

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DUANA BETINA DA ROCHA**

**MENSURAÇÃO DE CONSTRUCTOS PSICOEMOCIONAIS E DE  
AUTOGESTÃO EM SAÚDE EM PACIENTES COM HIV/AIDS**

**Uberlândia – MG**

**2017**

**DUANA BETINA DA ROCHA**

**MENSURAÇÃO DE CONSTRUCTOS PSICOEMOCIONAIS E DE  
AUTOGESTÃO EM SAÚDE EM PACIENTES COM HIV/AIDS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (MG), como requisito para a conclusão do Curso e obtenção do título de Enfermeira.

**Orientador:** Profª. Dra. Cristiane Martins Cunha

**Coorientador:** Prof. Dr. Omar P. Almeida Neto

**Uberlândia- MG**

**2017**

**DUANA BETINA DA ROCHA**

**MENSURAÇÃO DE CONSTRUCTOS PSICOEMOCIONAIS E DE  
AUTOGESTÃO EM SAÚDE EM PACIENTES COM HIV/AIDS**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção  
do título de Enfermeira no Curso de Graduação  
em Enfermagem da Universidade Federal de  
Uberlândia (MG), pela banca examinadora  
formada por:

**Uberlândia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.**

---

**Prof.**

**Universidade Federal de Uberlândia**

---

**Prof.**

**Universidade Federal de Uberlândia**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Cristiane Martins Cunha, Orientadora**

**Universidade Federal de Uberlândia**

Dedico esse trabalho aos meus pais e a todos que de alguma maneira fizeram parte dessa trajetória.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que abençoou todos meus passos para que chegasse nesse momento em minha vida e que continuará abençoando meu caminho.

Agradeço ao meu irmão que já não está mais nesse plano, mas que sempre foi meu maior apoio e referência de vida, que me ensinou que as dificuldades são momentos para o crescimento humano e espiritual.

Agradeço aos meus pais que em meio a tantas dificuldades nunca mediram esforços para proporcionar a mim e aos meus irmãos as oportunidades as quais não tiveram, agradeço por serem os pilares dessa família nos mantendo sempre unidos nos bons e maus momentos.

Agradeço a minha irmã, a qual sempre me serviu de estímulo a buscar por conhecimento e independência. Junto a ela agradeço ao meu cunhado que sempre acreditam no meu potencial.

Agradeço aos meus sobrinhos por me ensinarem um novo tipo de amor que só cresce, e principalmente ao Guilherme por sempre me lembrar que um sorriso e gentileza podem mudar o mundo de alguém.

Agradeço a minha orientadora Cristiane Cunha e ao meu coorientador Omar Almeida Neto que me auxiliaram para que este trabalho pudesse ser concluído e entregue.

Agradeço a todos meus amigos que se tornaram minha família fora de casa, que aguentaram meus momentos de choro quando a saudade de casa apertava ou quando as matérias sufocavam – Rayany Cristina, Suellen Gomes, Noemi Costa, Alef Matheus – e principalmente aqueles que me auxiliaram na reta final do TCC – Kassio Cunha, Ligia Maria, Bruna Duarte e Douglas Sasse – com certeza sem vocês muitos sorrisos não teriam existido.

## RESUMO

**Descritores:** Qualidade de vida, Autoestima, Sorodiagnóstico da AIDS, Autocuidado. Depressão. Ansiedade.

**Introdução:** O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é o agente causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que por sua vez é uma doença crônica de evolução vagarosa e tem se mostrado uma epidemia global, diferindo de grupos sociais conforme a cultura de cada região. Além de problemas relacionados a imunidade, essa patologia ocasiona impacto direto nas condições sociais, físicas e psicoemocionais dos indivíduos afetados. **Objetivos:** Mensurar os escores de autoestima, de estado de saúde, de ansiedade/depressão e de ativação em pacientes com diagnóstico de HIV/AIDS, correlaciona-los a grupos conhecidos, como, idade, escolaridade, tempo de diagnóstico, renda e número de comorbidades e verificar se os mesmos influenciam na autogestão em saúde. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, analítico e descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no Ambulatório Central do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, no Município de Uberlândia-MG. **Resultados:** A amostra apresentou idade média de 42,04 anos, tempo médio de escolaridade de 7,64 anos, 70% referiu não estar casada ou manter união consensual, ressaltando que 44% dos indivíduos da amostra são do sexo feminino. Os resultados apontam para um grupo com autoestima satisfatória (34,4), apresentando níveis baixos de depressão (4,86) e de ansiedade (5,24), o que pode justificar a alta média (77,86) de autoconsideração dada pela amostra em relação a sua saúde. Além disso, houve uma correlação “pouco perfeita” entre idade e autoestima e uma correlação inversamente proporcional entre renda e depressão. **Conclusão:** Os participantes da pesquisa apresentaram altos escores para autoestima, alta média de autoconsideração do estado de saúde, baixos escores de ansiedade e depressão e alto nível de ativação, levando os autores a inferir que indivíduos não depressivos podem ser mais capazes de manterem hábitos saudáveis a favor do seu estado de saúde, o que pode ser influenciado pela responsabilidade no autocuidado de quem já se encontra com HIV/AIDS.

## ABSTRACT

**Keywords:** Quality life. Self Concept. AIDS Sorodiagnosis. Self Care. Depression. Anxiety.

**Introduction:** HIV (Human Immunodeficiency Virus) is the causative agent of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), which in turn is a chronic disease of slow evolution and has been shown to be a global epidemic, differing from social groups according to each region culture. In addition to problems related to immunity, this pathology has a direct impact on the social, physical and psychoemotional conditions of the affected individuals. **Objectives:** To measure self-esteem, health status, anxiety / depression and activation scores in patients diagnosed with HIV / AIDS, correlate them with known groups, such as age, schooling, diagnosis time, income and number of comorbidities and verify if they influence health self-management. **Method:** This is a cross-sectional, analytical and descriptive study, with a quantitative approach, performed at the Central Ambulatory of the Hospital de Clínicas of the Federal University of Uberlândia, in the city of Uberlândia, MG. **Results:** The sample had a mean age of 42.04 years, mean educational attainment of 7.64 years, 70% reported not being married or maintaining consensual union, noting that 44% of the individuals in the sample are female. The results point to a group with satisfactory self-esteem (34.4), presenting low levels of depression (4.86) and anxiety (5.24), which may justify the high mean (77.86) of self-consideration given by your health. In addition, there was a "not perfect" correlation between age and self-esteem and an inversely proportional correlation between income and depression. **Conclusion:** Research participants presented high scores for self-esteem, high self-consideration, low anxiety and depression scores, and a high level of activation, leading authors to infer that non-depressive individuals may be better able to maintain healthy habits in favor of their state of health, which can be influenced by the responsibility in the self-care of those who already have HIV / AIDS.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Características sociais e demográficas dos pacientes com HIV. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, 2014..	25
Tabela 2-	Características clínicas dos pacientes com HIV/Aids. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, 2014.....	26
Tabela 3-	Escores médios totais e desvios-padrão (DP) das medidas de autoestima, estado de saúde percebido, ansiedade e depressão e ativação de pacientes com HIV/Aids.....	27
Tabela 4-	Coeficientes de Correlação de Pearson (r) entre medidas de autoestima, ansiedade e depressão e ativação de pacientes com HIV e os grupos conhecidos: idade, escolaridade, número de comorbidades (diagnosticadas e autorreferidas), tempo de diagnóstico e renda familiar.....	28



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada a saúde
TA	Transtorno de ansiedade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>21</b>
<b>4.1</b>	<b>Delineamento do estudo e Local.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2</b>	<b>Participantes, Procedimentos e considerações éticas.....</b>	<b>21</b>
<b>4.3</b>	<b>Descrição dos instrumentos de coleta dos dados.....</b>	<b>22</b>
<i>4.3.1</i>	<i>Questionário de informações sociodemográficas e clínicas.....</i>	<i>22</i>
<i>4.3.2</i>	<i>Patient Activation Measure (PAM13).....</i>	<i>22</i>
<i>4.3.3</i>	<i>Escala Visual Analógica (EVA).....</i>	<i>22</i>
<i>4.3.4</i>	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....</i>	<i>22</i>
<i>4.3.5</i>	<i>Escala de autoestima de Rosenberg (EAER).....</i>	<i>23</i>
<i>4.3.6</i>	<i>Escala para avaliar a cognição.....</i>	<i>23</i>
<b>4.4</b>	<b>Processamento e Análise dos dados.....</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>37</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>
	<b>ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>41</b>
	<b>ANEXO B - VERSÃO ADAPTADA PARA USO NO BRASIL DO PAM13.....</b>	<b>43</b>
	<b>ANEXO C - ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO ESTADO DE SAÚDE DO EUROQOL: EQ-EVA.....</b>	<b>45</b>
	<b>ANEXO D - “HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE” (HADS).....</b>	<b>46</b>
	<b>ANEXO E - ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE ROSENBERG ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE ROSENBERG (EAER).....</b>	<b>48</b>

<b>ANEXO F - AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DISCRIMINATÓRIA DE ORIENTAÇÃO PSÍQUICA E MENTAL DO INDIVÍDUO NO TEMPO E NO ESPAÇO.....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE A - TCLE PARA PACIENTES.....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA.....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA.....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é o agente causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que por sua vez é uma doença crônica de evolução vagarosa (DAVID, AGUIAR, 2004). Esse tipo de imunodeficiência é progressiva e atinge principalmente os linfócitos T que são os responsáveis pela imunidade celular, tornando o indivíduo portador susceptível a várias infecções intercorrentes (DAVID, AGUIAR, 2004).

O HIV/AIDS tem se mostrado uma epidemia global, diferindo de grupos sociais conforme a cultura de cada região (CASTRO et al, 2013). Atualmente no Brasil, vem sendo um problema de saúde pública com 136,945 casos registrados no Sinan no período de 2007 a 2016 (BRASIL, 2016).

