



UC/FPCE\_2018

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O papel da auto-compaixão e da flexibilidade psicológica nas experiências de estigma e bem-estar de doentes infetados pelo VIH**

Carina Violante Ferreira  
(e-mail: carinaferreira05@gmail.com)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde

Sob a orientação da Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e do Doutor Marco Daniel Pereira

Coimbra, 2018

## **O papel da auto-compassão e da flexibilidade psicológica nas experiências de estigma e bem-estar de doentes infetados pelo VIH**

### **Resumo**

**Objetivos:** O presente estudo procurou analisar o impacto da infeção VIH no bem-estar de indivíduos seropositivos e de que forma a auto-compassão e a flexibilidade psicológica podem mediar a associação entre as experiências de estigma e os indicadores de bem-estar (sintomas de ansiedade e depressão e qualidade de vida). **Método:** A amostra incluiu 100 adultos (56% do sexo masculino) residentes em Portugal com uma idade média de 41.42 anos e uma média de anos de vivência com o diagnóstico de infeção pelo VIH de 12.88 anos. Os resultados foram recolhidos através de um inquérito *online* divulgado através de associações ligadas à vivência com o VIH. Todos os participantes completaram os seguintes instrumentos de auto-resposta: a Escala de Estigma em relação ao VIH - Revista, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, o EUROHIS-QOL-8, a Escala de Auto-compassão, e o Questionário de Aceitação e Acção - II. **Resultados:** As experiências de estigma, e em particular as dimensões estigma personalizado e auto-imagem negativa mostraram-se significativamente associadas a maior sintomatologia ansiosa e depressiva e pior percepção de qualidade de vida. A auto-compassão e flexibilidade psicológica revelaram-se associadas a menor sintomatologia psicopatológica e maior percepção de qualidade de vida. A auto-compassão e a flexibilidade psicológica foram mediadores significativos da associação entre o estigma e a sintomatologia psicopatológica e a qualidade de vida. **Conclusões:** As experiências de estigma têm um impacto significativo no bem-estar das pessoas que vivem com o VIH. Neste contexto, a auto-compassão e a flexibilidade psicológica parecem ser importantes processos de regulação emocional que atenuam o impacto negativo destas experiências no bem-estar destes indivíduos. Assim, as intervenções psicológicas com esta população que se foquem no desenvolvimento de auto-compassão e flexibilidade psicológica têm o potencial de melhorar significativamente o seu bem-estar psicológico.

**Palavras-chave:** VIH; auto-compassão; flexibilidade psicológica; estigma; sintomatologia depressiva; sintomatologia ansiosa; qualidade de vida

## **The role of self compassion and psychological flexibility in the experiences of stigma and well-being of HIV-infected patients**

### **Abstract**

**Objectives:** The purpose of this study was to analyse the impact of HIV infection on the well-being of HIV-infected individuals and whether self-compassion and psychological flexibility had a mediating role in the relation between experiences of stigma and the indicators of well-being (anxiety and depressive symptoms, and quality of life). **Method:** The sample comprised 100 adults (56% males) living in Portugal. The mean age of participants was 41.42 years and they had an average of 12.88 years living with the HIV infection. The results were collected through an online survey, which was divulged through associations that support HIV infected individuals. Participants completed the following self-report questionnaires: HIV Stigma Scale - Revised, Hospital Anxiety and Depression Scale, EUROHIS-QOL-8, Self-Compassion Scale, and Acceptance and Action Questionnaire - II. **Results:** Higher stigma experiences, and particularly internalized stigma and negative self-image, were significantly associated with higher presence of symptoms of anxiety and depression, and lower perception of quality of life. Self-compassion and psychological flexibility were associated with less psychological symptoms and better quality of life. In the mediation analysis, self-compassion and psychological flexibility were significant mediators of the association between stigma experiences and psychological symptoms and quality of life. **Conclusions:** Stigma experiences have a significant and negative impact on the well-being of individuals living with HIV. Self-compassion and psychological flexibility seem to be important emotional regulation processes, which ameliorate the negative impact of these experiences on the well-being of this population. Accordingly, psychological interventions with this population that focus on developing self-compassion and psychological flexibility have the potential to significantly improve the psychological well-being of HIV-infected individuals.

**Keywords:** HIV; self compassion; psychological flexibility; stigma; anxiety symptoms; depressive symptoms; quality of life

## **Agradecimentos**

Ao Doutor Marco Daniel Pereira pela sua orientação e profissionalismo. Agradeço a sua disponibilidade e preocupação incansável.

À Professora Doutora Maria Cristina Canavarro por me ter permitido ingressar na sua equipa e realizar a presente dissertação.

Às Doutoradas Alexandra Martins, Ana Fonseca, Cláudia Melo, Helena Moreira e Neuza Silva pelo conhecimento transmitido nos seminários. Conhecimento esse indispensável à realização desta dissertação.

Às associações que colaboraram na divulgação do estudo, nomeadamente à Abraço, Ser+, e Existências.

## Índice

Introdução	1
<b>I. Enquadramento concetual</b>	<b>3</b>
Infeção pelo VIH, sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida	3
Estigma e discriminação em relação à infeção pelo VIH	6
Auto-compassão	8
Flexibilidade psicológica	10
<b>II. Objetivos</b>	<b>13</b>
<b>III. Método</b>	<b>15</b>
Participantes	15
Procedimentos	17
Instrumentos	17
Análise de dados	20
<b>IV. Resultados</b>	<b>22</b>
Impacto psicológico da infeção pelo VIH, considerando os indicadores de estigma e de bem-estar	22
Associação entre as experiências de estigma e os indicadores de bem-estar	23
Associação entre a auto-compassão e flexibilidade psicológica e os indicadores de bem-estar	24
Papel mediador da auto-compassão na associação entre experiências de estigma e os indicadores de bem-estar	25
Papel mediador da flexibilidade psicológica na associação entre experiências de estigma e os indicadores de bem-estar	27
<b>V. Discussão</b>	<b>29</b>
<b>VI. Conclusões</b>	<b>33</b>
Referências	36

## Introdução

De acordo com os dados mais recentes, estima-se que existam 36.7 milhões de pessoas infetadas pelo vírus da imunodeficiência adquirida (VIH) no mundo (UNAIDS, 2017) e 45.501 em Portugal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). Esta infeção encontra-se associada a elevada estigmatização, o que, de acordo com a literatura, se encontra associado a pior ajustamento à doença, nomeadamente através da perceção de menor qualidade de vida e da presença de maior sintomatologia psicopatológica (e.g., Holzemer et al., 2009; Rasoolinajad et al., 2018; Vanable, Carey, Blair, & Littlewood, 2006).

Nos anos mais recentes, são vários os estudos sobre auto-compaixão e flexibilidade psicológica que têm demonstrado a sua importância enquanto processos de regulação emocional facilitadores do ajustamento psicológico a condições adversas (e.g., Dowd & Jung, 2017; Kashdan & Rottenberg, 2010). Porém, são poucos os estudos que tenham investigado estes processos no contexto do ajustamento psicológico à infeção pelo VIH, e em concreto sobre as experiências de estigma e o impacto que estas podem ter na saúde mental e qualidade de vida dos doentes.

Face ao exposto, o presente estudo pretende analisar o papel da auto-compaixão e da flexibilidade psicológica na associação entre as experiências de estigma e o ajustamento psicológico de adultos infetados pelo VIH. Com o presente estudo esperamos contribuir para uma melhor compreensão dos processos de ajustamento psicológico à infeção pelo VIH, nomeadamente dos processos que podem mediar os efeitos (negativos) das experiências de estigma no bem-estar de indivíduos seropositivos. Os resultados deste estudo poderão ter importantes implicações para a prática clínica, nomeadamente no desenvolvimento de novas intervenções terapêuticas no contexto da infeção pelo VIH. Espera-se também que o presente estudo possa ser um contributo para o reconhecimento da importância da auto-compaixão e da flexibilidade psicológica enquanto processos de regulação emocional, processos estes na base das terapias baseadas no *mindfulness* e na aceitação (e.g., Terapia da Aceitação e do Compromisso [ACT]; Terapia Focada na Compaixão [CFT]), e cuja aplicação no contexto da infeção VIH pode ser de grande relevância.

A presente dissertação está organizada em seis partes. A primeira parte diz respeito ao enquadramento concetual, onde se apresenta o estado da

arte em relação à infecção VIH, aos indicadores de ajustamento psicológico em estudo, às experiências de estigma e discriminação no contexto desta doença, e aos construtos de auto-compassão e flexibilidade psicológica. Em seguida, são apresentados os objetivos específicos do estudo e as hipóteses de investigação a testar. Segue-se a descrição da metodologia utilizada, os resultados do estudo, uma discussão dos resultados obtidos e, por fim, as conclusões, onde se apresentam os pontos fortes e limitações do estudo, bem como as implicações para a prática e investigação futura.

