.2%). A análise comparativa entre os dois países revelou a existência de diferenças significativas em todas as variáveis analisadas.

### Procedimentos

Dado que a recolha da amostra decorreu em dois países, segue-se uma descrição dos procedimentos gerais e específicos em cada país. Em termos gerais, tal como recomendado pela OMS (1988), a administração do protocolo foi feita de três formas: (1) auto-administrado – o entrevistado lê as instruções, as questões e as respectivas hipóteses de resposta, e responde assinalando a questão escolhida; (2) assistido pelo entrevistador – o entrevistador lê as instruções e explica o modo de preenchimento do questionário. Ao entrevistado cabe-lhe assinalar a resposta que mais lhe faz sentido; (3) administrado pelo entrevistador – o entrevistador lê as instruções e às questões com suas hipóteses, e de seguida assinala àquela respondida ou escolhida pelo entrevistado. Para além dos procedimentos de recolha, foram igualmente considerados todos os princípios éticos da investigação com seres humanos.

Em Angola, a amostra do presente estudo foi recolhida no hospital central do Lubango, com os pacientes das consultas externas, no consultório para atendimento dos doentes seropositivos para o VIH/SIDA, bem como numa organização de apoio psicossocial aos seropositivos que trabalha dentro do mesmo hospital. O processo da recolha da amostra teve início em Setembro de 2013 e termo em Maio de 2014. O pedido de colaboração aos sujeitos foi feito de forma escrita, como primeira folha do protocolo, onde estavam expressas de forma clara o objetivo do estudo, o carácter voluntário dos participantes ao estudo, a garantia da finalidade e utilização dos dados bem como a garantia do anonimato da identidade de cada participante, enfatizando desta

forma, o princípio da confidencialidade. Era função do entrevistador ler o pedido e de seguida, pedi-los para que assinassem o consentimento informado, escrevendo um nome que não fosse seu, ou colocassem uma assinatura, ou um número, ou ainda uma marca, caso não soubessem escrever.

Em Portugal, a recolha da amostra decorreu entre Setembro de 2007 e Julho de 2008, no âmbito de um projeto mais alargado sobre a qualidade de vida e saúde mental dos doentes infectados por VIH/SIDA. A recolha decorreu em diversos departamentos/serviços de doenças infecciosas dos principais hospitais de referência de Portugal, bem como em instituições não-governamentais de apoio a doentes com o VIH/SIDA. Os procedimentos gerais encontram-se descritos em outra publicação (Canavarro & Pereira, 2011). Em termos globais, para a recolha de dados foi feito previamente um pedido de colaboração voluntária no estudo; explicada a natureza e objetivos do estudo; garantida a confidencialidade e anonimato das respostas aos questionários; e assinado o termo de consentimento informado, previamente aprovado pelas Comissões de Ética de todas as instituições envolvidas.

### **Instrumentos**

O protocolo de avaliação do presente estudo foi composto por uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos e os instrumentos de auto-resposta *World Health Organization Quality of Life in HIV Infection*, versão abreviada (WHOQOL-HIV-Bref; O'Connell & Skevington, 2012; Versão Portuguesa: Canavarro & Pereira, 2011), o *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck Ward Mendelson Mock, & Erbaugh, 1961; Versão Portuguesa: Vaz Serra e Pio Abreu, 1973a; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973b) e o *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1993; Versão portuguesa: Canavarro, 2007), que descrevemos de seguida.

Para a recolha de dados sociodemográficos e clínicos dos indivíduos, utilizou-se uma ficha que permite buscar informações pessoais e clínicas. A ficha de dados pessoais incluía informações como idade, etnia, género, nível de escolaridade, estado civil e situação profissional. Os dados clínicos incluíam informações sobre o estado geral de saúde, presença de co-infecções, doenças anteriores e atuais, estado serológico, ano em que fez o teste positivo para o VIH, ano em que pensa ter sido infetado(a), categoria de transmissão, última contagem de linfócitos TCD4+ e carga viral e toma da medicação.

O estado geral de saúde foi avaliado através da pergunta: “Como está a sua saúde?”, e de acordo com uma escala de resposta variando entre muito má (1) até muito boa (5). Adicionalmente, foi ainda avaliada a intensidade da doença ou infecção na sua vida, numa escala de resposta de 1 a 10, em que 1 correspondia a nada incapacitante e 10 a muito incapacitante.

### **Qualidade de Vida**

O *World Health Organization Quality of Life in HIV Infection*, versão abreviada (WHOQOL-HIV-Bref; Versão Portuguesa [VP]: Canavarro & Pereira, 2011) é um instrumento que tem por objetivo avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com a infecção VIH. O WHOQOL-HIV-Bref é composto por 31 perguntas, duas mais gerais que se referem à qualidade de vida e a perceção geral do estado de saúde e 29 referentes às facetas específicas tal como explicado no ponto 2.2.2. As perguntas do WHOQOL-HIV-Bref foram formuladas para quatro escalas de resposta de tipo Likert de cinco pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) e foram enunciadas, quer de forma positiva quer de forma negativa. As 29 facetas específicas distribuem-se nos seis domínios anteriormente citados. Para saber até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas temos por exemplo duas das 31 questões que compõem o instrumento (Quadro 8).