Além de problemas relacionados a imunidade, essa patologia carrega inúmeros outros problemas, principalmente relacionados a qualidade de vida dos indivíduos portadores do HIV/AIDS, de tal forma que estes sofrem impacto direto em suas condições sociais, físicas e psicoemocionais (CASTRIGHINI et al, 2013). Comumente, esses indivíduos sofrem com o peso que o diagnóstico possui em âmbito social, causando a eles medo de romper relações sociais, afetivas e pessoais, afetando o cotidiano dos mesmos e interferindo em sua autoestima, além de poder causar transtornos psíquicos como a depressão e ansiedade (MEIRELES et al, 2010; NOGUEIRA, SEIDL, 2016; SILVA, 2015).

A autoestima é um fator de grande relevância em todos os aspectos da vida humana. Castrighini et al (2013) considera a autoestima como o grau de consideração ou de respeito que os indivíduos possuem em relação a si próprios, sendo então uma maneira de medir os valores que elas atribuem a suas apreciações e capacidades, estando relacionada com o conceito do eu, e é influenciada pelo contorno de pessoas queridas.

Transtornos de ansiedade e depressão também aparecem com frequência para indivíduos com HIV/AIDS, havendo necessidade de um maior acompanhamento desses pacientes (GIOVELLI, 2009; REIS, 2011a). Indivíduos que possuem a presença desses transtornos se mostram relutantes ao seguimento adequado do tratamento do HIV/AIDS, propiciando o aparecimento de complicações secundárias da doença (GIOVELLI, 2009; REIS, 2011a).

Dessa maneira, torna-se necessário maior atenção aos anseios negativos que o HIV/AIDS leva a vida do portador, deixando explícito que esses indivíduos terão seu bem-estar físico, social e mental atingidos, carregando sentimentos de angústia, medo da morte e perda da identidade (CARVALHO, BRAGA, GALVÃO, 2004). Assim sendo, considerando o impacto sofrido na vida pessoal dessas pessoas e o aumento do nível de estresse, se provoca a apreensão em relação as intercorrências psicossociais que possam vir a aparecer no decorrer da vida dos portadores do HIV/AIDS. Isso, com a consideração de que tais intercorrências podem diminuir a resposta do sistema imunológico que já está comprometido pela patologia, tornando um grave fator de risco (CARVALHO, BRAGA, GALVÃO, 2004; CASTANHA et al, 2006).

## 2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

O diagnóstico de infecção de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é um problema de saúde pública que vem crescendo nos últimos anos de maneira considerável. Segundo dados da Vigilância Sanitária, foram registrados no Sinan, no período de 2007 a 2016, 136.945 casos de infecção por HIV no Brasil. A região que apresentou maiores números de casos foi a região sudeste com 52,1% das notificações, e a região com menor número foi a centro-oeste com 8%. Avaliando gênero e infecção por HIV, os homens ainda se apresentam em maior número, com 92.142 casos. Do total de infectados, 52,3% estão em fase reprodutiva variando de 20-34 anos (BRASIL, 2016).

Em relação a manifestação da AIDS, foram notificados no Brasil 842,710 casos da doença no período de 1980 a 2016, estando essas notificações concentradas na região sudeste com 53,0% e região sul com 20,1% dos casos (BRASIL, 2016). Ainda segundo o Ministério da Saúde, a taxa de detecção da AIDS no país tem se estabilizado, mantendo uma média de 20,7 casos a cada 100 mil habitantes. É importante ressaltar também que maior parte dos indivíduos com manifestação da AIDS, registrados no período de 1980 a 2016, são do sexo masculino, com 548,850 casos (65,1%) (BRASIL, 2016).

A epidemia da infecção do HIV/AIDS tem se mostrado um fenômeno global, dinâmico e instável, manifestando-se em diferentes regiões do mundo e variando seu público conforme a cultura do comportamento humano de cada região (CASTRO et al, 2013). Devido a essa epidemia e a grande magnitude e extensão dos danos causados às populações, o HIV/AIDS causa grande repercussão e discussão no meio científico, refletindo na evolução do curso da doença em cada geração (CASTRO et al, 2013).

Na década de 1980, a identificação de novos casos basicamente mantinha-se restrita aos grandes centros urbanos, sendo caracterizada por indivíduos do sexo masculino com alto nível socioeconômico, ocorrendo a transmissão da patologia em caráter homossexual e/ou bissexual (CASTRO et al, 2013). Ao final dessa década, começou-se a observar a aparição da doença em regiões fora dos grandes centros urbanos, de modo que o perfil epidemiológico da doença teve uma progressiva alteração, entrando para o grupo de infectados as mulheres heterossexuais de baixa renda, que residiam em cidades de médio e pequeno porte (CASTRO et al, 2013).

Apesar das consideráveis evoluções nas formas de prevenir, tratar e controlar a infecção pelo HIV/AIDS, o seu diagnóstico traz consigo diversas preocupações aos indivíduos, pois seus portadores sofrem com as repercussões negativas que essa condição traz, as quais impactam os âmbitos sociais, físicos, psicoemocionais e financeiros (CASTRIGHINI et al, 2013). Por ser uma condição estigmatizada, suas consequências geram sentimentos negativos, depressão, angústia e o medo da morte, o que acaba por interferir na qualidade de vida (CASTRIGHINI et al, 2013). Além disso, os portadores do vírus do HIV convivem com o preconceito de grande parte da população, por desconhecimento da doença (CASTRIGHINI et al, 2013).

Considerando esse grande impacto na qualidade de vida (QV) de pessoas soropositivas, torna-se importante compreender a definição desse termo, que para a OMS (Organização Mundial da Saúde) a qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo de sua própria posição da vida, considerando sua cultura e sistemas de valores os quais convive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esse conceito é bastante abrangente, envolvendo diversos domínios: físico, psicológico, social, ambiental e espiritual.

Quando a qualidade de vida é utilizada relacionada aos estudos de HIV/AIDS é citada como qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), dessa maneira é avaliado o impacto da saúde nas atividades sociais e na mobilidade, direcionando a atenção para a ausência ou presença de sinais e sintomas, bem como o efeito de novas drogas ou intervenções na saúde. Assim, a QVRS não engloba aspectos como nível de satisfação do indivíduo com sua vida, de modo que não abrange a satisfação com emprego, renda, habitação, meio ambiente, sexualidade, entre outras (SANTOS, FRANÇA, LOPES, 2007).

O diagnóstico positivo para HIV mostra-se um fator importante na qualidade de vida dos indivíduos, principalmente ao se considerar que a partir daquele momento ocorrerão mudanças importantes no seu estilo de vida (MEIRELES et al, 2010). Além disso, a definição do diagnóstico carrega consigo certos receios, incluindo o medo de romper relações pessoais, afetivas e sociais, de maneira a criar um momento de fragilização que afeta diretamente a vida do indivíduo; esse momento pode ser por curto ou longo prazo, dependendo se há intervenção psicossocial a fim de viabilizar o enfrentamento da doença (MEIRELES et al, 2010).

Um estudo realizado por Reis (2008), observou que os indivíduos com diagnóstico recente apresentam pior desempenho nos domínios atividade sexual,

preocupação com a saúde, conscientização sobre o HIV, satisfação com a vida, com a medicação e confiança no médico, de modo que tinham sua qualidade de vida diminuída. Quando a relação da contagem de CD4 foi observada, notou-se que contagens que se mantinham acima de 200 células/mm<sup>3</sup> resultavam de indivíduos com maiores escores nos domínios, enquanto os indivíduos que mantinham a contagem de CD4 abaixo tinham menores escores no instrumento avaliador da qualidade de vida, com exceção para o domínio Preocupação com sigilo (REIS, 2008).

Em um estudo realizado por Santos, França e Lopes (2007), foi apontado que portadores de HIV/AIDS tem uma melhor qualidade de vida física e psicológica do que outros pacientes, por outro lado apresentam-se pior nos domínios de relações sociais, que por sua vez estariam refletidas nos processos de estigma e discriminação associados às dificuldades na revelação do diagnóstico em espaços sociais (trabalho, família e amigos) e para uma vida sexual tranquila.

O domínio de relações sociais é também colocado por Meireles et al (2010) em seu estudo, no qual pacientes referem sentirem-se menosprezados por familiares, amigos e pessoas próximas. Os mesmos, relatam existir um auto preconceito voltado ao diagnóstico positivo para infecção por HIV, o que afeta na objetivação de um plano de vida, uma vez que colocam o HIV/AIDS como empecilho para uma vida dentro dos padrões normais da sua cultura (MEIRELES et al, 2010). Por esse estigma da infecção HIV/AIDS, grande parte dos portadores não se sente confortável para revelar as pessoas de seu entorno e grupos a presente patologia (MEIRELES et al, 2010).

Segundo Meireles et al (2010), além do domínio social, a alimentação e estilo de vida saudável aparecem como fator importante para uma boa qualidade de vida. Pessoas portadoras de HIV/Aids mostraram-se preocupadas com a alimentação, adotando uma alimentação saudável com consumo equilibrado de todas as classes de alimentos. Esse aspecto justifica-se por manter o organismo nutrido, impedindo que haja um declínio do sistema imunológico que afetaria a razão entre os marcadores CD4 e CD8 (MEIRELES, 2010).

Concomitante a esses fatores, a relação entre gêneros feminino e masculino também se apresenta responsável pela definição de boa ou má qualidade de vida devido as desigualdades existentes (GASPAR et al, 2011). O gênero feminino, em grande maioria, mostra-se mais susceptível a uma baixa qualidade de vida quando consideramos condições econômicas, ausência de vínculo empregatício, empregos precários e mal remunerados (GASPAR et al, 2011).



A autoestima é um outro fator de grande relevância em todos os aspectos da vida humana, é tida segundo Castrighini et al (2013) como o grau de consideração ou de respeito que os indivíduos possuem em relação a si próprios, sendo então uma maneira de medir os valores que elas atribuem as suas apreciações e capacidades, estando relacionada com o conceito do eu, e é influenciada pelo contorno de pessoas queridas.