## **I – Enquadramento concetual**

As estimativas mais recentes relativas ao Vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH) apontam para 36.7 milhões de pessoas infetadas pelo VIH no mundo (UNAIDS, 2017) e 45.501 em Portugal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). O VIH é um vírus que ataca e destrói as células CD4+ do sistema imunitário. A diminuição da contagem destas células leva a que o corpo tenha dificuldades em combater infeções e certos tipos de cancro. Na ausência de tratamento, a infeção pelo VIH pode evoluir para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). A infeção pelo VIH não tem cura, mas pode ser controlada, nomeadamente através do uso de medicação, o que possibilita que o indivíduo infetado viva mais tempo e com maior qualidade de vida (QdV) (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2017). A terapia antirretroviral (TARV) constitui-se como a terapia padrão para a infeção pelo VIH. Esta é constituída normalmente por três ou mais medicamentos que aumentam a contagem de células CD4+ no organismo e inibem a replicação viral do VIH através da diminuição da carga viral do vírus, reduzindo assim o risco de transmissão e aumentando a probabilidade de sobrevivência (AIDSinfo, 2017; Severe et al., 2005).

### **Infeção pelo VIH, sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida**

Dado que a infeção VIH não tem cura, esta é atualmente considerada uma doença crónica. Neste contexto, vários autores (e.g., Betancur, Lins, de Oliveira, & Brites, 2017; Clarke & Currie, 2009; Morrison et al., 2002; Nanni, Caruso, Mitchell, Meggiolaro, & Grassi, 2015; Nyamathi et al., 2017) referem uma prevalência elevada de sintomas depressivos e ansiosos e de perturbação depressiva major em doentes infetados pelo VIH, sendo o diagnóstico de infeção pelo VIH um fator de risco para o desenvolvimento desta sintomatologia. De igual modo, a perturbação depressiva é considerada a perturbação psiquiátrica mais comum em doentes seropositivos (Eller et al., 2014; Nanni et al., 2015). A presença de sintomatologia depressiva e ansiosa nesta população torna-se ainda mais premente, pelo facto de esta sintomatologia se encontrar associada a uma menor adesão ao tratamento

para o VIH, além de poder comprometer o sistema imunitário dos indivíduos seropositivos, sistema esse que já se encontra fragilizado devido à doença, contribuindo assim para uma progressão mais rápida do VIH para SIDA e subsequente mortalidade (Brandt et al., 2016; Morrison et al., 2002; Nanni et al., 2015; Schuster, Bornovalova, & Hunt, 2012; Venable et al., 2006).

Para além dos sintomas psicológicos, um outro indicador importante na infeção VIH é a qualidade de vida. Este é um conceito multidimensional e subjetivo, pois de acordo com a conceptualização da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida refere-se à “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994; citado por Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2001, p. 110), estando assim associada às dimensões físicas, psicológicas, sociais e culturais da vida do indivíduo.

No contexto da infeção VIH, existe evidência de que a qualidade de vida dos doentes se encontra comprometida tanto nos domínios físico como mental (e.g., Degroote, Vogelaers, & Vandijck, 2014; Hays et al. 2000, Seidl, Zannon, & Tróccoli, 2005). Ao nível do domínio físico, e tendo em consideração os estádios da doença, a qualidade de vida encontra-se mais comprometida em doentes sintomáticos e com SIDA do que em doentes assintomáticos (Hays et al., 2000; Pereira & Canavarro, 2011; Seidl et al., 2005). Neste domínio, num estudo de Hays et al. (2000), a média obtida pelos doentes assintomáticos foi similar à da população geral, o que sugere que a qualidade de vida no domínio físico pode estar relacionada com os sintomas somáticos da infeção.

Hays et al. (2000) referem, no entanto, que os doentes infetados pelo VIH reportam pior qualidade de vida ao nível mental comparativamente à população geral, independentemente do estágio da infeção. Também neste domínio, a presença e número de sintomas somáticos experienciados pelos doentes influencia a sua qualidade de vida mental (psicológica), verificando-se uma associação negativa forte entre o número de sintomas experienciados e a qualidade de vida dos doentes (Hays et al., 2000; Wachtel et al., 1992). De forma consistente, também tem sido reportada uma associação entre mais sintomatologia depressiva e ansiosa e pior percepção de qualidade de vida no contexto desta infeção (Betancur et al., 2017; Brandt et al., 2016; Nanni et

al., 2014). Outros factores, como por exemplo os sociodemográficos, são também apontados como determinantes da percepção de qualidade de vida dos doentes seropositivos. A este respeito, vários autores (e.g., Bhat et al., 2015; Degroote et al., 2014; Martins, Monteiro, Fialho, Canavarro, & Pereira, 2016) têm reportado uma associação entre o nível de escolaridade, a situação económica e profissional e qualidade de vida. De forma consistente, estes estudos têm mostrado que uma situação económica mais desfavorecida e um nível de escolaridade mais baixo encontram-se associados a uma pior percepção de qualidade de vida. Relativamente à escolaridade, Degroote et al. (2014) referem duas possíveis hipóteses explicativas. A primeira prende-se com o facto de poder ser esta a estar na base da situação financeira dos indivíduos, e a segunda que um nível de escolaridade baixo pode traduzir-se numa pior capacidade de compreensão das recomendações terapêuticas, levando a que os indivíduos estejam menos informados sobre a sua infeção e, conseqüentemente, menos envolvidos no processo terapêutico. Ao nível da situação profissional, a evidência mostra que os indivíduos seropositivos empregados a tempo inteiro reportam uma maior qualidade de vida (Bhat et al., 2015; Cunha et al., 2015; Martins et al., 2016). Uma possível explicação para esta associação prende-se com o facto de a empregabilidade poder fornecer uma identidade social e uma rede de apoio social aos indivíduos (Degroote et al., 2014).

Neste contexto, também o apoio social e emocional providenciado pela rede de apoio têm sido associados a melhor qualidade de vida nos diferentes domínios (Degroote et al., 2014; Bhat et al., 2015). Com efeito, a existência de uma rede de apoio social pode mitigar os efeitos do stresse e contribuir para um melhor ajustamento psicológico às situações adversas (Duarte, Joaquim, & Nunes; 2016). No entanto, sendo a infeção VIH uma doença altamente estigmatizada, o diagnóstico desta infeção e conseqüentes experiências de discriminação e estigmatização podem funcionar como factores de exclusão social (Filho et al., 2014).

Numa revisão de Ciesla e Roberts (2001), estes autores referem que, apesar das taxas de depressão serem mais elevadas em indivíduos infetados pelo VIH do que na população geral, estas são mais baixas do que na população internada, o que sugere que a relação entre a infeção pelo VIH e a sintomatologia depressiva pode não ser direta, podendo ser influenciada por

outros fatores, como o estigma e outros stressores ambientais. No que diz respeito à qualidade de vida, vários estudos realizados em diversos países (e.g., Degroote et al., 2014; Oliveira, Moura, de Araújo, & Andrade, 2015; Rasoolinajad et al., 2018; Rueda et al., 2016) reportaram uma associação negativa entre experiências de estigma e discriminação e qualidade de vida dos doentes infetados pelo VIH. Em diferentes países, a evidência também indica que o auto-estigma experienciado pelos doentes se encontra associado a uma menor qualidade de vida (Nobre, Pereira, Roine, Sutinen, & Sintonen, 2018; Nyamathi et al., 2017). Neste sentido, o facto destas associações terem sido reportadas em diversos países com contextos culturais diferenciados, como o Irão, Índia, Brasil e Finlândia, parece indicar que estas associações são universais, não estando dependentes de um ambiente cultural específico.

### **Estigma e discriminação em relação à infeção pelo VIH**

A infeção pelo VIH é entendida ainda como uma doença altamente estigmatizada. Esta estigmatização é/foi potenciada pelo facto de aquando do surgimento da epidemia, esta ter sido associada a dois grupos que já eram marginalizados: homens homossexuais e consumidores de drogas injetáveis (Marsicano et al., 2014; Relf, Mallinson, Pawlowski, Dolan, & Dekker, 2005). De acordo com Marsicano et al. (2014), o facto de este vírus ter afetado primariamente grupos já estigmatizados potenciou comportamentos discriminatórios em relação aos indivíduos infectados pelo VIH.

Por definição, o estigma é uma marca ou atributo pessoal que tem um efeito desvalorizante e que leva a que o seu portador seja tratado de forma diferenciada (Goffman, 1963). No caso da infeção pelo VIH, a marca ou atributo é o diagnóstico da doença. A estigmatização ocorre quando um indivíduo “tem, ou acredita que tem, algum atributo ou característica que reflete uma identidade social que é depreciada num contexto social particular” (Crocker, Major, & Steele, 1998; citados por Major & O’Brien, 2005, p. 394). O estigma é assim, uma construção social, que é relacional e específica do contexto (Major & O’Brien, 2005). Segundo Parker e Aggleton (2003), a estigmatização e discriminação podem ser conceptualizadas como processos sociais que, legitimando uma hierarquia social que promove os grupos dominantes e desigualdades da mesma, reproduzem as desigualdades e a exclusão de alguns grupos sociais. Uma das formas pelas quais o estigma

pode afetar o indivíduo estigmatizado é através do tratamento negativo e discriminação pelos outros. Estes comportamentos podem-se manifestar através da rejeição social, intolerância, evitamento, uso de estereótipos, violência, entre outros (Ugarte, Högberg, Valladares, & Essén, 2013).