**Quadro 8 – Exemplo de duas questões do WHOQOL-HIV-Bref**

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
14(F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
15(F7.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5

De forma geral, a interpretação do WHOQOL-HIV-Bref é feita de forma linear a partir dos resultados obtidos nos seis domínios. A resultados mais elevados corresponde uma melhor qualidade de vida. Seguindo as recomendações originais, os resultados dos seis domínios e da faceta geral foram transformados numa escala de 0 a 100. Dada a natureza multidimensional do conceito de qualidade de vida que se encontra subjacente ao instrumento, os resultados deverão ser sempre analisados em função das pontuações obtidas na faceta geral e domínios que compõem o WHOQOL-HIV-Bref, não existindo uma “pontuação total” do instrumento.

No presente estudo, os valores de consistência interna variaram entre .58 (Espiritualidade – Portugal) e .80 (Relações sociais – Portugal). Em termos gerais, todos os valores foram superiores a .70, com exceção dos domínios da Espiritualidade nos dois países e no domínio Ambiente, na amostra de Angola (alfa de Cronbach =.62) e no domínio Físico na amostra de Portugal (alfa de Cronbach = .66).

### **Depressão**

O *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck Ward Mendelson Mock, & Erbaugh, 1961; VP: Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a, 1973b) é um inventário de avaliação da depressão. O BDI é composto por 21 itens, que avaliam a forma como o indivíduo se sente em relação a determinados sintomas que caracterizam um quadro depressivo. Em termos estruturais, o BDI compõe-se por grupos de quatro, cinco ou seis afirmações ordenadas de acordo a gravidade crescente do sintoma com que se relacionam. Para responder às afirmações, o indivíduo deve pensar em como se sente no momento atual e escolher em cada grupo uma única afirmação. Estas afirmações, avaliam o grau de gravidade dos sintomas que ordenam-se do seguinte modo: inexistente, leve, moderado e grave. A partir da pontuação obtida pelo sujeito no BDI, avalia-se também o grau da depressão pelo que, quanto mais elevado for, mais grave é o quadro depressivo do indivíduo. Os dados obtidos do preenchimento do BDI permitem, então, discriminar os indivíduos deprimidos de uma população. No presente estudo, os valores do alfa de Cronbach foram de .86 (Angola) e .93 (Portugal).

### **Sintomatologia psicopatológica**

O *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1993; VP: Canavarro, 2007) é um inventário de auto-resposta constituído por 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala com cinco possibilidades de resposta, cotado desde “Nunca” (0) a “Muitíssimas Vezes” (4). O BDI avalia a presença de sintomatologia psicopatológica em nove dimensões básicas de psicopatologia nomeadamente: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo e três índices globais (o Índice Geral de Sintomas (IGS), o Índice de Sintomas Positivos (ISP) e o Total de Sintomas Positivos (TSP). No presente estudo,

pela sua relevância no contexto da infeção por VIH/SIDA, apenas foram utilizadas as dimensões somatização, depressão e ansiedade. Na amostra do presente estudo, os valores de consistência interna variam entre .70 (Ansiedade – Angola ) e .88 (Depressão – Portugal).

### **Análise estatísticas**

O tratamento estatístico e análise de dados foram realizados, recorrendo à versão 20.0 do programa estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Para a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, recorreu-se à estatística descritiva (frequências, médias e desvio-padrão). Recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado para comparação de dados categoriais e a teste *t* de Student para comparação dos grupos nas variáveis contínuas. Para avaliar as diferenças nos domínios e facetas de qualidade de vida e na sintomatologia psicopatológica nas duas amostras, recorreremos à análise multivariada da covariância (MANCOVA), controlando os efeitos das variáveis sociodemográficas e clínicas. Análises univariadas subsequentes foram realizadas para identificar a fonte dos efeitos multivariados. Por fim, a análise da Regressão Linear Múltipla (método enter) permitiu analisar que domínios contribuíam significativamente para a faceta geral de qualidade de vida.

Um nível de significação de  $p < .05$  foi considerado como indicador de resultados estatisticamente significativos. A magnitude dos efeitos foi analisada através do *d* de Cohen (variáveis contínuas) e o *V* de Cramer (variáveis categoriais), de acordo com as seguintes convenções: efeito pequeno: *d* de Cohen  $\geq 0.20$ , *V* de Cramer  $\geq .01$ ; efeito médio: *d* de Cohen  $\geq 0.50$ , *V* de Cramer  $\geq .03$ ; efeito grande: *d* de Cohen  $\geq 0.80$ , *V* de Cramer  $\geq .05$  (Cohen, 1992).

## **Resultados**

### **Comparação do estado de saúde em Angola e Portugal**

No Quadro 9 encontra-se a comparação das amostras dos dois países em termos da perceção do estado de saúde. Os resultados mostraram que a diferença entre os dois países não foi estatisticamente significativa.