Castrighini et al (2013) observou em seu estudo que indivíduos portadores de HIV/Aids apresentavam pior autoestima em relação a indivíduos portadores de outras doenças crônicas. Considerando isso e entendendo que os níveis de autoestima influenciam na confiança pessoal, um nível de autoestima baixo acarreta falta de cuidados com a saúde, uma vez que o indivíduo se sente desacreditado em si próprio e não busca por um tratamento (CASTRIGHINI et al, 2013). Em contrapartida, a autoestima elevada auxilia nos sentimentos positivos e faz a pessoa acreditar mais em si, facilitando a busca e continuação do tratamento (CASTRIGHINI et al, 2013).

Pessoas que vivem com HIV/Aids podem sofrer oscilações em sua autoestima devido ao impacto social que a infecção ocasiona em sua vida, estando associado ao estigma da doença de ser potencialmente fatal (CASTRIGHINI et al, 2013). Além desse aspecto, a infecção pode causar limitações físicas e sociais ao indivíduo, como a perda de um projeto de vida, as mudanças de seus hábitos diários, o enfretamento de suas novas limitações relacionadas ao trabalho e relações familiares (CASTRIGHINI et al, 2013).

Conseqüentemente, tais limitações no estilo de vida desse grupo de indivíduos, acaba por acarretar quadros depressivos ou a depressão propriamente dita. Reis (2011a) dispõe em seu estudo que a depressão é um quadro comum em pessoas com doenças crônicas, ocasionando incapacidade. Dessa maneira, a depressão afeta a evolução da doença, principalmente no que diz respeito a sua recuperação, além ainda, de potencializar as chances de morbidade e mortalidade de paciente crônicos, incluindo pacientes portadores do vírus do HIV (REIS, 2011a).

Indubitavelmente, ocorrem muitas alterações psicológicas associadas à infecção por HIV/AIDS, tais alterações caracterizam-se pela alta incidência e pelas diversas complicações que trazem consigo, englobando a ansiedade, depressão, ira, culpa, revolta, obsessão e auto-observação, levando a uma preocupação excessiva com a saúde (GIOVELLI, 2009).

Vinhas (2008), acrescenta que a ansiedade é uma alteração comum nesses indivíduos, surgindo desde o momento pré-teste e estando presente em praticamente

todo momento até a comprovação do diagnóstico, bem como no período de aceitação. Medos como a rejeição da família e pessoas próximas, medo da morte, efeitos colaterais do tratamento, projetos de vida, entre outros, são sentimentos que passam a fazer parte do cotidiano dos indivíduos portadores do vírus e da doença, sendo portando causadores da ansiedade constante (VINHAS, 2008)

Em um estudo realizado por Giovelli (2009) foi detectado que os participantes tinham grau leve de depressão e em relação ao suporte social foi observado uma média alta no fator 1, que representa o suporte social emocional. No mesmo estudo, Giovelli (2009) encontrou uma correlação negativa entre depressão e adesão ao tratamento, o que torna preocupante uma vez que a não adesão leva ao declínio do sistema imune e consequente avanço dos sinais e sintomas do HIV/AIDS.

Giovelli (2009) atentou para a necessidade de incentivar as pessoas que vivem com HIV/AIDS a buscar suporte social, seja por meio de relacionamentos recíprocos ou mesmo participando de atividades voluntárias e sociais junto à família e pessoas próximas. No entanto o autor compreende que a adesão ao tratamento é complexa, envolvendo interações com aspectos psicossociais, nível de depressão, suporte social e qualidade de vida (GIOVELLI, 2009).

A valorização em avaliar a autoestima baseia-se em afirmar que a mesma institui o grau de consideração ou respeito que os sujeitos têm por si próprios, sendo então uma medida da estima que eles atribuem as suas competências e as suas ponderações, podendo assim ser dividida em dois elementos: a capacidade de se afirmar como alguém importante e de valor e a capacidade de proferir que tem algo a oferecer aos outros e ao mundo (BRITO, et al 2009). É muito corriqueiro o aparecimento de sentimentos de medo e angústia por portadores do HIV/AIDS, aumentando as situações de estresse. Tais situações têm por consequência gerar aflição e diferimento do comportamento social de pessoas soropositivas de maneira que o diagnóstico venha a se tornar uma sentença de morte (BRITO et al, 2009).

O HIV/AIDS impacta de maneira profunda a pessoa acometida, principalmente por afetar o seu bem-estar físico, mental e social, envolvendo anseios negativos como a depressão, angústia e medo da morte, causando interferência direta na sua identidade e autoestima (CARVALHO, BRAGA, GALVÃO, 2004). Ao associar esse impacto na vida pessoal e o aumento do nível de estresse que esses indivíduos são acometidos, se gera a preocupação com o impacto que as alterações psicossociais venham causar diretamente no sistema imune das pessoas soropositivas, principalmente quando se

conhece que níveis altos de estresse diminuem significativamente a resposta do sistema de defesa do organismo, sendo um fator de alto risco para pacientes com HIV/AIDS (CARVALHO, BRAGA, GALVÃO, 2004; CASTANHA, 2006).

Além disso, a presença de comportamentos do tipo ansioso e depressivo causam um severo comprometimento desses indivíduos com o tratamento, uma vez que ao apresentarem algum desses comportamentos tornam-se relutantes para a adesão e acompanhamento da terapêutica (CASTRIGHINI et al, 2013). Dessa maneira, sendo a adesão uma conduta de cooperação do indivíduo com o seu tratamento, a mesma pode contribuir diretamente para uma melhor qualidade de vida em todas as suas vertentes, considerando que quando se tem o controle da doença torna-se possível desempenhar de maneira satisfatória suas atividades profissionais e sociais (MARGALHO et al, 2011).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

3.1.1 Mensurar os escores de autoestima, de estado de saúde, de ansiedade e depressão e de ativação em pacientes com diagnóstico de HIV/AIDS.

#### **3.2 Objetivos específicos**

3.2.1 Verificar se as medidas de autoestima, de estado de saúde, de ansiedade e depressão apresentam influência na autogestão em saúde (ativação);

3.2.2 Comparar as medidas de autoestima, de estado de saúde, de ansiedade e depressão e de ativação conforme grupos conhecidos sexo, idade e tempo de diagnóstico;

3.2.3 Correlacionar as medidas de autoestima, de estado de saúde, de ansiedade e depressão e de ativação conforme grupos conhecidos idade, escolaridade, tempo de diagnóstico, renda e número de comorbidades

## 4 MÉTODO

### 4.1 Delineamento do estudo e Local

Trata-se de um estudo transversal, analítico e descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no Ambulatório Central do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, no Município de Uberlândia-MG.

### 4.2 Participantes, Procedimentos e considerações éticas

Uma amostra não probabilística, por conveniência, do tipo consecutiva foi formada por pacientes em seguimento no ambulatório de infectologia. Foram convidados a participar aqueles que atendessem os critérios previamente estabelecidos:

- Diagnóstico médico de HIV há pelo menos 6 meses;
- Idade entre 18 anos a 80 anos;
- Função cognitiva preservada (avaliada por um questionário que estima a capacidade discriminatória e de orientação psíquica e mental do indivíduo no tempo e no espaço, conforme as orientações de Pfeifer (1975). Aos pacientes que foram considerados aptos cognitivamente por essa avaliação, realizamos as outras etapas metodológicas desse estudo. Adotamos como critério de exclusão: indivíduos com história de internação prévia em um período de até um mês).

Após a apresentação dos objetivos do estudo e mediante os devidos esclarecimentos, foi solicitado o consentimento do participante para se iniciar o protocolo metodológico do projeto. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme CAAE nº 22127213.2.0000.5393 e parecer consubstanciado final nº 854.042 obtido em 04/11/2014.

O período de coleta de dados dos ocorreu entre julho a setembro de 2014. Aplicamos uma sequência de instrumentos avaliativos: caracterização dos dados sócio demográficos e clínicos, as versões validadas para uso no Brasil da Escala de Auto-Estima de Rosenberg (EAER), o “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) e a “Patient Activation Measure” (PAM13).

### 4.3 Descrição dos instrumentos de coleta dos dados

#### 4.3.1 *Questionário de informações sociodemográficas e clínicas.*

As informações, sobre as características sociodemográficas coletadas, foram: sexo, idade (em anos completos), estado civil, escolaridade (anos de estudo) e a renda familiar mensal (em reais). Os dados clínicos investigados foram: doença crônica (autorreferida), diagnóstico médico (motivo da consulta no ambulatório, onde a entrevista foi realizada), tempo de diagnóstico da doença crônica, número de morbidades descritas no prontuário. Para a categorização dos participantes, segundo a natureza da doença crônica, consideramos o diagnóstico médico que motivou o atendimento ambulatorial no dia da entrevista.

#### 4.3.2 *Patient Activation Measure (PAM13)*

O instrumento é composto por 13 itens avaliados por uma escala ordinal, com cinco opções de resposta: Discordo totalmente (1 ponto), Discordo (2 pontos), Concordo (3 pontos), Concordo totalmente (4 pontos) e Não se aplica (0 pontos).

O intervalo possível varia entre 13 a 52 pontos, os quais devem ser convertidos para uma pontuação de ativação, que varia de 0 a 100 pontos, sendo que maiores pontuações se referem à maior nível de ativação (HIBBARD et al., 2005).

O profissional de saúde ou pesquisador obterá o escore e o nível de ativação do indivíduo, considerando que maiores pontuações correspondem à maior ativação para o cuidado em saúde (HIBBARD et al., 2004).

#### 4.3.3 *Escala Visual Analógica (EVA)*

Uma escala visual analógica (EVA) de 100 milímetros foi utilizada para avaliar o estado de saúde dos participantes. Eles foram orientados a indicar, na linha traçada, qual a posição de seu estado de saúde naquele momento, considerando o zero, como o pior estado de saúde imaginável, e o valor 100, como sendo o melhor estado de saúde.