No que diz respeito à discriminação, esta pode ser conceptualizada como o comportamento ou ação que resulta das atitudes estigmatizantes. No caso específico da infeção pelo VIH, é o facto do atributo ou característica estigmatizante ser percebido pelos outros indivíduos como controlável, independentemente deste o ser ou não, que leva a uma maior discriminação desta população (Boarts, Bogart, Tabak, Armelie, & Delahanty, 2008). Estas experiências estigmatizantes vão aumentar a exposição dos indivíduos a situações potencialmente stressoras, pois são ameaçadoras para a sua identidade, e vão despoletar respostas emocionais, cognitivas, fisiológicas e comportamentais, como por exemplo, ansiedade e hipervigilância (Major & O'Brien, 2005). O indivíduo pode internalizar as experiências negativas de discriminação, preconceito e desvalorização por parte da sociedade, gerando-se assim um auto-estigma por parte do indivíduo infetado. As manifestações de auto-estigma incluem sentimentos de vergonha, de culpa, de não ter valor, de estar sujo e medo de comportamentos preconceituosos por parte de outros (Li, Mo, Wu, & Lau, 2016; Nobre et al., 2018). O auto-estigma parece ser, assim, o tipo de estigma que mais influencia negativamente a qualidade de vida e funcionar como um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Li et al., 2016; Ma, Saint-Hilaire, Thomas, & Tickle-Degnen, 2016).

No contexto das condições crónicas de saúde, vários estudos têm reportado que as experiências de estigma e auto-estigma podem influenciar o bem-estar físico e psicológico, o acesso a cuidados de saúde, o apoio social e o estilo de *coping* (Heckman, 2003; Venable et al., 2006). Neste sentido, tem sido relatada uma associação entre a perceção de estigma e uma maior sintomatologia depressiva e ansiosa e menor qualidade de vida em doentes crónicos (Gredig & Bartelsen-Raemy, 2017; Johnson, Brodsky, & Cataldo, 2014; Ma et al., 2016). No caso específico da infeção pelo VIH, a literatura tem também realçado a associação entre mais experiências de estigma e menor adesão ao tratamento antiretroviral, menor qualidade de vida, mais sintomatologia depressiva e ansiosa e maior isolamento social e solidão de

doentes seropositivos (e.g., Holzemer et al., 2009; Kamen et al., 2015, Li et al., 2016; Nobre et al., 2018; Rasoolinajad et al., 2018; Vanable et al., 2006).

### **Auto-compassão**

A auto-compassão, tal como conceptualizada por Neff (2003a), divide-se em três componentes básicos: (a) compreensão – capacidade para ser amável e compreensível para consigo próprio, em vez de ser demasiado crítico e punitivo; (b) condição humana- entender as próprias experiências como fazendo parte de uma experiência humana maior, em vez de experienciar sentimentos de isolamento; (c) *mindfulness* – aceitação dos próprios pensamentos e sentimentos dolorosos, sem se sobre-identificar excessivamente com eles. A auto-compassão pode então ser vista como uma estratégia de regulação emocional, e tem-se mostrado associada a um melhor ajustamento à doença crónica, nomeadamente a menores níveis de stresse, ansiedade, catastrofização, autocomiseração, sentimento de culpa e vergonha, e maior procura de cuidados médicos e uso de comportamentos mais adaptativos (e.g., Dowd & Jung, 2017, Pinto-Gouveia, Duarte, Matos, & Fráguas, 2013; Sirois, Molnar, & Hirsch, 2015). De acordo com Neff (2003a), indivíduos com maior auto-compassão experienciam maior bem-estar psicológico, pois os sentimentos de fracasso e sofrimento não são exacerbados e perpetuados através do auto-criticismo, sentimentos de isolamento e sobre-identificação com os próprios pensamentos e emoções, como acontece com indivíduos com menor auto-compassão. Indivíduos com maior auto-compassão registam também menores níveis de ruminação, que é um dos processos que pode levar a sintomas depressivos e ansiosos, e de supressão de pensamentos. Assim, os indivíduos mais auto-compassivos têm uma auto-regulação mais eficaz, nomeadamente ao nível do estabelecimento de objetivos e tomada de riscos e de auto-regulação das emoções negativas (Neff, 2003a, Sirois et al., 2015).

A auto-compassão torna-se ainda mais relevante no caso da infeção pelo VIH, pois comportamentos de risco, como o não uso de preservativo, não recorrer a serviços de saúde ou o não cumprimento dos tratamentos prescritos podem trazer consequências nefastas tanto para o indivíduo seropositivo, como, no caso de estarem envolvidos em relações amorosas, para os/as seus/suas parceiro/as. Porém, no contexto da infeção pelo VIH,

são poucos os estudos que se tenham debruçado sobre o constructo da auto-compassão. Neste contexto específico, Brion, Leary e Drabkin (2014) referiram que a auto-compassão estava associada a um melhor ajustamento à doença, estando esta relacionada com a forma como os indivíduos com o VIH relatavam lidar com a infeção em termos das suas reações emocionais, dos comportamentos relacionados com a sua saúde e das suas relações sociais. Estes autores referiram ainda que os indivíduos seropositivos com auto-compassão mais elevada reportaram melhor ajustamento psicológico e utilização de comportamentos mais adaptativos, nomeadamente menor experiencição de afeto negativo, menos sentimentos de vergonha e preocupação acerca dos outros descobrirem ou saberem da sua doença, assim como menos sentimentos de que eram pessoalmente responsáveis por serem seropositivos, merecerem ter contraído o VIH ou que estavam a ser punidos com a doença. Também em doentes infetados pelo VIH, Eller et al. (2014) reportaram que os sujeitos com sintomatologia depressiva obtiveram uma menor pontuação na dimensão compreensão da auto-compassão e uma maior pontuação na dimensão auto-crítica (faceta inversa da dimensão compreensão) do que os sujeitos sem esta sintomatologia. Reportaram ainda que o maior preditor de sintomatologia depressiva foi a auto-crítica. Estes dados sugerem uma associação entre uma baixa auto-compassão e maior sintomatologia depressiva. Num estudo multicêntrico que analisou a relação entre auto-compassão e comportamentos de risco em indivíduos infetados com o VIH, os resultados mostraram que os indivíduos com menor auto-compassão reportam mais comportamentos sexuais de risco, nomeadamente sexo vaginal e/ou anal sem utilização de preservativo (Rose et al., 2014).

Recentemente, Yang e Mak (2017) reportaram um papel moderador da auto-compassão na associação entre o conteúdo dos pensamentos auto-estigmatizantes sobre o VIH e o bem-estar em indivíduos seropositivos. Em concreto, estes autores mostraram que em indivíduos com baixos níveis de auto-compassão, o conteúdo dos pensamentos auto-estigmatizantes estava significativamente e negativamente associado com o seu bem-estar. Em indivíduos com níveis elevados de auto-compassão esta associação não foi significativa.

Num estudo multinacional realizado por Kempainen et al. (2013), que incluiu participantes do Canadá, China, Namíbia, Estados Unidos da

América e Porto Rico, estes autores reportaram que níveis mais elevados de auto-compaixão se encontravam negativamente associados a ansiedade. Estes dados foram consistentes em todos os países analisados, sugerindo que esta associação possa ocorrer independentemente de fatores culturais, reforçando ainda a relevância transcultural do conceito de auto-compaixão.

Num estudo piloto conduzido por Skinta, Lezama, Wells e Dilley (2015) sobre uma intervenção de grupo que integrava Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) com Terapia Focada na Compaixão (CFT), os participantes relataram uma diminuição do auto-estigma, um aumento da flexibilidade psicológica e uma redução do seu sofrimento psicológico após a intervenção e no período de *follow-up* (4 semanas e 8 semanas após a intervenção), tendo o auto-estigma continuado a decrescer no período de *follow-up*. Apesar de ser um estudo piloto com poucos participantes, estes dados sugerem uma relação entre a auto-compaixão e a flexibilidade psicológica e a diminuição de estigma e melhoria da qualidade de vida.

### **Flexibilidade psicológica**

Dado que a auto-compaixão implica que os indivíduos não evitem ou suprimam os seus pensamentos e sentimentos dolorosos de modo a conseguirem reconhecer e sentir compaixão para com a própria experiência (Neff, 2003a), esta encontra-se estreitamente associada ao conceito de flexibilidade psicológica. A flexibilidade psicológica implica a capacidade de reconhecer e de se adaptar a várias exigências situacionais, de mudança de estratégias cognitivas e comportamentais quando as em uso estão a comprometer o funcionamento pessoal ou social e o contacto com o momento presente (Kashdan & Rottenberg, 2010). No polo oposto encontra-se a inflexibilidade psicológica, que é caracterizada pela fusão cognitiva e evitamento experiencial, que engloba a supressão de pensamentos e emoções e o evitamento situacional (Hayes & Strosahl, 2004). A supressão de pensamentos aumenta a carga emocional e as reações fisiológicas associadas aos pensamentos. Esta estratégia, apesar de muito utilizada, acaba por ter um efeito paradoxal, pois normalmente leva a um aumento dos sintomas e da frequência desses pensamentos (Moitra, LaPlante, Armstrong, Chan, & Stein, 2017).