**Quadro 9 - Comparação dos resultados em Angola e Portugal em relação à percepção do estado de saúde**

	Angola	Portugal	$\chi^2$	V de Cramer
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
<i>Percepção do estado de saúde</i>			9.20	.14
Muito má	3 (1.5)	14 (5.2)		
Má	20 (10.0)	31 (11.5)		
Nem boa nem má	97 (48.5)	107 (39.8)		
Boa	77 (38.5)	106 (39.4)		
Muito boa	3 (1.5)	11(4.1)		

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### Comparação da qualidade de vida em Angola e Portugal

A comparação relativamente aos seis domínios de qualidade de vida encontra-se no Quadro 10. Os resultados mostraram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a amostra angolana e portuguesa em cinco domínios de qualidade de vida, nomeadamente: Físico ( $p < .001$ ), Nível de independência ( $p < .001$ ), Relações sociais ( $p < .01$ ), Ambiente ( $p < .05$ ) e Espiritualidade ( $p < .001$ ). A análise dos valores médios aponta no sentido da amostra portuguesa apresentar resultados superiores aos da angolana nos quatro primeiros domínios. Em relação ao domínio da Espiritualidade é a amostra angolana que apresenta uma média superior. No domínio Psicológico e na Faceta Geral, as diferenças obtidas não alcançaram o limiar de significação estatística.

**Quadro 10 – Comparação dos resultados nos diferentes domínios e faceta geral em relação à percepção geral de saúde.**

Domínio	Angola	Portugal	<i>F</i>	$\eta_p^2$
	<i>M</i> ( <i>EP</i> )	<i>M</i> ( <i>EP</i> )		
Físico	57.86 (1.46)	66.53 (1.24)	17.31***	.037
Psicológico	65.46 (1.33)	60.59 (1.12)	6.69	.114
Nível de Independência	51.26 (1.50)	67.54 (1.26)	58.58***	.014
Relações Sociais	56.48 (1.45)	62.19 (1.22)	7.69**	.017
Ambiente	53.87 (1.05)	57.74 (0.88)	6.73*	.015
Espiritualidade	70.39 (1.70)	61.56 (1.43)	13.36***	.028
QdV geral	53.66 (1.48)	54.33 (1.25)	0.10	.000

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### Comparação das 29 facetas específicas de qualidade de vida

A análise comparativa das 29 facetas específicas de qualidade de vida encontra-se no Quadro 11.

**Quadro 11 – Comparação dos resultados nas 29 facetas específicas de qualidade de vida**

	Angola	Portugal	F	$\eta_p^2$
	M (EP)	M (EP)		
<b>Físico</b>				
Dor e desconforto	3.40 (.083)	4.09 (.070)	34.44***	.070
Energia e fadiga	3.22 (.072)	3.40 (.061)	3.25	.007
Sono e repouso	3.35 (.089)	3.22 (.075)	1.10	.002
Sintomas dos PLWHA	3.29 (.090)	3.93 (.076)	25.10***	.052
<b>Psicológico</b>				
Sintomas positivos	4.15 (.072)	3.79 (.061)	13.29***	.028
Pensamentos, aprendizagens, memória e concentração	3.48 (.072)	3.30 (.060)	3.13	.007
Auto-estima	3.68 (.077)	3.49 (.065)	2.97	.006
Imagem corporal e aparência	3.61 (.082)	3.62 (.069)	0.01	.000
Sentimentos negativos	3.16 (.077)	2.91 (.065)	5.10*	.011
<b>Nível de independência</b>				
Mobilidade	3.63 (.076)	3.91 (.064)	6.80**	.015
Atividade da vida diária	3.24 (.075)	3.60 (.063)	10.96**	.023
Dependência de medicação ou tratamentos	2.16 (.091)	3.92 (.077)	184.19***	.287
Capacidade de trabalho	3.17 (.075)	3.38 (.063)	3.93*	.009
<b>Relações sociais</b>				
Relações pessoais	3.44 (.075)	3.55 (.064)	1.08	.002
Apoio social	3.11 (.078)	3.58 (.066)	17.83***	.038
Atividade sexual	2.99 (.077)	3.08 (.065)	0.71	.002
Inclusão social	3.50 (.072)	3.74 (.061)	5.51*	.012
<b>Ambiente</b>				
Segurança física e proteção	3.33 (.075)	3.22 (.063)	1.00	.002
Ambiente no lar	3.09 (.079)	3.61 (.067)	21.59***	.045
Recursos financeiros	2.38 (.071)	2.53 (.060)	2.26	.005
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	4.06 (.067)	3.76 (.056)	10.48**	.022
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	3.03 (.070)	3.38 (.059)	12.04**	.026
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	2.88 (.083)	2.94 (.070)	0.31	.001
Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)	3.29 (.070)	3.39 (.059)	0.99	.002
Transporte	3.19 (.072)	3.65 (.061)	20.79***	.044
<b>Espiritualidade</b>				
Espiritualidade/religiosidade/crenças	3.88 (.083)	3.56 (.070)	7.46**	.016
Perdão e culpa	3.99 (.100)	3.71 (.085)	3.78	.008
Preocupações sobre o futuro	3.59 (.107)	3.13 (.091)	9.41**	.020
Morte e morrer	3.80 (.110)	3.46 (.093)	4.87*	.011

\*  $P < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Os resultados mostram que existem diferenças significativas em 17 facetas. Destas, a amostra angolana apresenta valores mais elevados nas facetas Sintomas positivos e Sentimentos negativos (Domínio psicológico); Cuidados de saúde e sociais (Domínio Ambiente), bem como nas facetas Espiritualidade/religiosidade/ crenças, Preocupações sobre o futuro e Morte e morrer (Domínio Espiritualidade). Para Portugal, encontram-se resultados significativamente mais elevados nas facetas Dor e desconforto e Sintomas dos PLWHA (Domínio Físico); em todas as facetas do Domínio Independência; nas facetas Apoio social e Inclusão social (Domínio Relações Sociais), assim como nas facetas Ambiente e lar, Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades e transporte (Domínio Ambiente).