#### 4.3.4 *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

A presença de sintomas de ansiedade e depressão foi avaliada pela versão adaptada e validada para o Brasil (BOTEGA et al., 1995) da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), composta por 14 questões de múltipla escolha, com valores que variam de zero a três. Sete itens avaliam sintomas de ansiedade (HADS-Ansiedade)

e sete avaliam sintomas de depressão (HADS-Depressão). A somatória de cada subescala pode variar de 0 a 21 pontos, sendo que, quanto maior o valor, maior a presença do sintoma avaliado.

#### *4.3.5 Escala de autoestima de Rosenberg (EAER)*

Para avaliação da autoestima, utilizamos a Escala de autoestima de Rosenberg, em sua versão adaptada para o Brasil (AVANCI et al., 2007). Possui dez itens que avaliam sentimentos positivos e negativos que o indivíduo tem de si mesmo. As respostas são obtidas por uma escala ordinal de quatro pontos, variando de um a quatro. Para a obtenção do escore total é realizada a somatória das respostas aos itens, após a inversão dos valores dos cinco itens negativos. O intervalo possível varia de dez a 40, sendo que maiores valores indicam maior autoestima.

#### *4.3.6 Escala para avaliar a cognição*

A cognição foi avaliada por um questionário que estima a capacidade discriminatória e de orientação psíquica e mental do indivíduo no tempo e no espaço, conforme as orientações de Pfeifer (1975). Aos pacientes que foram considerados aptos cognitivamente por essa avaliação, realizamos as outras etapas metodológicas desse estudo. Adotamos como critério de exclusão: indivíduos com história de internação prévia em um período de até um mês.

### **4.4 Processamento e Análise dos dados**

Os dados coletados foram digitados em uma planilha eletrônica (Microsoft Office Excell for Windows®) e posteriormente transportados para o software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0, executado em ambiente Windows®, para o processamento dos dados. Para todas as análises, adotamos o índice de significância de 0,05.

Realizamos análises descritivas de frequência simples para as variáveis categóricas (sexo, nível de instrução, estado civil, renda mensal etc.), de medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão) para as variáveis contínuas.

Para a mensuração e análise dos escores dos constructos autoestima, ansiedade e depressão e ativação, utilizamos a estatística descritiva (frequência simples, tendência central e variabilidade). E, para sua interpretação, utilizamos as recomendações citadas pelos autores, em seus estudos de validação para a população brasileira.

Para avaliar a correlação entre as variáveis (idade, escolaridade, tempo de diagnóstico, renda e número de comorbidades) com as medidas de autoestima, ansiedade e depressão e ativação, nós utilizamos a correlação de Pearson, entre as variáveis de interesse. E para comparar se há diferença entre as medidas de autoestima, ansiedade e depressão e ativação entre os grupos (sexo, faixa etária [18 a 30 anos, 31 a 59 anos e maior de 60 anos] e tempo de diagnóstico [até dois anos e mais de dois anos]) utilizamos o teste t de Student e ANOVA.

Adotamos a magnitude das correlações obtidas conforme preconizado por Ajzen e Fishbein (1998): valores de correlação abaixo de 0,30 são de pouca aplicabilidade clínica, mesmo com significância estatística; valores entre 0,30 e 0,50 indicam moderada correlação e valores maiores que 0,50, forte correlação clínica.



## 5 RESULTADOS

Abordamos 50 participantes, e ressaltamos que não obtivemos nenhuma negativa em participar do estudo. Destes, 22 (44%) eram mulheres. A idade média foi 42,04 anos (DP=11,35). O tempo médio de ensino formal foi 7,64 anos (DP=3,32) e a renda familiar média de metade dos participantes era até R\$1000,00, ou seja, um pouco mais que um salário mínimo. Em relação ao estado civil, 35 (70%) participantes referiram não serem casados ou estarem em união consensual (dados detalhados na tabela 1).

**Tabela 1** - Características sociais e demográficas dos pacientes com HIV. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, 2014.

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>	<b>Média (DP)<sup>#</sup> [variação]<sup>‡</sup></b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	22 (44)	
Masculino	28 (56)	
<b>Idade (anos)</b>		42,04 (11,35) [19-72]
De 18 a 29	8 (16)	
De 30 a 59	38 (76)	
> 60	4 (8)	
<b>Procedência</b>		
Uberlândia	37 (74)	
Outras cidades do Estado	13 (26)	
<b>Grau de Escolaridade</b>		
Primário	10 (20)	
Fundamental incompleto	14 (28)	
Fundamental completo	5 (10)	
Médio incompleto	7 (14)	
Médio Completo	12 (24)	
Superior incompleto	1 (2)	
Superior completo	1 (2)	
<b>Tempo estudo formal (anos)</b>		7,64 (3,32) [3-20]

**Estado conjugal**

Casado/união consensual 15 (30)

Outros\* 35 (70)

**Renda familiar bruta** (reais) 1505,78 (1056,68) [724,00 - 8000,00]

Até 1000,00 25 (50)

1000,01 a 2000,00 15 (30)

Acima de 2000,00 10 (20)

**Ocupação**

Inativo 24 (48)

Ativo 26 (52)

---

# DP = desvio-padrão; \* solteiro, divorciado, separado ou viúvo; £ variação mínimo-máximo.

Na tabela 2, apresentamos algumas informações relacionadas aos hábitos de vida, número comorbidades e tempo de diagnóstico dos pacientes. Verificamos que a maior parte dos pacientes (34; 68%) não eram tabagistas. Em relação a atividade física 29 (58%) relataram não praticar nenhum exercício regular. A maioria dos pacientes 42 (84%) tinham tempo de diagnóstico maior de 2 anos, tendo um média de 9,47 aos (DP=7,28).

**Tabela 2** - Características clínicas dos pacientes com HIV/Aids. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, 2014.

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>	<b>Média (DP)<sup>#</sup> [variação]<sup>£</sup></b>
<b>Presença de tabagismo</b>		
Sim	16 (32)	
Não	34 (68)	
<b>Atividade Física regular</b>		2,76 (1,65) [1-7]
Sim	21 (42)	
Não	29 (58)	
<b>Busca informações saúde</b>		
Sim	37 (74)	
Não	13 (26)	
<b>Tempo de diagnóstico (anos)</b>		9,47 (7,28) [0,5 - 10]

Até 2	8 (16)
Mais de 2	42 (84)

# DP = desvio-padrão; \* solteiro, divorciado, separado ou viúvo; £ variação mínimo-máximo

Na tabela 3 são encontrados escores médios totais e desvios-padrão das medidas de autoestima, estado de saúde percebido, ansiedade e depressão e ativação dos pacientes com HIV/AIDS. Considerando a atual pesquisa, a amostra indicou, em média, uma autoestima satisfatória (34,4). Ao usar os instrumentos que medem ansiedade e depressão, a amostra não apresentou resultados significativos para a confirmação dos comportamentos do tipo ansioso (5,24) e do tipo depressivo (4,86).

Conforme elucidado na tabela 3, a média apresentada durante a aplicação do instrumento PAM 13 pressupõe que a amostra apresenta alto nível de ativação (crenças, conhecimento, confiança e comportamento). Com a análise desses instrumentos, é possível justificar a autoconsideração dada pela amostra sobre sua saúde, o que pela média (77,86) indica bom estado de saúde.

**Tabela 3** - Escores médios totais e desvios-padrão (DP) das medidas de autoestima, estado de saúde percebido, ansiedade e depressão e ativação de pacientes com HIV/Aids.

Instrumento	HIV/Aids	
	Variação	Média (DP)
EAR	14,0 - 40,0	34,4 (5,52)
HADS A	0 - 17,0	5,24 (4,18)
HADS D	0 - 18,0	4,86 (4,19)
PAM13	38,7 - 100,0	73,62 (16,17)
EVA	40,0 - 100,0	77,86 (17,74)

Já na tabela 4 estão apresentados os coeficientes de Pearson (r) entre medidas de autoestima, ansiedade e depressão e ativação de pacientes com HIV e os grupos conhecidos: idade, escolaridade, número de comorbidades (diagnosticadas e autorreferidas), tempo de diagnóstico e renda familiar.

Com base nas interpretações geométricas da correlação de Pearson, os valores de 0,3 a 0,5 significam correlações fracas, tanto positivo quanto negativo. Na tabela 4 as maiores correlações são idade/autoestima (0,362) e renda/depressão (-0,335). Apesar de serem discriminadas como correlações fracas, ao compará-las com outras levantadas, essas podem sugerir significativas para os resultados da pesquisa, isto é, houve uma correlação “pouco perfeita” entre idade e autoestima e uma correlação inversamente proporcional entre renda e depressão. Enquanto as outras correlações podem ser consideradas desprezíveis. Dentre as correlações desprezíveis, nota-se a correlação escolaridade/autorreferência do estado de saúde (0,00), o que indica que a variável “autorreferência do estado de saúde” não depende linearmente da “escolaridade”.

**Tabela 4** - Coeficientes de Correlação de Pearson (r) entre medidas de autoestima, ansiedade e depressão e ativação de pacientes com HIV e os grupos conhecidos: idade, escolaridade, número de comorbidades (diagnosticadas e autorreferidas), tempo de diagnóstico e renda familiar.

Variável	PAM13	EAR	HADSa	HADSd	EVA
Idade (em anos)	0,237	0,362**	-0,277	-0,130	-0,097
Escolaridade (em anos)	0,003	-0,061	-0,089	-0,178	0,000
Comorbidades diagnosticadas	0,078	0,199	-0,026	0,060	-0,129
Comorbidades autorreferidas	-0,100	-0,183	-0,009	-0,067	0,137
Tempo diagnóstico (em anos)	-0,044	0,191	-0,124	0,068	-0,162
Renda (em reais)	-0,120	0,237	-0,165	-0,335*	0,178

Avaliamos a confiabilidade dos instrumentos de medida, por meio do coeficiente alfa de Cronbach. Verificamos que todos os instrumentos apresentaram níveis adequados de confiabilidade, como se segue: PAM13 ( $\alpha = 0,825$ ), EAER ( $\alpha = 0,762$ ) e HADS ( $\alpha = 0,876$ ). Além disso, avaliamos a validade de constructo convergente entre essas medidas, entre o constructo ativação com as demais medidas. Verificamos que a medida de ativação apresenta relação teórica significativa, de moderada magnitude, com todas as outras medidas avaliadas ( $p < 0,05$ ), com as seguintes correlações: autoestima

( $r=0,490$ ), ansiedade ( $r= -0,308$ ), depressão ( $r= -0,532$ ) e estado de saúde percebido ( $r= 0,424$ ). Esses dados indicam que os instrumentos de medida utilizados são válidos e confiáveis para mensuração desses constructos em indivíduos com HIV.