Tem sido reportada uma associação entre a flexibilidade psicológica e uma melhor adaptação psicológica (e.g., Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Kashdan & Rottenberg, 2010; Moitra et al., 2017). Numa meta-análise de 32 estudos conduzida por Hayes et al. (2006), uma maior flexibilidade psicológica foi consistentemente associada a melhor qualidade de vida e bem-estar psicológico. Ao nível da sintomatologia depressiva e ansiosa, a evidência indica que ambas são caracterizadas por inflexibilidade cognitiva e comportamental (Kashdan & Rottenberg, 2010; Venta, Sharp & Hart, 2012). Um exemplo desta inflexibilidade é a ruminação, que se constitui como um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Especificamente, a ruminação é caracterizada por um estilo de pensamento inflexível, em que as ideias ou temas sobre as possíveis causas e efeitos dos sintomas se repetem. Nesta sintomatologia existe também um estilo atribucional inflexível, em que são repetidamente feitas atribuições internas, globais e estáveis para acontecimentos negativos (Kashdan & Rottenberg, 2010). No que respeita às perturbações de ansiedade, estas são caracterizadas por evitamento experiencial, que é uma manifestação de inflexibilidade psicológica (Kashdan & Rottenberg, 2010).

No caso concreto do estigma, a flexibilidade psicológica em relação a este processo envolve a consciência do doente dos seus pensamentos estigmatizantes no momento presente, a desfusão desses pensamentos, a aceitação dos mesmos em vez da utilização de estratégias de evitamento, e o compromisso com as ações valorizadas, mesmo na presença de sentimentos e pensamentos estigmatizantes (Levin, Luoma, Lillis, Hayes, & Vilardaga, 2014).

Do nosso conhecimento, são poucos os estudos que se tenham debruçado sobre o constructo da flexibilidade psicológica no contexto da infeção pelo VIH. No entanto, os estudos existentes nesta área mostraram uma associação entre maior utilização de evitamento experiencial (menor flexibilidade psicológica) e pior adaptação à doença, pior saúde mental e maior envolvimento em comportamentos de risco (Chartier et al., 2010). No polo oposto, a maior flexibilidade psicológica tem sido associada a melhor qualidade de vida, melhor adaptação à doença e menor sintomatologia ansiosa e depressiva (Landstra, Ciarrochi, Deane, & Hillman, 2013).

### **O presente estudo**

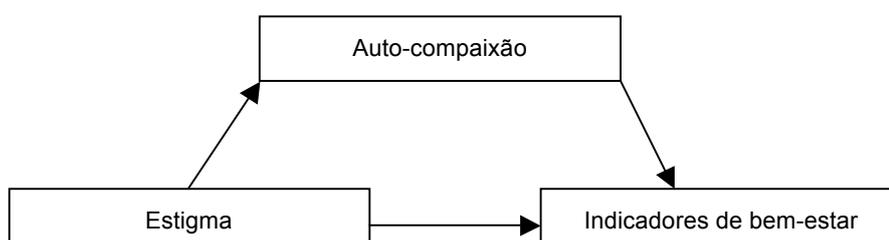
Na literatura atual tem havido um interesse cada vez maior no estudo da auto-compaixão e flexibilidade psicológica e na sua associação aos diferentes indicadores de bem-estar. Porém, apesar do número crescente de estudos sobre estes processos psicológicos, e em variados contextos, poucos se debruçaram sobre o seu estudo no contexto do ajustamento psicológico à infeção pelo VIH, e concretamente sobre as experiências de estigma. Porém, em outros contextos (e.g., perturbações do comportamento alimentar), existe evidência do possível papel amenizador da auto-compaixão no efeito das experiências de estigma na sintomatologia depressiva e qualidade de vida (Hilbert et al., 2015). Neste estudo, os autores observaram que nos indivíduos com excesso de peso e obesos, a auto-compaixão mediou parcialmente a relação entre auto-estigma e depressão, sintomas somáticos e qualidade de vida. Concretamente, a auto-compaixão reduziu o efeito do auto-estigma sobre estes indicadores de bem-estar em cerca de um terço. Também Wong et al. (2016) reportaram o papel protetor da auto-compaixão no contexto da parentalidade de crianças com perturbações do espectro do autismo. Estes autores reportaram o papel moderador da auto-compaixão na associação entre estigma afiliativo e stresse psicológico, nomeadamente que o estigma afiliativo estava significativamente associado a stresse psicológico em pais com baixos níveis de auto-compaixão, mas não em pais com níveis elevados.

Por exemplo, no contexto da esclerose múltipla, foi recentemente reportado por Valvano, Floyd, Penwell-Waines, Stepleman, Lewis e House (2016) que quando doentes experienciavam maior fusão cognitiva com cognições relacionadas com estigma, podem ficar especialmente susceptíveis a um aumento de sintomatologia depressiva e ansiosa e a uma diminuição da qualidade de vida. Estes dados sugerem que a fusão cognitiva, característica da inflexibilidade psicológica, pode mediar os efeitos do estigma na sintomatologia depressiva e ansiosa e na qualidade de vida de doentes com esclerose múltipla. Neste sentido, e considerando a evidência em outros contextos de condições crónicas de saúde, espera-se que a auto-compaixão e a flexibilidade psicológica possam ser importantes processos na redução do impacto negativo do estigma na saúde mental e qualidade de vida dos doentes infetados pelo VIH.

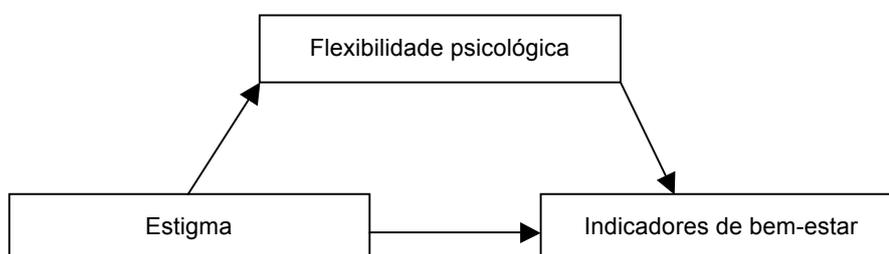
## II - Objetivos

Face ao exposto, o presente estudo tem como objetivo geral estudar o papel da auto-compaixão e da flexibilidade psicológica na associação entre as experiências de estigma e ajustamento psicológico de homens e mulheres infetados pelo VIH. Como objetivos específicos definiram-se os seguintes:

1. Caracterizar o impacto psicológico da infeção pelo VIH, considerando os indicadores de estigma e de bem-estar (sintomas de ansiedade e depressão, qualidade de vida);
2. Avaliar a associação entre as experiências de estigma e os indicadores de bem-estar;
3. Avaliar a associação entre auto-compaixão, flexibilidade psicológica, e os indicadores de bem-estar;
4. Analisar o potencial papel mediador da auto-compaixão (Figura 1) e flexibilidade psicológica (Figura 2) na associação entre experiências de estigma e os indicadores de bem-estar em doentes infetados pelo VIH em Portugal.



**Figura 1. Esquema do papel mediador da auto-compaixão na associação entre experiências de estigma e os indicadores de bem-estar**



**Figura 2. Esquema do papel mediador da flexibilidade psicológica na associação entre experiências de estigma e os indicadores de bem-estar**

Tendo em conta os objetivos mencionados e a revisão de literatura, estabeleceram-se as seguintes hipóteses de investigação:

1. Quanto maiores as experiências de estigma, maior será a incidência de sintomatologia ansiosa e depressiva e menor será a sua perceção de qualidade de vida.
2. Quanto mais elevada for a auto-compassão e flexibilidade psicológica dos doentes seropositivos, menor será a sintomatologia depressiva e ansiosa e mais elevada será a sua perceção de qualidade de vida.
3. Quanto mais elevada for a auto-compassão e flexibilidade psicológica dos indivíduos infectados pelo VIH, menor será o impacto negativo das experiências de estigma nos diferentes indicadores de bem-estar.

### III - Método

#### Participantes

A amostra deste estudo foi composta por 100 adultos que vivem em Portugal com o VIH, com uma idade média de 41.42 anos. Os participantes eram maioritariamente do sexo masculino (56%), nascidos em Portugal (85%) e mais frequentemente solteiros (41%). Relativamente às habilitações literárias e situação profissional, a maioria frequenta ou completou o ensino universitário (51%) e encontra-se empregada (54%). Quanto à área de residência, existe um predomínio do meio urbano (90%). No Quadro 1 são apresentadas as características sociodemográficas detalhadas da amostra.