### Comparação da Saúde mental em Angola e Portugal

A análise comparativa da sintomatologia psicopatológica encontra-se no Quadro 12. Pode-se aferir dos resultados diferenças significativas em duas dimensões do *Brief Symptom Inventory* (somatização e depressão) e no resultado total de Depressão. Os resultados apontam para maior sintomatologia na amostra de doentes de Portugal.

**Quadro 12 – Comparação dos resultados de sintomatologia psicopatológica e depressão.**

Domínio	Angola	Portugal	F	$\eta_p^2$
	M (EP)	M (EP)		
Sintomatologia psicopatológica				
Somatização	0.58 (0.05)	0.85 (0.04)	13.70***	.029
Depressão	0.49 (0.05)	0.94 (0.05)	34.85***	.071
Ansiedade	1.02 (0.07)	1.08 (0.06)	0.46	.001
Depressão - BDI	17.75 (.87)	13.79 (.73)	10.36***	.022

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### Associação entre saúde mental e qualidade de vida: Angola

No que respeita à associação entre os indicadores de saúde mental e qualidade de vida, as correlações encontradas para a amostra de Angola foram todas significativas. Em termos gerais, os domínios de qualidade de vida correlacionaram-se positivamente entre si, enquanto as dimensões de sintomatologia psicopatológica se associaram negativamente aos domínios e faceta geral indicando que quanto maior a sintomatologia psicopatológica menor é a perceção da qualidade de vida. Os resultados encontram-se expressos no Quadro 13.

**Quadro 13 – Coeficientes de correlação entre os diferentes domínios e faceta geral, e correlações entre os domínios e o resultado total do BDI e as dimensões de sintomatologia psicopatológica do BSI (Angola).**

Domínio	D1	D2	D3	D4	D5	D6
D1 (Físico)	-					
D2 (Psicológico)	.515***	-				
D3 (Nível de Independência)	.688***	.617***	-			
D4 (Relações Sociais)	.413***	.561***	.564***	-		
D5 (Ambiente)	.391***	.336***	.428***	.508***	-	
D6 (Espiritualidade)	.325***	.440***	.272***	.306***	.250***	-
Faceta geral	.596***	.602***	.579***	.466***	.394***	.426***
Somatização – BSI	-.450***	-.325***	-.443***	-.286***	-.153*	-.225**
Ansiedade – BSI	-.463***	-.550***	-.405***	-.377***	-.270***	-.515***
Depressão – BSI	-.257***	-.234**	-.170*	-.141*	-.128*	-.290***
BDI	-.503***	-.531***	-.479***	-.406***	-.289***	-.496***

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

#### **Associação entre saúde mental e qualidade de vida: Portugal**

No Quadro 14 estão apresentadas as correlações entre os domínios de saúde mental e as dimensões de qualidade de vida na amostra Portuguesa. Verifica-se que todos os indicadores se correlacionam de forma estatisticamente significativa. Entre os domínios e a faceta geral da qualidade de vida existe uma correlação positiva; quanto aos mesmos indicadores, todos se encontram negativa e significativamente associados aos indicadores da sintomatologia psicopatológica.

**Quadro 14 - Coeficientes de correlação ente os diferentes domínios e faceta geral, e correlações entre os domínios e o resultado total do BDI e as dimensões de sintomatologia psicopatológica do BSI (Portugal)**

Domínio	D1	D2	D3	D4	D5	D6
D1 (Físico)	-					
D2 (Psicológico)	.623***	-				
D3 (Nível de Independência)	.712***	.620***	-			
D4 (Relações Sociais)	.523***	.698***	.624***	-		
D5 (Ambiente)	.527***	.677***	.641***	.711***	-	
D6 (Espiritualidade)	.331***	.480***	.325***	.460***	.374***	-
Faceta geral	.553***	.623***	.593***	.500***	.597***	.303***
Somatização – BSI	-.513***	-.479***	-.444***	-.392***	-.455***	-.255***
Ansiedade – BSI	-.464***	-.704***	-.459***	-.564***	-.508***	-.483***
Depressão – BSI	-.447***	-.566***	-.492***	-.509***	-.445***	-.395***
BDI	-.510***	-.636***	-.508***	-.536***	-.530***	-.421***

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### Contributo dos domínios de qualidade de vida para a qualidade de vida geral: Angola

Através do teste de regressão, denotamos que o modelo total explica 51% da variância total. Podemos verificar que os domínios Físico ( $\beta = .27$ ), Psicológico ( $\beta = .26$ ) e Espiritualidade ( $\beta = .15$ ) são os que apresentam um contributo mais forte na predição da qualidade de vida geral para a amostra de Angola.