## 6 DISCUSSÃO

A maior parte dos indivíduos entrevistados se encaixavam na faixa etária variante de 30-59 anos, sendo a maioria do sexo masculino (56%), o que fortalece a prevalência do HIV em homens como mostram outros estudos (SANTOS, FRANÇA, LOPES, 2007; REIS, 2011b). Por outro lado, podemos notar que há um aumento significativo do número de mulheres infectadas pelo HIV (44%), havendo assim uma feminilização da doença e aumentando o risco para a transmissão transversal, principalmente se estas estiverem em período de vida reprodutivo (BRITO et al, 2009; CASTRIGHINI et al, 2013).

Paralelamente, pode-se sugerir que a heterossexualização da doença seja o principal ponto para o aumento significativo da infecção pelo vírus do HIV em mulheres em idade reprodutiva, o que fortalece a transmissão vertical (BRITO et al, 2009). Além disso, condutas sociais limitam o conhecimento, por parte das mulheres, sobre sua sexualidade e vida reprodutiva, reduzindo as possibilidades de controle do corpo e da maneira que desejam manter suas relações sexuais, uma vez que por se recusarem a alguma relação com o parceiro ou exigir o uso de preservativo venha a sugerir infidelidade (BRITO et al, 2009).

Um estudo realizado em um município do interior paulista que tinha como público principal mulheres, identificou que 99% das entrevistadas eram heterossexuais, sendo que 92% dessas haviam adquirido o vírus por via sexual e tinham idade variante entre 30 e 39 anos (GASPAR et al, 2011). Ao analisar tais achados com dados do presente estudo, pode-se sugerir que há um forte indicio da falta de prevenção na relação sexual de sujeitos maduros, fator que leva ao aumento da transmissão do vírus do HIV na população geral, servindo também como base para feminilização da doença, já que boa parte dos indivíduos dessa faixa etária encontram-se casados ou em união estável, estado que favorece a relação sexual sem uso de preservativo.

Outro fator observado foi o grau de escolaridade, no qual os indivíduos apresentaram-se em maior parte com ensino fundamental (58%), ressaltando que 28% não possuíam fundamental completo e 10% tinham realizado apenas o primário. Esses resultados estão de acordo com outros estudos que mostram que a maior parte dos indivíduos infectados pelo HIV possuem nível de escolaridade baixo, fator que está

associado ao nível socioeconômico da população geral (REIS, 2011b; CASTRIGHINI et al, 2013). Tais resultados podem sugerir que a população afetada se encontra em um nível socioeconômico baixo, em que há uma maior necessidade de esclarecimento sobre a doença e a maneira de prevenção da mesma.

A renda familiar bruta de 50% dos entrevistados era de até mil reais, condizendo com estudos que mostram que a maior parte da população com HIV é de baixa renda (CAETANO, PAGLIUCA, 2006; GASPAR et al, 2011). Observando esses dois fatores, renda e escolaridade, entende-se que a falta de instrução e de acesso à educação estão intimamente ligados à transmissão do vírus do HIV, da mesma forma que a baixa renda, uma vez que indivíduos que possuem baixo nível socioeconômico têm menos acesso à educação e saúde.

Em relação aos hábitos de vida, foi possível observar que 68% dos portadores de HIV/AIDS não eram tabagistas, diferente de outro estudo em que 51,3% dos participantes relataram manter o hábito de fumar, fazendo uso em média de 7,88 cigarros por dia (GASPARIN et al, 2009). Em um estudo sobre ansiedade e tabagismo foi evidenciado que do total da amostra, apenas 21,43% dos indivíduos com comportamento do tipo ansioso mantinham o hábito de fumar (MUNARETTI, TERRA, 2007).

Comparando o hábito de fumar (32%) e a ansiedade (5,24) do presente estudo, juntamente ao estudo de Munaretti e Terra (2007), pode-se sugerir que ansiedade não esteja intimamente relacionado ao tabagismo em pacientes com HIV/AIDS, porém são necessários estudos acerca do tema para uma melhor abordagem e conclusão dessa hipótese.

Em relação a atividade física regular, 58% dos indivíduos portadores do HIV/AIDS dessa pesquisa relataram não praticar nenhum exercício físico, dado que se mostra preocupante, considerando que a prática de atividade física regular pode trazer benefícios para o sistema imunológico de portadores do vírus do HIV, como a elevação do número de linfócitos T CD4+ (EIDAM, LOPES, OLIVEIRA, 2005). Além de auxiliar no sistema imunológico dos pacientes com HIV/AIDS, a prática de exercícios regulares contribui para a melhora da condição cardiorrespiratória, aumento da força e resistência muscular, bem como a flexibilidade desse grupo de indivíduos (EIDAN, LOPES, OLIVEIRA, 2005).

Quanto ao tempo de diagnóstico para HIV/AIDS, obteve-se que 84% dos indivíduos conviviam com o mesmo a mais de 2 anos, condizendo com dados de outros estudos (MEIRELES, et al 2010; SCHMITT, SILVA, 2009).

Não há qualquer componente que justifique as alterações psicológicas que acometem os indivíduos infectados pelo HIV/AIDS, com exceção daqueles que tiveram partes neurológicas afetadas (VINHAS, 2008). Por outro lado, observa-se que grande parte dos indivíduos que são acometidos por HIV/AIDS apresentam alterações emocionais (VINHAS, 2008).

A interferência na autoestima está entre as alterações mais comuns nesse grupo de pessoas, sendo observado no presente estudo que indivíduos portadores do HIV/AIDS apresentam um nível de autoestima satisfatório, diferindo de outras pesquisas que destacaram que mais da metade das pessoas envolvidas tinham um nível médio de satisfação em relação a sua autoestima (BRITO et al, 2009). Ao considerar isso, Brito et al (2009) enfatiza que indivíduos que mantêm um nível de autoestima alto, estão mais propensos a terem pensamentos positivos sobre si mesmos, diferindo daqueles que possuem um nível de satisfação menor em relação autoestima, se mantendo limitados e desanimados em relação a si e a vida em seu entorno. Nesse mesmo âmbito, Brito et al (2009), ressalta que indivíduos com maior autoestima tendem a tomar atitudes melhores em relação ao seu estilo de vida e têm maior adesão ao tratamento da doença.

Nogueira e Seidl (2016) destacam que indivíduos soropositivos seguem condutas de isolamento por medo da rejeição e preconceito da doença, de modo que sofrem com as dificuldades para engajarem novos relacionamentos afetivos, sexuais e sociais, o que acaba por diminuir sua autoestima, acrescido de sentimento de perda de identidade psicológica e social, tendo por consequência o sofrimento psicoemocional e transtorno mental, como por exemplo a depressão.

A depressão é outra desordem psicológica bastante comum em pessoas em condições de doença crônica, o que interfere, por sua vez, na evolução e recuperação do indivíduo, acarretando incapacidade e sendo considerada um risco potencial para elevação dos índices de mortalidade e morbidade de inúmeras condições médicas, bem como a infecção pelo HIV/AIDS (REIS et al, 2011b). Porém ao avaliar os dados obtidos na presente pesquisa, não foi observado um alto valor para o comportamento do tipo depressivo (4,86) usando o instrumento HADS-D, corroborando assim com outros



estudos que indicam que menos de 40% dos indivíduos portadores do HIV/AIDS apresentam algum nível de estado depressivo (REIS et al, 2011b; SCHIMITT, SILVA, 2009).

Reis et al (2011b) aborda em seu estudo que a depressão seja a psicopatologia mais presente em indivíduos acometidos pelo HIV/AIDS, porém, é também, a menos diagnosticada. Por assim ser, a falta e/ou dificuldade em se diagnosticar a depressão nesses indivíduos, carrega consigo consequências graves que interferem na vida do indivíduo, causando a perda da produtividade e interferindo nas relações interpessoais (REIS et al, 2011b).

A ansiedade é também uma desordem psicológica bastante comum nesse grupo de pessoas, porém os indivíduos envolvidos nesse estudo possuem um nível de ansiedade considerado baixo segundo o instrumento HADS-A (5,24) diferindo de outros estudos que mostram uma significância do comportamento ansioso em indivíduos portadores de HIV/AIDS (SILVA, 2015). Silva (2015), traz em seu estudo um percentual de 46,9 do total de indivíduos de sua pesquisa com transtorno de ansiedade (TA), se mostrando maior naqueles pacientes com idade menor que 46 anos e que possuem menor escolaridade e menor classe econômica, além de que as mulheres se apresentaram com uma prevalência de TA de 17,4% a mais que os homens.

O recebimento do diagnóstico de HIV/AIDS acarreta um processo de fragilização do paciente, de maneira que pode interferir nos planos de vida do mesmo e por consequência diminuir a qualidade de vida (MEIRELLES et al, 2010). Aliado a isso, o processo natural da doença traz consigo sinais e sintomas como fadiga, cansaço, falta de apetite, apatia, entre outros; esses sintomas aliados ao processo de fragilização do momento de recebimento do diagnóstico do HIV/AIDS e seu processo de aceitação pode ser considerado um fator de interferência no reconhecimento da depressão nesses indivíduos, prejudicando assim o tratamento e acompanhamento adequado tanto da psicopatologia como da própria infecção por HIV/AIDS (MEIRELLES et al, 2010; REIS et al, 2011b).

Remor (2002) ressalta que indivíduos que possuem auto avaliação negativa adjunta ao estado de saúde prejudicado tendem a ter um nível maior de ansiedade e depressão, interferindo diretamente na qualidade de vida desses pacientes. Nesse sentido, quando se fala em nível de ativação do paciente, compreende o quão o indivíduo está prontificado para auxiliar no seu processo de saúde-doença.