**Quadro 1. Características sociodemográficas da amostra (N = 100)**

	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Sexo</b>		
Masculino	56	56.0
Feminino	42	42.0
Transexual (sexo masculino → feminino)	1	1.0
Transexual (sexo feminino → masculino)	1	1.0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	41	41.0
Casado/União de facto	23	23.0
Numa relação (não vivendo juntos)	14	14.0
Divorciado/Separado	19	19.0
Viúvo	3	3.0
<b>Habilitações literárias</b>		
< 9º ano (inclusive)	17	17.0
10º-12º ano	32	32.0
Frequenta/Completou ensino universitário	51	51.0
<b>Situação profissional</b>		
Empregado	54	54.0
Desempregado	27	27.0
Estudante	4	4.0
Reformado	15	15.0
<b>Área de residência</b>		
Meio Rural	10	10.0
Meio Urbano	90	90.0
<b>País de nascimento</b>		
Portugal	85	85.0
Outros	15	15.0
	<b><i>M</i></b>	<b><i>DP</i></b>
<b>Idade (anos)</b>	41.42	10.62
<b>Duração da relação (meses; N = 37)</b>	115.95	117.67

Quanto às características relativas à infecção pelo VIH, a média de anos de vivência com este diagnóstico foi de 12.88. No que diz respeito às restantes características, existe um predomínio da transmissão da infecção por via sexual (75%) e de uma adesão de 100% no último mês ao tratamento antirretroviral (78%). Predominam os indivíduos com infecção assintomática (77%), com carga viral indetetável (87%) e com uma contagem mais recente de CD4+ superior a 350 células/ml (68%). A maioria dos participantes (81%) não reporta presença de outras co-infecções. Predominam também os indivíduos que já revelaram a alguém o seu estado serológico (91%), tendo esta revelação sido feita mais frequentemente a amigos (77%). No Quadro 2 são apresentadas as características detalhadas relativas à infecção pelo VIH.

**Quadro 2. Características da infecção VIH da amostra (N=100)**

	N	%
<b>Modo de transmissão</b>		
Relações sexuais	75	75.0
Partilha de agulha ou outros objetos de injeção	11	11.0
Desconhecido	12	12.0
<b>Percentagem de tratamento que seguiu no último mês</b>		
0%	8	8.0
10-30%	3	3.0
40-60%	3	3.0
70-90%	8	8.0
100%	78	78.0
<b>Estádio da doença</b>		
Assintomático	77	77.0
Sintomático	7	7.0
SIDA	3	3.0
Desconhecido	13	13.0
<b>Carga viral mais recente</b>		
Indetetável	87	87.0
Detetável	9	9.0
Desconhecido	4	4.0
<b>Contagem de CD4 mais recente (N = 99)</b>		
< 350 células/ml	11	11.0
>350 células/ml	68	68.0
Não sabe	20	20.0
<b>Presença de co-infecções</b>		
Hepatite B crónica	2	2.0
Hepatite C crónica	17	17.0
Nenhuma das duas	81	81.0

**Revelação do estado serológico**

Não	9	9.0		
Sim	91	91.0		
Amigos	77	77.0		
Irmãos	58	58.0		
Pai ou mãe	51	51.0		
Parceiro atual	48	48.0		
Outro membro da família	33	33.0		
Colega(s) de trabalho	27	27.0		
Filhos	18	18.0		
	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>Anos de vivência com o diagnóstico (N = 98)</b>	0	33	12.88	8.41

**Procedimentos**

Este estudo é um estudo quantitativo, com avaliação num único momento (desenho transversal), e integra um projeto de investigação mais abrangente sobre viver com o VIH em Portugal. O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC).

A recolha de dados foi realizada através de um inquérito *online* alojado no site da FPCEUC. Para este estudo, foi também criada uma página na rede social Facebook com um *link* para o inquérito e a explicação dos objetivos do estudo, critérios de inclusão (ser VIH-positivo, ter idade igual ou superior a 18 anos, saber ler e escrever em Português, identificação da equipa de investigação e considerações éticas do estudo, como a natureza voluntária da participação no estudo, a confidencialidade e anonimato das respostas aos questionários. Para a recolha de dados, foram enviados pedidos de colaboração na divulgação do estudo a associações nacionais de apoio a indivíduos com infeção pelo VIH. O estudo foi também divulgado em vários grupos de apoio a indivíduos seropositivos na rede social Facebook.

**Instrumentos****Dados sociodemográficos e relativos ao VIH**

O questionário de dados sociodemográficos e dados relativos ao VIH foi desenvolvido pelos investigadores, de acordo com os objetivos do estudo.

Este questionário inclui informação sobre os dados sociodemográficos (e.g., idade; estado civil), a história de VIH (e.g., modo de transmissão; estágio da doença), bem como experiências de estigma e discriminação (e.g., “Sente que já passou por situações de discriminação por causa do VIH/SIDA?”).

### **Estigma**

A *Escala de Estigma em relação ao VIH – Revista* (Wright, Naar-King, Lam, Templin, & Frey, 2007; Versão Portuguesa (VP): Martins et al., estudos psicométricos em curso) é a versão abreviada da *HIV Stigma Scale* de Berger, Ferrans e Lashley (2001) e inclui 10 itens, divididos em quatro subescalas: 3 itens de *Estigma personalizado* (e.g., “Perdi amigos por lhes dizer que tenho VIH”); 2 itens de *Revelação do estado serológico* (e.g., “Tenho muito cuidado a quem digo que tenho VIH”); 3 itens de *Auto-imagem negativa* (e.g., “Ter VIH faz-me sentir impuro(a)”); e 2 itens de *Atitudes públicas* (e.g., “A maioria das pessoas pensa que uma pessoa com VIH é nojenta”). Os itens são respondidos numa escala de resposta tipo Likert de 4 pontos, que varia de 1 (*Discordo fortemente*) a 4 (*Concordo fortemente*). Neste questionário, uma pontuação mais elevada corresponde a maior perceção de estigma. As pontuações obtidas podem ser analisadas por subescala e pela soma das pontuações das mesmas, perfazendo o estigma total. A pontuação máxima que se pode obter na escala de estigma total é de 40 pontos. Nos estudos originais, o alfa de Cronbach foi de .75 para a subescala de *Estigma personalizado*, de .73 para a *Revelação*, de .84 para a *Auto-imagem negativa*, e de .72 para a subescala *Atitudes públicas* (Wright et al., 2007). Na amostra deste estudo, os valores do alfa de Cronbach variaram entre .53 (*Atitudes públicas*) e .81 (*Estigma personalizado*). Para o total da escala, o valor do alfa de Cronbach foi de .78.

### **Sintomas de ansiedade e depressão**

A *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; VP: Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Meneses, & Baltar, 2007) foi utilizada para avaliar a sintomatologia depressiva e ansiosa em contexto hospitalar. Esta escala tem a particularidade de, para prevenir a interferência de sintomas somáticos na pontuação da escala, excluir os sintomas de ansiedade ou de depressão relacionados com doenças, como a

perda de apetite e perturbações do sono. A HADS é composta por duas subescalas: uma que mede a ansiedade e outra a depressão, sendo que ambas contêm 7 itens e as pontuações são calculadas separadamente. Um exemplo de item da subescala Ansiedade é “Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)” e da subescala Depressão é “Sinto-me animado”. As respostas do sujeito são dadas numa escala de 4 pontos (0 a 3 pontos), pelo que a pontuação máxima que se pode obter em cada uma das escalas é de 21 pontos e a mínima é de 0 pontos. Um resultado entre 0 e 7 é considerado normal, entre 8 e 10 ligeiro, entre 11 e 14 moderado e entre 15 e 21 severo. Nos estudos de validação da versão Portuguesa, para a subescala de ansiedade o alfa de Cronbach foi de .76 e para a subescala de depressão foi de .81 (Pais-Ribeiro et al., 2007). No presente estudo, o valor do alfa de Cronbach para a subescala Ansiedade foi de .87 e para a subescala Depressão de .86.

### **Qualidade de vida**

O EUROHIS-QOL-8 (Schmidt, Mühlhan, & Power, 2006; VP: Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011) é uma medida composta por oito itens que avalia a perceção de qualidade de vida. Um exemplo de item é “Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?”. As respostas aos itens são dadas numa escala de resposta de 5 pontos, sendo que valores mais elevados correspondem a uma melhor perceção de qualidade de vida. O resultado final do EUROHIS-QOL-8 é obtido através do somatório das pontuações obtidas nos itens e da sua conversão para um valor de 0 a 100. Nos estudos da versão Portuguesa, o valor do alfa de Cronbach foi de .83 (Pereira et al., 2011). Na presente amostra, o valor do alfa de Cronbach foi de .83.

### **Auto-compaixão**

A *Escala de Auto-compaixão* (SELFCS; Neff, 2003a; VP: Castilho & Pinto-Gouveia, 2011) foi usada para avaliar a auto-compaixão. Esta escala é constituída por 26 itens divididos em seis subescalas: Calor/Compreensão (e.g., “Tento ser carinhoso comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente”), Auto-crítica (e.g., “Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspectos da minha personalidade que não gosto”), Humanidade comum (e.g., “Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana”),

Isolamento (e.g., “Quando me sinto com muitas dificuldades tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis”), *Mindfulness* (e.g., “Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura”) e Sobre-identificação (e.g., “Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos”). Os itens são respondidos numa escala de resposta de 5 pontos, que varia entre 1 (*Quase Nunca*) e 5 (*Quase Sempre*). As pontuações podem ser calculadas por subescala, calculando a média da pontuação dos itens, ou por pontuação total da escala, sendo esta obtida pela média de todas as pontuações, sendo que os resultados obtidos nas subescalas Auto-crítica, Isolamento e Sobre-identificação são calculados inversamente. Quanto mais elevada a pontuação na escala/subescala, maior a auto-compassão. Nos estudos de validação em Portugal, os valores de consistência interna variaram entre .73 (*Mindfulness*) e .84 (*Calor/Compreensão*). Para total da escala, o alfa de Cronbach foi de .89 (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). No presente estudo, os valores do alfa de Cronbach variaram entre .69 (*Mindfulness*) e .88 (*Isolamento*). Para o total da escala este valor foi de .93.