**Quadro 15 – Contributo dos seis domínios de qualidade de vida para a qualidade de vida geral (Angola)**

Domínio	$\beta$	$t$	$F$	$R^2$
			33.89***	.51
Físico	.27	3.79***		
Psicológico	.26	3.67***		
Nível de Independência	.13	1.58		
Relações Sociais	.04	.64		
Ambiente	.08	1.39		
Espiritualidade	.15	2.69**		

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

### Contributo dos domínios de qualidade de vida para a qualidade de vida geral: Portugal

No que diz respeito à amostra Portuguesa, os domínios Psicológico ( $\beta = .31$ ), Ambiente ( $\beta = .26$ ), Nível de independência ( $\beta = .20$ ) e Físico ( $\beta = .13$ ) são os que contribuem de forma significativa para a qualidade de vida geral, explicando 49% da variância total.

**Quadro 16 – Contributo dos seis domínios de qualidade de vida para a qualidade de vida geral (Portugal)**

Domínio	$\beta$	$t$	$F$	$R^2$
			42.06***	.49
Físico	.13	1.99*		
Psicológico	.31	4.24***		
Nível de Independência	.20	2.79**		
Relações Sociais	-.09	-1.21		
Ambiente	.26	3.66***		
Espiritualidade	-.01	-.19		

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

## Discussão

Os estudos comparativos sobre a qualidade de vida entre países são de grande importância, pois permitem compreender as semelhanças e diferenças existentes na

população dos respectivos países, tendo sempre em atenção o contexto histórico, classe social e cultura a que os indivíduos pertencem (Dantas et al., 2003). Num contexto de doença, em particular a infeção por VIH, estes estudos permitem também avaliar de forma concreta que domínios e facetas da vida dos indivíduos são mais afetadas pela presença da doença, auxiliando, deste modo, os países na adoção de medidas que visem reduzir a propagação da doença. De forma geral, o presente estudo teve por objetivo avaliar a qualidade de vida e saúde mental dos doentes infetados com o VIH/SIDA em Angola e Portugal. Em termos mais específicos, no estudo pretendeu-se: (1) comparar, nas amostras dos dois países, a qualidade de vida (através dos domínios e das facetas específicas do WHOQOL-HIV-Bref) e a presença de sintomatologia psicopatológica; (2) analisar a associação entre as dimensões de sintomatologia psicopatológica e os domínios de qualidade de vida, separadamente para os dois países; e (3) analisar o contributo dos domínios de qualidade de vida para a explicação da qualidade de vida geral, separadamente para os dois países.

No que concerne ao primeiro objetivo do presente estudo, na comparação entre as amostras Angolana ( $N = 200$ ) e Portuguesa ( $N = 260$ ), observaram-se diferenças estatisticamente significativas em cinco dos seis domínios e em 17 das 29 facetas específicas. Especificamente, a amostra portuguesa apresentou resultados superiores em quatro domínios, nomeadamente: Físico, Nível de independência, Relações sociais e Ambiente e em 11 facetas específicas (maioritariamente facetas relativas aos domínios referidos). As diferenças nestas dimensões podem estar relacionadas segundo Philips (2006, cit. por Canavarro, 2010) com fatores mais objetivos, como uma nutrição adequada e um ambiente físico agradável, mas também por fatores subjetivos de bem-estar, felicidade e satisfação e a longevidade do indivíduo. Estes dados são reforçados pelos referidos no relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013) referente ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) respeitante ao ano de 2012, no qual Portugal se encontra na categoria dos países considerados de desenvolvimento muito elevado, ocupando o 43º lugar no *ranking* mundial, ao passo que Angola pertence ao grupo dos países com baixo desenvolvimento humano, surgindo no 148º lugar num, total de 187 países.

Os resultados mostram ainda uma média significativamente mais elevada para a amostra angolana ao nível do domínio da Espiritualidade, em duas facetas do domínio Psicológico (Sentimentos positivos e sentimentos negativos) e três das quatro facetas do

domínio da Espiritualidade (Espiritualidade, Preocupações com o futuro e Morte e morrer). Os resultados estatisticamente significativos na faceta sentimentos positivos, medidos pela questão “Até que ponto gosta da vida”, podem ser analisados do ponto de vista referente ao fator subjetivo relativo à felicidade que se tem. Por exemplo, Angola é considerado, entre os países de África, um dos países onde as pessoas são mais felizes (Helliwell, Layard, & Sachs, 2013). Ainda segundo o mesmo relatório, assinala-se que Portugal ocupa o lugar número 85 (em 156 países), ao passo que Angola ocupa o lugar número 61, aspecto que pode também ajudar a compreender estes resultados.