Nos resultados obtidos com o instrumento PAM 13, foi observado que os indivíduos apresentaram alto nível de ativação (73,62), o que sugere que esses indivíduos possuem bom conhecimento e boa confiança para autogerirem seu estado crônico de saúde, diferente daqueles que possuem um nível de ativação baixo.

Por assim compreender, se tem então que indivíduos com maior nível de ativação estão mais aptos a hábitos de vida saudável, de maneira que procuram por informações referente a sua saúde, mantém comportamento preventivos e monitoram sua terapêutica farmacológica, da mesma forma que estão atentos aos possíveis sinais e sintomas que venham a aparecer (HIBBARD et al., 2004; HIBBARD et al., 2005).

Nesse estudo se observou que a ativação correlacionou positivo e moderado com autoestima, de maneira que o paciente que tem boa auto estima consegue se posicionar melhor em relação a seu estado de saúde (ativado). Quando observado ativação versus depressão obteve-se correlação negativa e moderada, de modo que sintomas depressivos são inversamente proporcionais à taxa de ativação, ou seja, indivíduos em estados depressivos estão menos aptos a gerirem seu estado de saúde.

Concomitante a isso, ao ser aplicado o instrumento EVA, os indivíduos mostraram um bom estado de saúde, representando uma boa autoconsideração por ser um instrumento que depende unicamente da visão do próprio indivíduo para obtenção do resultado. O resultado obtido diferenciou-se de outros estudos em que maior parte dos portadores do HIV/AIDS apresentaram uma percepção da autoimagem negativa, fator que segundo o mesmo estudo está intimamente ligado a autoestima e depressão (BRITO et al, 2009).

Castanha et al (2006) considera que a auto percepção do indivíduo caminha paralelamente à sua autoestima, explicando assim que o fato da capacidade de adequação psicológica às modificações causa forte influência no desencadeamento de sintomas depressivos, como o arrefecimento, a diminuição da autoestima e de mecanismos de defesa, como por exemplo a ansiedade decorrente das alterações físicas do tratamento.

Ao analisar as correlações do presente estudo, foi observado na tabela 4 que a correlação entre idade/autoestima se mostrou perfeita positiva entre essas duas variáveis, mostrando que quanto maior a idade maior a autoestima e quando menor a idade menor então será a autoestima. Esse resultado também foi encontrado em estudos que mostram que indivíduos mais jovens estão mais preocupados com as questões de

relacionamento e aceitação, de maneira que se sentem inseguros e por consequência têm uma queda considerável na autoestima (NOGUEIRA, SEIDL, 2016).

As variáveis renda e depressão apresentaram uma correlação negativa perfeita, significando que quando maior a renda menor será o estado depressivo e quanto menor a renda maior será o está o depressivo. Reis et al (2011b), observou em sua pesquisa que uma das maiores preocupações dos indivíduos soropositivos estava relacionada a renda, de maneira que aqueles que possuíam maior renda mantinham níveis melhores de qualidade de vida, enquanto os que possuíam menor renda tinham níveis menores de qualidade de vida.

Por compreender que a depressão é um fator que interfere na QV dos indivíduos, pode-se sugerir que maiores rendas estejam vinculadas a maior estado de instrução acadêmica, deixando implícito que pessoas com maior nível socioeconômico têm maior acesso à educação, lazer e bem-estar, o que auxilia em maior compreensão do seu estado de saúde, de maneira que indivíduos soropositivos em condições sociais privilegiadas tenham melhores maneiras de enfrentar a doença (REIS et al, 2011b).

Por outro lado, um dado que chamou muito a atenção nessa pesquisa foram as variáveis educação e estado de saúde, que apresentaram não dependerem linearmente uma da outra, ou seja, o nível educacional não interferiu na auto percepção do indivíduo em relação a sua saúde, sugerindo que para um indivíduo se auto reconhecer importante e com boa saúde não é necessário que este tenha um nível de escolaridade maior que indivíduos que não possuem uma boa auto percepção da saúde. Essas variáveis podem ainda predizer que nível de escolaridade não está intimamente ligado a forma de transmissão do HIV/AIDS, apesar de alguns estudos relatarem em suas amostras que os indivíduos com menores níveis de instrução estão entre os grupos com maior diagnóstico do HIV/AIDS (REIS et al, 2011b; CASTRIGHINI et al, 2013).

É importante ressaltar ainda sobre esse estudo que as propriedades psicométricas de validade e confiabilidade dos instrumentos demonstraram bons padrões de comportamento. Sabe-se que psicometria é a abordagem científica que visa à mensuração e avaliação psicológica dos constructos subjetivos por meio de escalas, testes e questionários padronizados, denominados “medida psicométrica”, os quais representam uma situação experimental que avalia um determinado constructo. A validade se refere à apropriação, significação e utilidade das inferências realizadas a partir dos escores obtidos pelos instrumentos de medida. Trata-se de uma hipótese que visa comprovar a validade do instrumento através de testes empíricos baseados em um

critério externo ou padrão-ouro. Desse modo, a validade envolve um conjunto de evidências que comprova que uma escala está de fato mensurando o constructo que supostamente pretende medir (SILVA, 2009).

Já a confiabilidade é considerada um dos principais critérios de garantia da qualidade do instrumento, pois se refere à propriedade do teste de medir sem erros, focando em obter resultados consistentes e reprodutíveis na mensuração de um determinado atributo. É um atributo psicométrico que deve estar presente em um bom instrumento e precisa ser contemplado nessas categorias de estudo, visto que sua ausência pode trazer graves consequências sobre a validade das conclusões estatísticas de uma pesquisa (PILATTI, GUTIERRES, 2010).

## 7 CONCLUSÕES

Foram mensurados escores de autoestima (34,4), de estado de saúde (77,86), de ansiedade (5,24) e depressão (4,86) e de ativação (73,62) em pacientes com diagnóstico de HIV/AIDS, de maneira que se observou que tais indicadores causam influência na autogestão (ativação) dos indivíduos. De acordo tal resultado a amostra indicou alto nível de ativação.

A correlação entre autoestima e ativação se indicou positiva e moderada, mostrando que pacientes que têm boa autoestima apresentam hábitos favoráveis em relação ao seu estado de saúde (ativados). Os indicadores de ativação e depressão quando correlacionados mostram-se negativos e moderados, de maneira que o nível de ativação é inversamente proporcional aos sintomas de depressão, indicando assim que indivíduos depressivos são menos capazes manterem hábitos saudáveis a favor do seu estado de saúde.

No presente estudo foi possível observar que grande parte dos participantes eram do sexo feminino, fazendo-se pensar sobre os riscos que a feminilização do HIV/AIDS pode vir a trazer para uma transmissão vertical. Outra preocupação aparece acerca do nível de escolaridade dos entrevistados, em que maioria possui baixo nível de instrução escolar, o que estaria ligado ao baixo nível socioeconômico, tornando necessárias medidas que instruem melhor a população sobre a transmissão e também como conviver com a doença.

A pesquisa também motivou a refletir que o alto nível de ativação pode ser influenciado pela responsabilidade no autocuidado de quem já se encontra com HIV/AIDS. Para afirmação dessa hipótese sugere-se outros estudos que comparem o nível de ativação da pessoa saudável (sem HIV/AIDS e outras doenças crônicas) com os resultados levantados por esta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Brasília, DF: Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2016. 64 p.

BRITO, T. R. P. et al. Avaliação da auto-estima de portadores de HIV/aids do município de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre – RS, v. 30, n. 2, p. 190-197, jun/2009.

CAETANO, J. F., PAGLIUCA, L. M. F. Autocuidado e o portador do HIV/AIDS: sistematização da assistência de enfermagem. *Rev. Latino-AM. Enfermagem [Internet]*, v. 14, n. 3, mai-jun/2006. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2302>>. Acesso em 12 de out. 2016.

CARVALHO C. M. L., BRAGA V. A. B., GALVÃO M. T. G. AIDS e saúde mental: revisão bibliográfica. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v. 16, n. 4, p. 50-55, 2004.

CASTANHA A. R., et al. Consequências biopsicossociais da Aids na qualidade de vida de pessoas soropositivas para o HIV. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, v. 18, n. 2, p. 100-107, 2006.

CASTRO, A. L. et al. Perfil socioeconômico e clínico dos pacientes internados com HIV/AIDS em Hospital de Salvador/Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 122-132, 2013.

CASTRIGHINI, C. C. et al. Avaliação da autoestima em pessoas vivendo com HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1049-55, 2013.

DAVID, R., AGUIAR, Z. N. Vigilância e controle da aids. **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**, São Paulo, p. 30-6, 2004.

EIDAN, C. L., LOPES, A. S., OLIVEIRA, O. V. Prescrição de exercícios físicos para portadores do vírus HIV. **R. Bras. Ci e Mov**, v. 13, n. 2, p. 7-15, 2005.

GASPAR, J. et al. Qualidade de vida de mulheres vivendo com HIV/AIDS de um município do interior paulista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 230-36, 2011.

GASPARIN, A. B. et al. Prevalência e fatores associados às manifestações bucais em pacientes HIV positivos atendidos em cidade sul-brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1307-15, 2009.

GIOVELLI, G. R. M. **Relação entre sintomas de depressão, suporte social, qualidade de vida e adesão ao tratamento em pessoas que vivem com hiv/aids**. Março/2009. 83 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

HIBBARD, J.H.; MAHONEY, E.R.; STOCKARD, J.; TUSLER, M. Development and Testing of a Short Form of the Patient Activation Measure. **Health Services Research Journal**. v.40, n.6p1, p.1918-1930, 2005.

HIBBARD, J.H.; STOCKARD, J.; MAHONEY, E.R.; TUSLER, M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers. **Health Services Research Journal**. v.39, n.4, p.1005-1026, 2004.

MARGALHO, R. et al. Adesão à HAART, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica em doentes infectados pelo VIH/SIDA. **Acta Med Port**, v. 24, n. S2, p. 539-48, 2011.