### **Flexibilidade psicológica**

A flexibilidade psicológica foi avaliada através do *Questionário de Aceitação e Acção – II* (AAQ-II; Bond et al., 2011; VP: Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012). O AAQ-II é composto por 7 itens, que são respondidos numa escala de resposta de 7 pontos, variando entre 1 (*Nunca verdadeiro*) e 7 (*Sempre verdadeiro*). Um exemplo de item é “As minhas memórias dolorosas impedem-me de ter uma vida em pleno”. A pontuação total é obtida através do somatório das pontuações obtidas em cada item e varia entre 7 e 49 pontos. Uma pontuação mais elevada é indicadora de uma maior inflexibilidade psicológica. No estudo de validação para a população portuguesa o alfa de Cronbach foi de .90 (Pinto-Gouveia et al., 2012). Na amostra do presente estudo, o valor do alfa de Cronbach foi de .95.

### **Análise de dados**

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso à versão 22.0 do programa *Statistical Program for Social Sciences* (IBM SPSS). Para a caracterização sociodemográfica e relativa ao VIH da amostra recorremos

à estatística descritiva (e.g., médias, desvios-padrão [DP], frequências). Para analisar as associações entre as variáveis em estudo foram utilizadas as correlações de Pearson. Resultados com nível de significação inferior a .05 ( $p < .05$ ) foram considerados estatisticamente significativos.

No que se refere às análises de mediação (Modelo 4; Hayes, 2013), recorreu-se à estratégia de *bootstrapping* recomendada por Preacher e Hayes (2008). Os efeitos indiretos de várias amostras, do tamanho da amostra original, são calculados por intermédio do *bootstrapping*, um procedimento não paramétrico de amostragem com reposição. Este método é recomendado porque, para além de reduzir a probabilidade de ocorrência de um Erro do Tipo 1, não requer a normalidade da distribuição (Hayes, 2009). Baseados no PROCESS, uma macro para o SPSS desenvolvida por Hayes (2013), foram utilizadas 10000 reposições de amostragem (*bootstrapp samples*) e um intervalo de confiança (IC) de 95%. De acordo com Preacher e Hayes (2008), os efeitos condicionais indiretos são significativos quando o zero não está presente no IC (*Bias-corrected Bootstrap Confidence Interval*). No presente estudo, o estigma foi a variável preditora, a ansiedade, a depressão e a qualidade de vida foram as variáveis dependentes e a auto-compaixão e a flexibilidade psicológica foram as variáveis mediadoras.

## IV – Resultados

### Impacto psicológico da infecção pelo VIH, considerando os indicadores de estigma e de bem-estar

No que respeita às experiências de estigma, os resultados descritivos encontram-se apresentados no Quadro 3. Como se pode verificar, o domínio mais comprometido desta escala foi a Revelação do estado serológico ( $M = 6.08$ ) e a pontuação média obtida pelos sujeitos na totalidade da escala foi de 23.71 ( $DP = 5.24$ ). Relativamente à vivência de situações de discriminação devido à infecção pelo VIH, a frequência mais relatada foi de *Algumas vezes* (36.0%).

**Quadro 3. Caracterização da vivência de estigma da amostra (N = 100)**

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
<b>Estigma</b>				
Estigma personalizado	3	12	6.62	2.65
Revelação	2	8	6.08	1.67
Auto-imagem negativa	3	11	4.76	1.96
Atitudes públicas	3	8	5.71	1.27
Pontuação total	12	37	23.17	5.24
	<b>N</b>		<b>%</b>	
<b>Vivência de situações de discriminação devido ao VIH/SIDA</b>				
Nunca	31		31.0	
Raramente	23		23.0	
Algumas vezes	36		36.0	
Relativamente frequente	6		6.0	
Frequentemente	4		4.0	

No que se prende com os indicadores de bem-estar (sintomatologia ansiosa e depressiva e qualidade de vida), os resultados descritivos estão representados no Quadro 4. Na presente amostra, considerando os pontos de corte da HADS, predomina uma ausência de sintomatologia ansiosa (50.0%) e depressiva (72.0%) e apenas uma minoria revela sintomatologia moderada a severa, particularmente sintomatologia depressiva (13.0%). Relativamente às subescalas da HADS, os indivíduos da presente amostra obtiveram uma

pontuação média de 7.51 na subescala de ansiedade e uma pontuação média de 5.16 na subescala de depressão. Em relação à percepção de qualidade de vida, o valor médio foi de 59.97, valor ligeiramente superior ao ponto médio do questionário (50).

**Quadro 4. Indicadores de bem-estar da amostra (N = 100)**

	N	%
<b>HADS-Ansiedade</b>		
Ausência de sintomatologia	51	51.0
Sintomatologia ligeira	22	22.0
Sintomatologia moderada	20	20.0
Sintomatologia severa	7	7.0
<b>HADS-Depressão</b>		
Ausência de sintomatologia	72	72.0
Sintomatologia ligeira	15	15.0
Sintomatologia moderada	8	8.0
Sintomatologia severa	5	5.0
	<b>Mín-Máx</b>	<b>M (DP)</b>
<b>HADS-Ansiedade</b>	0-18	7.51 (4.53)
<b>HADS-Depressão</b>	0-17	5.16 (4.49)
<b>EUROHIS-QOL</b>	25-93.75	59.97 (16.77)

#### **Associação entre as experiências de estigma e os indicadores de bem-estar**

No sentido de analisar a associação entre as experiências de estigma e os indicadores de bem-estar, foram realizadas correlações de *Pearson*, que se encontram no Quadro 5. Pode-se constatar, em relação ao estigma total, uma associação positiva e estatisticamente significativa à sintomatologia ansiosa e depressiva, e uma associação negativa e significativa à qualidade de vida.

**Quadro 5. Correlações entre o estigma e os indicadores de bem-estar**

	Ansiedade	Depressão	Qualidade de vida
Estigma personalizado	.26**	.41***	-.44***
Revelação	.02	.09	.05
Auto-imagem negativa	.35***	.40***	-.40***
Atitudes públicas	.19	.25*	-.23*
Estigma total	.31**	.44***	-.42***

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

No que diz respeito às dimensões da escala de estigma, os resultados mostraram que relativamente à Revelação do estado serológico não foram encontradas associações significativas com nenhum dos indicadores de bem-estar. Para as restantes subescalas observaram-se associações significativas, no sentido esperado, com todos os indicadores de bem-estar, com exceção da associação entre a dimensão Atitudes públicas e sintomatologia ansiosa (cf. Quadro 5).

### **Associação entre a auto-compassão e flexibilidade psicológica e os indicadores de bem-estar**

Através da análise dos coeficientes de correlação de *Pearson* (cf. Quadro 6), pode-se constatar que todas as dimensões de auto-compassão se encontram significativamente associadas aos indicadores de bem-estar. As subescalas Calor/compreensão, Humanidade Comum, Mindfulness e a auto-compassão total encontram-se negativa e significativamente associadas à sintomatologia ansiosa e depressiva, e positivamente associadas à qualidade de vida. Pelo contrário, em relação às subescalas Auto-crítica, Isolamento e Sobre-identificação, verifica-se uma associação positiva à sintomatologia ansiosa e depressiva, e uma correlação negativa com a qualidade de vida. No que diz respeito à flexibilidade psicológica, os dados indicam correlações negativas e estatisticamente significativas com a sintomatologia ansiosa e depressiva e uma correlação positiva com a qualidade de vida.