No que respeita aos resultados no domínio da Espiritualidade, na origem desta significância estatística, poderá estar a influência de aspetos culturais que integram as crenças sobre a doença, a forma de contágio e poder divino à cura (nomeadamente das perguntas sobre o receio do futuro e as preocupações com a morte), podendo constituir num ponto decisivo à aceitação da doença e pelo facto de acreditarem num tratamento que possa ser eficaz e que resultará na cura da infeção VIH/SIDA, tanto pela medicina convencional como pela tradicional. Tudo isso, apesar de ser relevante na qualidade de vida das pessoas portadoras do VIH da amostra angolana, poderá igualmente se apresentar como um comportamento de risco para a adesão a um tratamento clínico e sistemático dos pacientes. Com efeito, devido à possível influência dos fatores referidos acima, os doentes podem ignorar os sinais e sintomas da doença, agravando em grande medida o seu estado de saúde, o que culminará numa maior dependência de tratamento e de medicação. Tal facto pode ser observado mediante os valores médios do domínio Nível de independência, que foram significativamente mais baixos, comparativamente aos de Portugal, e em particular na faceta *Dependência de medicação ou tratamentos*, que foi a faceta em que a diferença entre os dois países foi de maior magnitude. De realçar que, em termos globais, no domínio psicológico e da Faceta geral da qualidade de vida não se verificaram diferenças significativas entre as duas amostras.

Relativamente ao segundo objetivo, os resultados apontam para presença de maior sintomatologia psicopatológica na amostra de Portugal (Somatização  $M = 0.85$ ; Depressão  $M = 0.95$ ) comparativamente à amostra de Angola (Somatização  $M = 0.58$ ; Depressão  $M = 0.49$ ). Estes resultados são consistentes com os referidos anteriormente, nomeadamente no que respeita à menor qualidade de vida no domínio Psicológico da amostra de Portugal.

No que respeita à associação entre sintomatologia psicopatológica e a qualidade de vida, para a amostra Angolana, verificou-se uma associação negativa e estatisticamente significativa entre as dimensões da sintomatologia psicopatológica e todos os domínios e Faceta geral da qualidade de vida. Para a amostra Portuguesa, os resultados obtidos foram também de uma associação negativa e significativa entre as dimensões de sintomatologia psicopatológica e a qualidade de vida. Como se pode notar, existe o mesmo padrão de associação nos dois países, isto é, quanto maior a sintomatologia psicopatológica menor é a perceção da qualidade de vida. Estes dados estão de acordo com a associação entre a sintomatologia psicopatológica e as diferentes dimensões de qualidade de vida, que tem sido demonstrada na literatura sobre o VIH e suportam a evidência de que o estado emocional poderá ter um papel preponderante na qualidade de vida (Heinonen, Aro, Aalto, & Uutela, 2004, cit. por Canavarró & Pereira, 2011). Tal como também evidenciado no relatório sobre felicidade (Helliwell, Layard, & Sachs, 2013), todos os países devem salientar a saúde mental como fator prioritário a ter em conta nas suas políticas em várias áreas, na medida em que as pessoas podem estar infelizes por razões que vão desde ao desemprego, pobreza, crises familiares e doenças. Deste modo, é tão importante considerar os fatores clínicos característicos da própria doença, como aos fatores psicológicos, principalmente quando estas são de natureza crónica.

Finalmente, no que se prende com o contributo dos diferentes domínios para a qualidade de vida geral, podemos aferir das análises feitas na amostra de Angola que os domínios que contribuem significativamente para a qualidade de vida dos doentes com o VIH são os domínios Físico, Psicológico e Espiritualidade. Já para a amostra de Portugal, os domínios que mais contribuem são o Psicológico, Ambiente, Nível de Independência e Físico. De assinalar que tanto para a amostra de Angola quanto para a de Portugal, os domínios que mais contribuem para a qualidade de vida geral são o Físico e o Psicológico. De forma distinta, o domínio da Espiritualidade assume maior importância para Angola pelas razões já descritas anteriormente. Já em relação a Portugal, podemos observar que o domínio Ambiente é particularmente relevante. Uma possível interpretação deste resultado pode ser o contexto atual em que Portugal se encontra, nomeadamente de crise económica, em que as dimensões deste domínio (por exemplo, recursos económicos, acesso a cuidados de saúde e de apoio social) são tidos como muito importantes para a qualidade de vida dos doentes com VIH.

### **Limitações, contributo e implicações do estudo**

No presente estudo devem ser identificadas algumas limitações importantes a ter em conta. Em primeiro lugar, as limitações impostas pela amostragem por conveniência e o desenho transversal devem ser consideradas na generalização dos resultados. Em segundo lugar, embora as amostras dos dois países tenham uma dimensão razoável, não podemos garantir que estas reflitam de forma precisa as características das pessoas notificadas com infecção por VIH nos dois países, limitando também a generalização dos resultados. Outra limitação diz respeito à recolha dos dados, onde se denotou a amostra de Angola uma reduzida informação sobre os dados clínicos dos doentes, especificamente o nível linfócitos CD4+ onde 93 respondentes desconheciam ou não percebiam o seu significado. Chamamos a atenção para que em estudos futuros se tenha em atenção este aspeto.