MERELES, B. H. S. et al. Percepção da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Rev. Rene**. Forntaleza, v. 11, n. 3, p. 68-76, 2010.

MUNARETTI, C. L., TERRA, M. B. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidades com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. 2, p. 108-115, 2007.

NOGUEIRA, G. S., SEIDL, E. M. F. Associação entre Percepção de Doença e Ansiedade, Depressão e Autoeficácia em Pessoas com HIV/Aids. **Temas em psicologia**, v. 24, n. 2, p. 595-608, 2016.

PILATTI, L. A., PEDROSO, B., GUTIERREZ, G. L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. **Rev Bras Ensinn Cienc Tecnol.**, v. 3, n. 1, p. 81-91, 2010.

REIS, K. R. **Qualidade de vida de portadores do HIV/AIDS: Influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais**. 2008. 276 f. Tese de doutorado (Enfermagem fundamental – Doenças infecciosas: problemática e estratégia de enfrentamento) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2008.

REIS, K. R. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 365-75, 2011a.

REIS, K. R. et al. Sintomas de depressão e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev. Latino-AM. Enfermagem* [Internet], v. 19, n. 8, 8 telas, jul.-ago/2011b. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt\\_04](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_04)>. Acesso em: 17 de out. 2016.

REMOR, E. A. Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. **Psicologia: Terapia e Pesquisa**, v. 18, n. 3, p. 238-287, 2002.

SANTOS, E. C. M., FRANÇA JR, I., LOPES, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. S2, p. 64-71, 2007.

SCHIMITT, J. H. L., SILVA, R. M. Prevalência de Sintomas Depressivos em Pacientes Portadores do HIV/Aids em um Hospital de Referência na Cidade de Florianópolis – SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 38, n. 2, p. 90-97, 2009.

SILVA, J. A., RIBEIRO-Filho N. P. Avaliação e mensuração da dor: pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2006. 2. Pasquali, L. **Psicometria. Rev Esc Enferm USP**. 2009

SILVA, S. V. **Prevalência de indicativo de ansiedade e depressão em pacientes HIV/AIDS**. 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2015.

VINHAS, R. S. A. **A expressão da ansiedade e da depressão em pacientes com VIH/SIDA**. 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2008.



**ANEXO A**  
**Aprovação do CEP**

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE  
RIBEIRÃO PRETO - USP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO PATIENT ACTIVATION MEASURE (PAM) PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

**Pesquisador:** Cristiane Martins Cunha

**Área Temática:**

**Versão:** 7

**CAAE:** 22127213.2.0000.5393

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 854.042

**Data da Relatoria:** 04/11/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de análise de Emenda que propõe a inclusão de assistentes de pesquisa para coleta de dados (aplicação de questionários).

**Objetivo da Pesquisa:**

Não se aplica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não se aplica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não se aplica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram juntados ao Protocolo: 1) Adendo solicitando a inclusão de 03 assistentes de pesquisa que atuarão na coletada de dados; 2) Projeto PB (datado de 21/10/14).

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pesquisadora apresenta a solicitação de inclusão de 03 assistentes de pesquisa voluntários

**Endereço:** BANDEIRANTES 3900

**Bairro:** VILA MONTE ALEGRE


**CEP:** 14.040-902

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3602-3386

**E-mail:** cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE  
RIBEIRÃO PRETO - USP 

Continuação do Parecer: 654.042

(devidamente identificados), compromete-se com a orientação e treinamento dos mesmos (incluindo as orientações sobre os cuidados éticos a serem observados) e apresenta justificativa pertinente para a inclusão dos mesmos (a grande variedade de ambulatórios envolvidos no estudo). Não foram identificados procedimentos que estivesse em desacordo com a Resolução CNS 466/12.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer apreciado "ad referendum".

RIBEIRAO PRETO, 31 de Outubro de 2014

---

Assinado por:  
Claudia Benedita dos Santos  
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3500  
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902  
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
Telefone: (15)3602-3386 E-mail: cep@eerp.usp.br

**ANEXO B**  
**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DISCRIMINATÓRIA E DE ORIENTAÇÃO**  
**PSÍQUICA E MENTAL DO INDIVÍDUO NO TEMPO E NO ESPAÇO**

<b>Perguntas</b>	<b>Resposta</b>	
	<b>Correta</b>	<b>Errada</b>
(a) Qual seu nome completo?		
(b) Qual sua data de nascimento?		
(c) Em que dia da semana estamos?		
(d) Qual o nome do local onde estamos nesse momento?		

Apto para participar do estudo? ( ) sim ( ) não

**ANEXO C**  
**ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE ROSENBERG**

Para cada item abaixo, indicar apenas uma alternativa, fazendo um “X” na categoria apropriada. De acordo como você se sente indique a melhor alternativa.

a) Concordo plenamente	b) Concordo	c) Discordo	d) Discordo plenamente
1	2	3	4

1. De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo (a).

1	2	3	4
---	---	---	---

2. Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros)

1	2	3	4
---	---	---	---

3. Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades

1	2	3	4
---	---	---	---

4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas)

1	2	3	4
---	---	---	---

5. Não sinto satisfação nas coisa que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar

1	2	3	4
---	---	---	---

6. Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer coisas)

1	2	3	4
---	---	---	---

7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (no mesmo nível) às outras pessoas

1	2	3	4
---	---	---	---

8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a). (Dar me mais valor)

1	2	3	4
---	---	---	---

9. Quase sempre estou inclinado (a) a achar que sou um fracassado (a)

1	2	3	4
---	---	---	---

10. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a)

1	2	3	4
---	---	---	---

**ANEXO D**  
**“HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE” (HADS)**

Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas **uma** resposta para cada pergunta:

**A) Eu me sinto tenso ou contraído:**

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca

**D) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:**

- 0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Não tanto quanto antes
- 2 ( ) Só um pouco
- 3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

**A) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:**

- 3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte
- 2 ( ) Sim, mas não tão forte
- 1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 ( ) Não sinto nada disso

**D) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:**

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Atualmente um pouco menos
- 2 ( ) Atualmente bem menos
- 3 ( ) Não consigo mais

**A) Estou com a cabeça cheia de preocupações:**

- 3 ( ) A maior parte do tempo
- 2 ( ) Boa parte do tempo
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Raramente

**D) Eu me sinto alegre:**

- 3 ( ) Nunca
- 2 ( ) Poucas vezes
- 1 ( ) Muitas vezes
- 0 ( ) A maior parte do tempo

**A) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:**

- 0 ( ) Sim, quase sempre
- 1 ( ) Muitas vezes
- 2 ( ) Poucas vezes

3 ( ) Nunca

**D) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:**

- 3 ( ) Quase sempre
- 2 ( ) Muitas vezes
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Nunca

**A) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:**

- 0 ( ) Nunca
- 1 ( ) De vez em quando
- 2 ( ) Muitas vezes
- 3 ( ) Quase sempre

**D) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:**

- 3 ( ) Completamente
- 2 ( ) Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 ( ) Talvez não tanto quanto antes
- 0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

**A) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:**

- 3 ( ) Sim, demais
- 2 ( ) Bastante
- 1 ( ) Um pouco
- 0 ( ) Não me sinto assim

**D) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:**

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes
- 1 ( ) Um pouco menos do que antes
- 2 ( ) Bem menos do que antes
- 3 ( ) Quase nunca

**A) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:**

- 3 ( ) A quase todo momento
- 2 ( ) Várias vezes
- 1 ( ) De vez em quando
- 0 ( ) Não sinto isso

**D) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:**

- 0 ( ) Quase sempre
- 1 ( ) Várias vezes
- 2 ( ) Poucas vezes
- 3 ( ) Quase nunca

**ANEXO E**  
**VERSÃO ADAPTADA PARA USO NO BRASIL DO PAM13**

**Medida de Ativação do Paciente – PAM13**

Abaixo apresentamos algumas frases que as pessoas frequentemente usam quando falam sobre a sua saúde. Por favor, indique o quanto você concorda ou discorda com cada frase fazendo um círculo na resposta que se refere à você e sua saúde. Suas respostas devem ser o que é verdadeiro para você e não aquilo que você acha que o profissional de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista etc) quer que você responda.

Se a frase não se aplica a você, responda N/A (não se aplica).

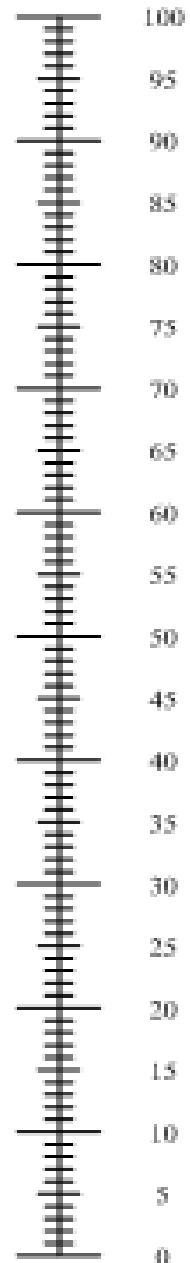
1. No final das contas, você é a pessoa responsável por cuidar de sua saúde?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
2. A sua participação ativa no cuidado de sua saúde é a coisa mais importante que <u>influencia sua saúde?</u>	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
3. Você tem confiança de que pode ajudar prevenir ou reduzir problemas ligados à sua <u>saúde?</u>	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
4. Você sabe para que serve cada um dos medicamentos que lhe foram prescritos?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
5. Você tem confiança de que sabe quando precisa ir ao médico ou serviço de saúde ou se você mesmo(a) consegue cuidar de um <u>problema de saúde?</u>	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
6. Você tem confiança de que pode contar suas preocupações ao profissional da saúde <u>mesmo quando ele não lhe pergunta?</u>	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
7. Você tem confiança de que é capaz de seguir os tratamentos de saúde que você <u>precisa fazer em sua casa?</u>	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
8. Você entende os seus problemas de saúde e as causas desses problemas?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
9. Você sabe quais são os tratamentos disponíveis para seus problemas de saúde?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
10. Você tem conseguido manter as mudanças no estilo de vida, como se alimentar corretamente ou fazer <u>exercícios?</u>	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
11. Você sabe como prevenir problemas com sua saúde?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
12. Você tem confiança de que consegue encontrar soluções quando surgem novos <u>problemas com sua saúde?</u>	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A
13. Você tem confiança de que consegue manter as mudanças no estilo de vida, como se alimentar corretamente e fazer exercícios, mesmo períodos de estresse (situações desfavoráveis)?	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	N/A

**ANEXO F**  
**“ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO ESTADO DE SAÚDE**  
**DO EUROQOL: EQ-EVA”**

- Nós gostaríamos de saber o quão boa ou ruim a sua saúde está HOJE.
- Esta escala é numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que você possa imaginar. 0 significa a piores saúde que você possa imaginar.
- Marque um X na escala para indicar como a sua saúde está HOJE.
- Agora, por favor escreva no quadrado abaixo o número

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde  
que você possa  
imaginar



A pior saúde que você  
possa imaginar



## APENDICE A

### TCLE PARA PACIENTES



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde  
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902  
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA PACIENTES

Eu, Cristiane Martins Cunha, enfermeira, doutoranda do programa de pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), gostaria de convidar o (a) senhor (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa.