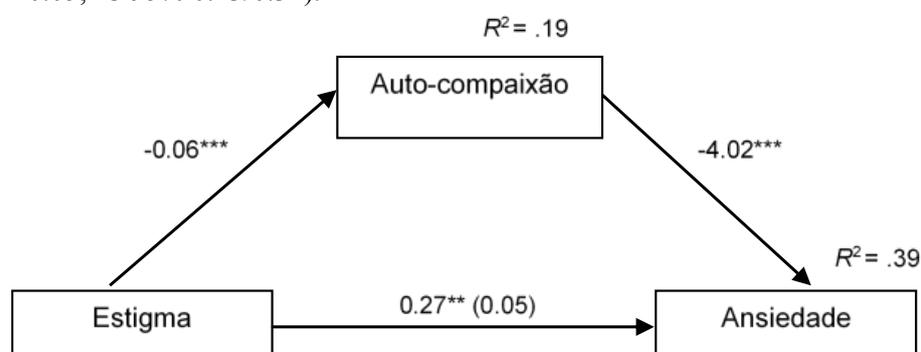
**Quadro 6. Correlações entre a auto-compassão e os indicadores de bem-estar e entre a flexibilidade psicológica e os indicadores**

	<b>Ansiedade</b>	<b>Depressão</b>	<b>Qualidade de vida</b>
<b>Auto-compassão</b>			
Calor/Compreensão	-.39***	-.55***	.53***
Auto-crítica	.56***	.42***	-.47***
Humanidade comum	-.32**	-.49***	.39***
Isolamento	.61***	.61***	-.60***
Mindfulness	-.36***	-.47***	.41***
Sobre-identificação	.56***	.39***	-.38***
Auto-compassão total	-.62***	-.64***	.62***
<b>Flexibilidade psicológica</b>	-.66***	-.60***	.58***

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

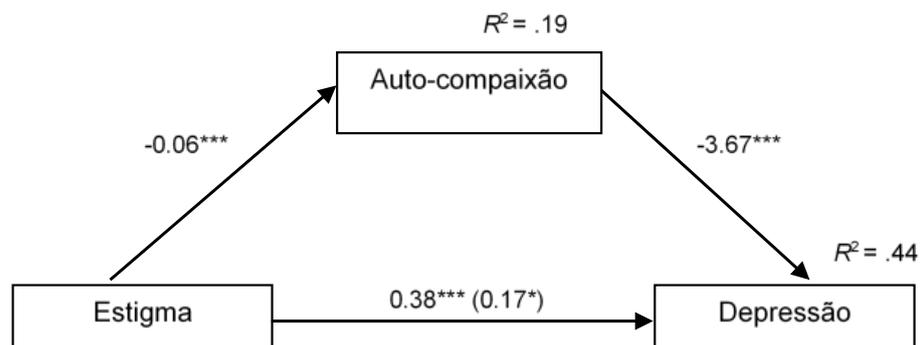
### Papel mediador da auto-compassão na associação entre experiências de estigma e os indicadores de bem-estar

Em primeiro lugar, testámos a auto-compassão enquanto mediadora da associação entre as experiências de estigma e a sintomatologia ansiosa (cf. Figura 3). Os resultados mostraram que o efeito total das experiências de estigma na sintomatologia ansiosa foi significativo ( $B = 0.27$ ,  $SE = 0.08$ ,  $p = .002$ , IC 95% 0.11/0.44). O efeito direto das experiências de estigma na sintomatologia ansiosa não foi significativo ( $B = 0.05$ ,  $SE = 0.08$ ,  $p = .543$ , IC 95% -0.10/0.20). Porém, registou-se um efeito indireto significativo do estigma na sintomatologia ansiosa através da auto-compassão ( $B = 0.22$ ,  $SE = 0.05$ , IC 95% 0.13/0.34).



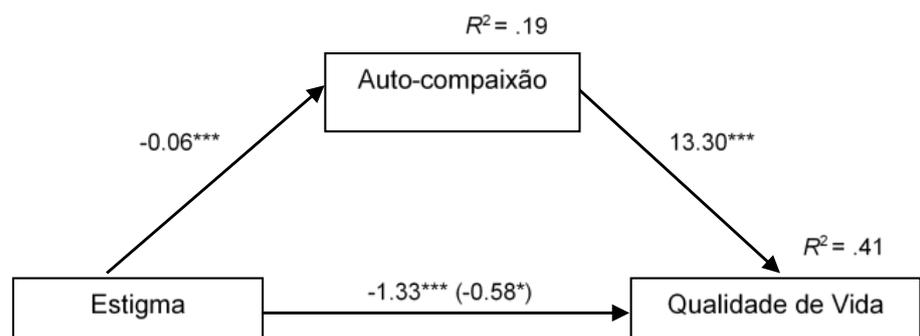
**Figura 3.** Efeito direto e indireto da associação entre experiências de estigma e sintomatologia ansiosa, através da auto-compassão. *Nota.* Os *path* values representam coeficientes de regressão não estandardizados. Na seta que liga o estigma à ansiedade, o valor fora dos parênteses representa o efeito total das experiências de estigma na sintomatologia ansiosa. O valor entre parênteses representa o efeito direto das experiências de estigma na sintomatologia ansiosa, após a inclusão da auto-compassão como mediador. \*\* $p \leq .01$ , \*\*\* $p < .001$

Analizou-se também a auto-compassão enquanto variável mediadora da associação entre as experiências de estigma e a sintomatologia depressiva (cf. Figura 4). Os resultados indicaram que o efeito total das experiências de estigma na sintomatologia depressiva foi significativo ( $B = 0.38$ ,  $SE = 0.08$ ,  $p < .001$ , IC 95% 0.22/0.53). O efeito direto das experiências de estigma na sintomatologia depressiva foi significativo ( $B = 0.17$ ,  $SE = 0.07$ ,  $p = .019$ , IC 95% 0.03/0.32). O efeito indireto do estigma na sintomatologia depressiva através da auto-compassão foi também significativo ( $B = 0.21$ ,  $SE = 0.05$ , IC 95% 0.12/0.31).



**Figura 4.** Efeito direto e indireto da associação entre experiências de estigma e sintomatologia depressiva, através da auto-compaixão. *Nota.* Os *path values* representam coeficientes de regressão não estandardizados. Na seta que liga o estigma à depressão, o valor fora dos parênteses representa o efeito total das experiências de estigma na sintomatologia depressiva. O valor entre parênteses representa o efeito direto das experiências de estigma na sintomatologia depressiva, após a inclusão da auto-compaixão como mediador. \* $p < .05$ , \*\*\* $p < .001$

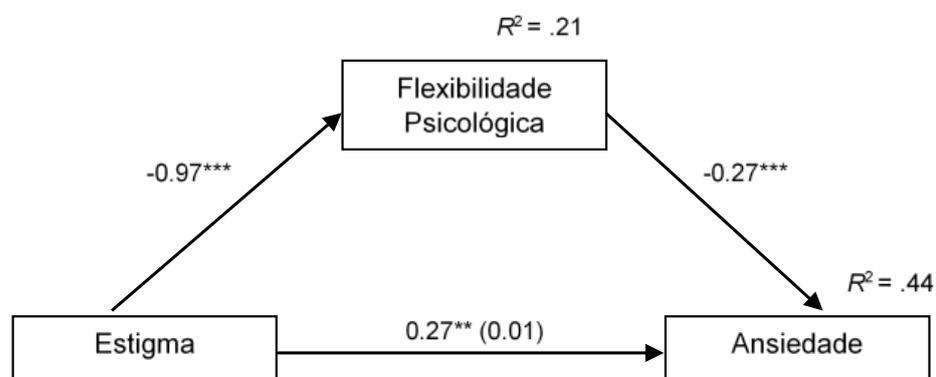
Relativamente ao efeito mediador da auto-compaixão na associação entre o estigma e a qualidade de vida (cf. Figura 5), os resultados mostraram que o efeito total das experiências de estigma na qualidade de vida foi significativo ( $B = -1.33$ ,  $SE = 0.29$ ,  $p < .001$ , IC 95% -1.91/-0.74). O efeito direto das experiências de estigma na qualidade de vida foi significativo ( $B = -0.58$ ,  $SE = 0.28$ ,  $p = .039$ , IC 95% -1.13/-0.03). Registou-se ainda um efeito indireto significativo do estigma na qualidade de vida através da auto-compaixão ( $B = -0.74$ ,  $SE = 0.17$ , IC 95% -1.10/-0.45).



**Figura 5.** Efeito direto e indireto da associação entre experiências de estigma e qualidade de vida, através da auto-compaixão. *Nota.* Os *path values* representam coeficientes de regressão não estandardizados. Na seta que liga o estigma à qualidade de vida, o valor fora dos parênteses representa o efeito total das experiências de estigma na qualidade de vida. O valor entre parênteses representa o efeito direto das experiências de estigma na qualidade de vida, após a inclusão da auto-compaixão como mediador. \* $p < .05$ , \*\*\* $p < .001$

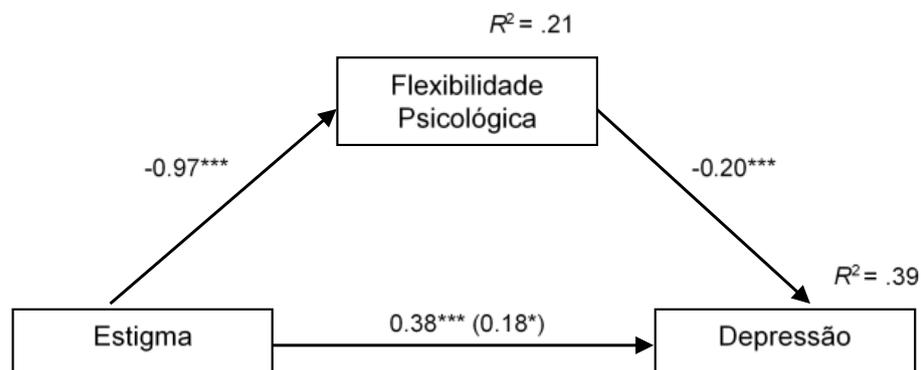
### Papel mediador da flexibilidade psicológica na associação entre experiências de estigma e os indicadores de bem-estar

Em relação à flexibilidade psicológica, em primeiro lugar testámo-la enquanto mediadora da associação entre as experiências de estigma e a sintomatologia ansiosa (cf. Figura 6). Os resultados mostraram que o efeito total das experiências de estigma na sintomatologia ansiosa foi significativo ( $B = 0.27$ ,  $SE = 0.08$ ,  $p = .002$ , IC 95% 0.11/0.44). O efeito direto das experiências de estigma na sintomatologia ansiosa não foi significativo ( $B = 0.01$ ,  $SE = 0.07$ ,  $p = .862$ , IC 95% -0.13/0.16). No entanto, registou-se um efeito indireto significativo do estigma na sintomatologia ansiosa através da flexibilidade psicológica ( $B = 0.26$ ,  $SE = 0.05$ , IC 95% 0.16/0.37).