Um dos principais aspetos que se destaca neste estudo é o facto de este constituir o primeiro estudo que compara a qualidade de vida no contexto da infeção por VIH entre países, pelo que se destaca como um ponto forte, mas simultaneamente num ponto fraco deste estudo na medida em que, a nível da literatura científica não se encontrou referências bibliográficas nem dados que pudessem servir de referencial, o que se pode perceber no ponto da discussão do estudo. No entanto, com o presente estudo, pensamos ter acrescentado informações ao conhecimento científico referente a comparação da qualidade de vida numa vertente transcultural de forma geral, e no âmbito de uma doença, em particular. Como referido anteriormente, a qualidade de vida é um constructo que se liga à promoção da saúde de uma população. Comparar a qualidade de vida de duas ou mais populações de países com realidades diferentes só é possível com instrumentos de cariz transcultural. Para este estudo, a mensuração da qualidade de vida das amostras Angolana e Portuguesa foi possível com a utilização do WHOQOL-HIV-Bref, um instrumento desenvolvido pela OMS para avaliar especificamente a qualidade de vida de pessoas que vivem com o VIH. Deste modo, a comparação da qualidade de vida com recurso a um instrumento desenvolvido transculturalmente é também um ponto forte deste estudo.

A nível da prática clínica, sendo a SIDA uma doença crónica, é necessário que se proporcione aos doentes um período longo sem sintomas da doença, diminuindo assim a frequência nas unidades de saúde e proporcionando desta forma a qualidade de vida do doente e das famílias. Para isso, é necessário que se faça uma avaliação da

qualidade de vida deste grupo específico (para avaliar de forma mais completa o impacto não médico desta doença), que servirá de parâmetro para definir quais aspetos da qualidade de vida são mais afetados pela doença. O foco das intervenções deverá ter em atenção os domínios e facetas do doente mais afetados mediante terapias, trabalho com o subsistema familiar e com a comunidade através de ações de sensibilizações e pela criação de grupos psicoeducativos. É importante que estas intervenções sejam adaptadas ao contexto socioeconómico e clínico do doente.

### **Conclusão**

Estudar e avaliar a qualidade de vida não tem sido uma tarefa fácil devido às várias definições vindas de diferentes áreas do saber científico, e também por força da subjetividade do próprio conceito. Contudo, a definição adotada pela OMS parece reunir consenso por considerar não só a subjectividade deste conceito, mas também a sua natureza multidimensional e dinâmica ao longo do tempo (Canavarro et al., 2010). O presente estudo constitui-se como a primeira investigação com o objetivo principal de comparar a qualidade de vida e saúde mental doentes com infeção VIH/SIDA de dois países, Angola e Portugal, dois países de continentes diferenciados (Europa e África), com níveis socioeconómicos igualmente diferenciados, e afastados em 105 lugares, relativamente ao *ranking* do índice de desenvolvimento humano (IDH) de 2013, sendo o primeiro considerado um país de baixo desenvolvimento humano e o segundo país de desenvolvimento muito elevado. Apesar dos resultados obtidos no presente estudo não permitirem a sua generalização para a população geral dos dois países, sobretudo devido ao desenho do próprio estudo e do tamanho da amostra, ficam os primeiros pressupostos para futuros estudos, que deverão suprir as limitações anteriormente indicadas deste estudo.

Categorizado como uma crise, é perceptível o impacto que causa um diagnóstico positivo de infeção por VIH/SIDA, causando desequilíbrios na homeostase familiar que, de acordo com Alarcão (2000), poderá resultar numa ocasião de crescimento e evolução familiar que, por sua vez, poderá contribuir tanto para uma maior proximidade e união entre os membros do sistema familiar e da comunidade em que o indivíduo e família estão inseridos, como poderá facilitar de forma direta a aceitação da doença e consequentemente promover uma maior qualidade de vida e saúde mental dos doentes; no sentido inverso, um diagnóstico positivo de infeção por VIH poderá resultar num

impasse e disfuncionamento familiar e, deste modo, contribuir para o enfraquecimento das relações e isolamento social, sobretudo devido a estigmatização sofrida tanto pelo doente como pela própria família. Por estes motivos, salienta-se a grande necessidade de estudar a qualidade de vida e saúde mental na infeção por VIH, especificamente devido o seu impacto em diferentes domínios da vida dos doentes, tal como verificado no presente estudo. No ponto de vista das implicações clínicas, estudos desta natureza são fundamentais, no sentido de permitir um atendimento mais humanizado e para que se tenham em consideração os aspetos subjetivos e objetivos da doença e, essencialmente, as áreas de vida mais afetadas e que requerem maior atenção dos profissionais de saúde.

## Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios Familiares. Uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coord.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa, vol. III* (pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-22). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2011). Avaliação da qualidade de vida na infeção por VIH/SIDA: Desenvolvimento e aplicação da versão em Português Europeu do WHOQOL-HIV-Bref. *Laboratório de Psicologia, 3*, 243-268.
- Canavarro, M., C., Pereira, M., Moreira, H. & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces, 3*, 243-268.
- Canavarro, M., C., Pereira, M., Simões, M., Pintassilgo, A., L. & Ferreira, A., P. (2008). Estudo psicométrico do instrumento de avaliação da qualidade de vida na infeção VIH da Organização Mundial da Saúde (*WHOQOL-HIV*). *Psicologia, Saúde & Doenças, 9*(1), 15-28.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M., & Pintassilgo, A. L. (2006). *Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infeção VIH da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para portugueses de Portugal: Apresentação de um projeto*. VI HIV/AIDS Virtual Congress: “Prevenção da SIDA: Um desafio que não pode ser perdido” (pp. 35-44). SIDAnet: Associação Lusófona.
- Canini, S. R. M., Reis, R. B. R., Pereira, L. A., Gir, E., & Pelá, N. T. R. (2004). Qualidade de vida de indivíduos com HIV/SIDA: Uma revisão de literatura. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 12*(6), 940-945.