Após o (a) senhor (a) ser esclarecido (a) sobre as informações descritas na frente e no verso deste documento, solicito que se o (a) senhor (a) aceitar participar deste estudo, por favor, assine este documento. Esse documento possui duas vias com duas páginas cada (impressa em ambos os lados - frente e verso), sendo que a primeira página deverá ser rubricada por você e pelo pesquisador e a segunda página deverá constar a sua assinatura e a da pesquisadora. Uma dessas vias é do (a) senhor (a) e a outra via é da pesquisadora. O (a) senhor (a) não é obrigado (a) a participar. Em caso de dúvidas éticas, o (a) senhor (a) pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) pelo telefone (16) 3602-3386, de segunda a sexta-feira das 8h às 17h, o qual fica localizado na Av. Bandeirantes, 3900 em Ribeirão Preto/SP ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia pelo telefone (34) 3239-4131, de segunda à quinta-feira das 14h30 as 17h30 ou pelo email [cep@propp.ufu.br](mailto:cep@propp.ufu.br), o qual se localiza na Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica, em Uberlândia-MG.

**Título do Projeto:** “ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO “PATIENT ACTIVATION MEASURE” (PAM) PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA”

#### Pesquisadores:

- Cristiane Martins Cunha: Pesquisadora responsável, enfermeira, doutoranda em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Em caso de dúvidas, em qualquer fase do estudo você poderá entrar em contato no endereço Av. Pará, 1720, Umarama, CEP: 38400-000, Uberlândia-MG, no telefone (34) 9119-5910 ou, ainda, no e-mail: [criscunha\\_usp@usp.br](mailto:criscunha_usp@usp.br).

- Profª Dra Rosana Aparecida Spadoti Dantas: Orientadora do projeto / Docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Em caso de dúvidas, em qualquer fase do estudo você poderá entrar em contato no telefone (16) 3602-3402 ou, ainda, no e-mail: [rsdantas@eerp.usp.br](mailto:rsdantas@eerp.usp.br).

Esta pesquisa pretende “traduzir” o questionário “**Patient Activation Measure - PAM**”, o qual avalia o compromisso do paciente com relação à sua saúde, para uso em pacientes brasileiros com doenças crônicas. Esse questionário já é utilizado em vários países do mundo, mas para ser usado no Brasil, é necessário que seja avaliado por diferentes profissionais e pacientes.

Antes de entrarmos em contato com você, te informamos que buscamos e analisamos algumas informações contidas no seu prontuário e, com isso, verificamos que você preenche os requisitos mínimos necessários para participar desse estudo. Desta forma, gostaríamos de convidá-lo a participar desta pesquisa. Caso você concorde participar, após a consulta com o seu médico, iremos para um consultório neste Ambulatório da Universidade Federal de Uberlândia, onde você será entrevistado (a) pelo pesquisador e deverá responder

alguns questionários sobre seus dados pessoais e informações sobre a sua saúde, e também um questionário para avaliar a adequação do questionário PAM para que possa ser usado na população brasileira.

Caso aceite participar, nós aplicaremos um breve questionário para avaliarmos se o (a) senhor (a) apresenta as características necessárias para participar desta pesquisa. Se o (a) senhor (a) não apresentar essas características necessárias, a sua participação será encerrada neste momento, não sendo necessário responder os demais questionários. Mas, caso o (a) senhor (a) apresentar as características necessárias, iremos pedir para que o (a) senhor (a) responda um questionário sobre dados pessoais de sua vida e da história da sua doença, assim como vamos pedir para o(a) senhor(a) responder outro questionário que investiga a presença de ansiedade e depressão e um outro questionário que avalia o nível de engajamento com sua saúde. É esperado que o (a) senhor (a) demore em torno de 45 minutos para responder todas as perguntas.

Além disso, gostaríamos também de solicitar a sua autorização para que possamos analisar as informações sobre a sua saúde, por meio de consulta no seu prontuário. Sua participação nesta pesquisa é voluntária, não trará gastos financeiros e você não terá nenhum tipo de remuneração. Todas as suas dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas a qualquer momento pelas pesquisadoras, nos telefones citados anteriormente. Teremos o compromisso de que o (a) senhor (a) será devidamente orientado (a) com relação ao tema, se isso for do seu interesse.

Não é esperado que o (a) senhor (a) receba benefícios diretos (remuneração) pela sua participação nesta pesquisa, entretanto, acreditamos que com este estudo será possível que os profissionais de saúde possam usar esse questionário para poder planejar com melhor qualidade a assistência à saúde aos pacientes portadores de alguma doença crônica.

Os riscos esperados pela sua participação nesta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados com a possibilidade do (a) senhor (a) sentir-se triste, ansioso ou desconfortável com perguntas de cunho pessoal, contidas nos questionários. Se o (a) senhor (a) se sentir triste ou ansioso ao responder as perguntas, estaremos ao seu lado para te ouvir e dar todo o apoio necessário, entretanto, se isso não for suficiente, entraremos em contato com a equipe médica para que eles te avaliem. Além disso, garantimos a sua total privacidade e manteremos sigilo sobre as informações aqui fornecidas. Além disso, o (a) senhor (a) terá total liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem precisar se justificar, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem ser prejudicado (a) no seu atendimento no Hospital das Clínicas e nem nenhuma outra forma de prejuízo.

Os resultados do estudo serão utilizados para fins científicos e serão divulgados em eventos, revistas e meios de comunicação, no entanto, o (a) senhor (a) terá a segurança de não ser identificado (a) em nenhum momento e de que será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à sua privacidade.

Comprometemo-nos a prestar-lhe informação atualizada durante o estudo, mesmo que isso possa afetar sua vontade de continuar participando da pesquisa. Se o (a) senhor (a) se sentir prejudicado por ter participado desta pesquisa, o (a) senhor (a) poderá buscar indenização de acordo com as leis vigentes no Brasil.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
**Cristiane Martins Cunha**  
Pesquisadora Responsável  
Doutoranda em Enfermagem Fundamental (EERP-USP)

\_\_\_\_\_  
Data



## APÊNDICE C

### QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

- a) Ambulatório de origem (onde foi coletado):**.....
- b) Diagnóstico médico da consulta neste ambulatório :**.....  
 ..... (informação médica/prontuário)
- c) Data do diagnóstico:**..... (informação médica/prontuário)
- d) Outros diagnósticos que estão descritos no prontuário:** .....  
 ..... (informação médica/prontuário)
- e) Medicamentos prescritos no último atendimento:**.....  
 .....
- f) Possui diagnóstico médico confirmado de outras doenças crônicas?** 1- ( ) sim  
 2- ( ) não

Se Sim, assinale abaixo quais outras doenças e os medicamentos usados:

- |                       |            |                  |
|-----------------------|------------|------------------|
| Hipertensão arterial  | 1- ( ) sim | 2- ( ) não ..... |
| Diabetes melitus      | 1- ( ) sim | 2- ( ) não ..... |
| Tireoideopatias       | 1- ( ) sim | 2- ( ) não ..... |
| Ansiedade             | 1- ( ) sim | 2- ( ) não ..... |
| Depressão             | 1- ( ) sim | 2- ( ) não ..... |
| Hepatopatias          | 1- ( ) sim | 2- ( ) não ..... |
| Doenças hematológicas | 1- ( ) sim | 2- ( ) não ..... |
| Dislipidemias         | 1- ( ) sim | 2- ( ) não ..... |
| Obesidade             | 1- ( ) sim | 2- ( ) não ..... |
| Cardiopatias          | 1- ( ) sim | 2- ( ) não ..... |
| Doença renal crônica  | 1- ( ) sim | 2- ( ) não ..... |
| Artrite reumatoide    | 1- ( ) sim | 2- ( ) não ..... |
| Câncer                | 1- ( ) sim | 2- ( ) não ..... |
| LES                   | 1- ( ) sim | 2- ( ) não ..... |
| Outras.....           |            | .....            |

**g) Quantidade de doenças crônicas diagnosticadas:** a) 1 ( ) b) 2 ( ) c) 3 ( ) d) > 3  
 doenças ( )

**h) Você fuma?** 1- ( ) sim 2- ( ) não

**Se sim, quanto tempo?** .....

**Não, mas fumei** ..... **anos. Parei** ..... **anos**

**i) Apresenta atividade física regular?** 1- ( ) sim 2- ( ) não

**Se sim, quantas vezes (semanal)?**.....

**j) Quanto a seu hábito alimentar, assinale quantas vezes por semana, você ingere:**

- frutas: 0 1 2 3 4 mais

- verduras e legumes: 0 1 2 3 4 mais

- Alimentos gordurosos: 0 1 2 3 4 mais

**K) Tem o hábito de buscar informações sobre sua condição de saúde em livros, revistas, internet?**.....