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cordeiro, J. D. (1994). *A saúde mental e a vida. Pessoas e populações em risco psiquiátrico*. Lisboa: Salamandra Editora.
- Dantas, R. A., Okino, S. N., & Malerbo, M. (2003). Pesquisas sobre qualidade de vida: Revisão da produção científica das unidades públicas do estado de São Paulo. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(4), 532-538.
- Departamento de Doenças Infecciosas. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica (2013). *Infecção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2012*. Lisboa: DDI-URVE. Retirado de <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1622>
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: Natural Computers System.
- Fleck, M. P. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2013) (Eds.). *World happiness report 2013*. New York: Earth Institute.
- Instituto nacional de luta contra o SIDA. (2012). *Relatório sobre o Progresso do País para dar Seguimento aos Compromissos da Sessão Especial sobre VIH e SIDA da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS), período 2010-2011*. Angola: INLS.
- Margalho, R., Pereira, M., Quakini, S., & Canavarro, M. C. (2011). Adesão à HAART, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica em doentes infectados por VIH. *Acta Medica Portuguesa*, 24 (S2), 539-548.
- O'Connell, K., & Skevington, S. (2012). An international quality of life instrument to assess wellbeing in adults who are HIV-positive: A short form of the WHOQOL-HIV (31 items). *AIDS and Behavior*, 16, 452-460.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J. P. Cruz, S. N. de Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso.
- Pinto, A. M., & Silva, A. L. (2005) (Eds.). *Stress e bem-estar. Modelos e domínios de aplicação*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2013). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2013*. New York, NY: PNUD.
- Reis, A. C., Lencastre, L., Guerra, M. P., & Remor, E. (2010). Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 420-429.
- Santos, E. C. M., Júnior, I. F., & Lopes, F. (2007). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 4(Supl. 2), 64-71.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck”. *Coimbra Médica*, XX, 713-736.



# ANEXOS

## Anexo 1

Casos de infecção VIH (1983-2012): distribuição por ano de diagnóstico e de notificação.

Ano	Casos por ano de Diagnóstico	Casos por ano de Notificação
1983	3	0
1984	6	0
1985	42	21
1986	78	40
1987	157	63
1988	260	157
1989	372	242
1990	523	374
1991	661	428
1992	942	599
1993	1 046	704
1994	1 312	986
1995	1 648	1 138
1996	2 128	1 314
1997	2 438	1 541
1998	2 647	1 752
1999	2 789	2 376
2000	2 795	3 674
2001	2 475	2 305
2002	2 393	2 462
2003	2 220	2 188
2004	2 147	2 585
2005	1 997	2 585
2006	2 046	2 142
2007	1 983	2 634
2008	1 983	2 287
2009	1 787	2 220
2010	1 605	2 316
2011	1 321	1 822
2012	776	1 625
Não referido	0	0
<b>Total</b>	<b>42 580</b>	<b>42 580</b>

## Anexo 2

Distribuição por províncias e sexo dos testes realizados e positivos em adultos. Angola 2010-2011

Províncias	2010				2011				Total		%
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		T	+	
	T	+	T	+	T	+	T	+			
Bengo	2656	184	2295	129	4463	335	4039	219	13453	867	6.4
Benguela	4330	440	3581	205	12292	1072	15613	627	35816	2344	6.5
Bié	1609	68	1369	46	3622	114	4124	78	10724	306	2.9
Cabinda	10999	529	11636	384	16110	613	14639	595	53384	2121	4.0
Cunene	8527	811	4218	569	8389	915	4644	547	25778	2842	11.0
Huambo	7091	341	4605	251	12481	461	9277	319	33454	1372	4.1
Huíla	6753	601	6377	283	3585	391	4836	227	21551	1502	7.0
Kuando Kubango	1008	141	754	77	1205	189	943	72	3910	479	12.3
Kuanza Norte	2851	193	2888	107	3303	133	2865	71	11907	504	4.2
Kwanza Sul	3249	221	5342	106	3730	222	5192	105	17513	654	3.7
Luanda	23359	5324	14899	2602	20522	4390	16183	2520	74963	14836	19.8
Lunda Norte	4018	401	3438	172	2353	289	1823	172	11632	1034	8.9
Lunda Sul	1088	175	762	105	1329	223	1156	132	4335	635	14.6
Malanje	2601	224	4918	156	3187	222	5602	175	16308	777	4.8
Moxico	3333	233	2519	116	3699	424	3146	330	12697	1103	8.7
Namibe	2447	130	1714	83	3784	256	3006	151	10951	620	5.7
Uíge	15349	294	4902	259	4486	193	6065	147	30802	893	2.9
Zaire	3392	170	4340	98	5271	243	6441	189	19444	700	3.6
<b>Total</b>	<b>104660</b>	<b>10480</b>	<b>80557</b>	<b>5748</b>	<b>113811</b>	<b>10685</b>	<b>109594</b>	<b>6676</b>	<b>408622</b>	<b>33589</b>	<b>8.2</b>

Obs.: T- Testes; +- Positivos.