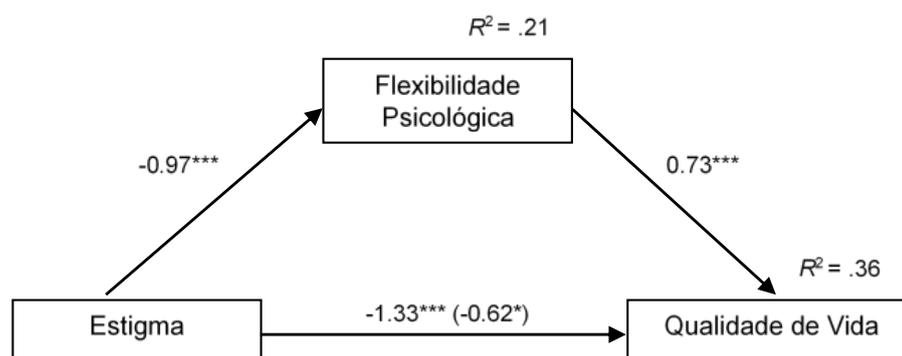
**Figura 6.** Efeito direto e indireto da associação entre experiências de estigma e sintomatologia ansiosa, através da flexibilidade psicológica. *Nota.* Os *path values* representam coeficientes de regressão não estandardizados. Na seta que liga o estigma à ansiedade, o valor fora dos parênteses representa o efeito total das experiências de estigma na sintomatologia ansiosa. O valor entre parênteses representa o efeito direto das experiências de estigma na sintomatologia ansiosa, após a inclusão da flexibilidade psicológica como mediador. \*\* $p \leq .01$ , \*\*\* $p < .001$

De seguida, testámos se a flexibilidade psicológica era mediadora da associação entre as experiências de estigma e a sintomatologia depressiva (cf. Figura 7). Os resultados mostraram que o efeito total das experiências de estigma na sintomatologia depressiva foi significativo ( $B = 0.38$ ,  $SE = 0.08$ ,  $p < .001$ , IC 95% 0.22/0.53). O efeito direto das experiências de estigma na sintomatologia depressiva foi significativo ( $B = 0.18$ ,  $SE = 0.08$ ,  $p = .019$ , IC 95% 0.03/0.33). Registou-se ainda um efeito indireto significativo do estigma na sintomatologia depressiva através da flexibilidade psicológica ( $B = 0.20$ ,  $SE = 0.05$ , IC 95% 0.11/0.31).



**Figura 7.** Efeito direto e indireto da associação entre experiências de estigma e sintomatologia depressiva, através da flexibilidade psicológica. *Nota.* Os *path values* representam coeficientes de regressão não estandardizados. Na seta que liga o estigma à depressão, o valor fora dos parênteses representa o efeito total das experiências de estigma na sintomatologia depressiva. O valor entre parênteses representa o efeito direto das experiências de estigma na sintomatologia depressiva, após a inclusão da flexibilidade psicológica como mediador. \* $p < .05$ , \*\*\* $p < .001$

Por último, testámos a flexibilidade psicológica enquanto mediadora da associação entre as experiências de estigma e a qualidade de vida (cf. Figura 8). Os resultados mostraram que o efeito total das experiências de estigma na qualidade de vida foi significativo ( $B = -1.33$ ,  $SE = 0.29$ ,  $p < .001$ , IC 95% -1.91/-0.74). O efeito direto das experiências de estigma na qualidade de vida foi significativo ( $B = -0.62$ ,  $SE = 0.29$ ,  $p = .037$ , IC 95% -1.20/-0.04). Registou-se ainda um efeito indireto significativo do estigma na qualidade de vida através da flexibilidade psicológica ( $B = -0.71$ ,  $SE = 0.16$ , IC 95% -1.05/-0.42).



**Figura 8.** Efeito direto e indireto da associação entre experiências de estigma e qualidade de vida, através da flexibilidade psicológica. *Nota.* Os *path values* representam coeficientes de regressão não estandardizados. Na seta que liga o estigma à qualidade de vida, o valor fora dos parênteses representa o efeito total das experiências de estigma na qualidade de vida. O valor entre parênteses representa o efeito direto das experiências de estigma na qualidade de vida, após a inclusão da flexibilidade psicológica como mediador. \* $p < .05$ , \*\*\* $p < .001$

## V – Discussão

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar o papel da auto-compaixão e da flexibilidade psicológica na associação entre as experiências de estigma e o bem-estar (avaliado em termos de presença de sintomatologia ansiosa e depressiva, e percepção qualidade de vida) de indivíduos infetados pelo VIH.

Em relação às experiências de estigma e discriminação, os resultados do presente estudo indicam que a maioria dos indivíduos nunca ou apenas raramente experienciaram situações de discriminação devido à infeção. No entanto, ao nível da experienciação do estigma, todas as dimensões da escala de estigma utilizada se encontram relativamente comprometidas, sugerindo uma prevalência destas experiências na população infetada pelo VIH. De forma específica, a dimensão em que esse compromisso foi maior foi a relativa à revelação do estado serológico (relacionada com a preocupação em manter o estado serológico em segredo e ser prudente em relação a quem o revela), seguida das atitudes públicas (relacionada com o medo de situações de dicriminação devido ao estado serológico) e da personalização do estigma (relacionado com experiências de rejeição devido à infeção VIH e com medo de rejeição devido à mesma). Estes dados são consistentes com a literatura que refere que esta é uma condição crónica ainda muito estigmatizada, em que os indivíduos relatam experienciar várias experiências de estigma (e.g., Marsicano et al., 2014; Relf et al., 2005).

Quanto aos indicadores de bem-estar, a maioria dos indivíduos da nossa amostra apresenta ausência de sintomatologia ansiosa e depressiva, sendo a qualidade de vida o indicador de bem-estar mais comprometido. Especificamente, os resultados mostram que 27.0% dos indivíduos registam sintomatologia ansiosa moderada ou grave, o que está de acordo com os dados obtidos noutros países, em que numa meta-análise de Brandt et al. (2017) estes valores variaram entre 29.0% e 44.0%. Também a proporção de indivíduos com sintomatologia depressiva moderada a grave (13.0%), indicadora de uma possível perturbação depressiva, é similar ao que tem sido reportado na literatura (e.g., Kalpana, Goyal, & Chaudhury, 2012). Estes resultados corroboram a literatura que sugere que o diagnóstico de uma doença crónica, e especificamente de infeção pelo VIH, é considerado um

fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva e está associado a uma pior percepção de qualidade de vida pelos doentes infetados (e.g., Clarke & Currie, 2009; Hays et al., 2000; Morrison et al., 2002).

Em linha com o hipotetizado, os nossos resultados mostraram que as experiências de estigma estão significativamente associadas a uma maior presença de sintomatologia ansiosa e depressiva e a uma menor percepção de qualidade de vida, o que é consistente com os resultados reportados em estudos anteriores no contexto da infeção pelo VIH (Holzemer et al., 2009; Rasoolinajad et al., 2018). Neste estudo, as dimensões do estigma mais fortemente associadas a estes indicadores de bem-estar são o estigma personalizado e a auto-imagem negativa, que são dimensões que refletem o auto-estigma experienciado pelas pessoas. Estes resultados são consistentes com a literatura sobre o impacto do auto-estigma no ajustamento psicológico de doentes seropositivos, especificamente com os estudos que indicam que é esta forma de estigma que mais influencia negativamente o ajustamento psicológico dos doentes seropositivos (Nyamathi et al., 2017). Também no contexto de outras doenças crónicas de saúde, como a doença de Parkinson, parece ser o auto-estigma a dimensão que mais influencia negativamente a qualidade de vida dos doentes (Ma et al., 2016).

No presente estudo, a auto-compaixão e a flexibilidade psicológica revelaram-se significativamente associadas aos indicadores de bem-estar, o que confirma a hipótese de que uma maior auto-compaixão e flexibilidade psicológica se associam a menor sintomatologia ansiosa e depressiva e maior a percepção de qualidade de vida. Os resultados obtidos permitem-nos ainda constatar uma associação significativa entre a auto-compaixão (e todas as suas dimensões) e os indicadores de bem-estar dos indivíduos seropositivos. Estes resultados corroboram o que tem sido reportado na literatura (e.g., Dowd & Jung, 2017; Pinto-Gouveia et al., 2013), nomeadamente que a auto-compaixão, funcionando como um processo de regulação emocional, se encontra associada a um melhor ajustamento à doença crónica, incluindo na infeção pelo VIH (Brion et al., 2014). Vários autores (e.g., Kemppainen et al., 2013; Neff, 2003b) têm reportado que níveis mais elevados de auto-compaixão se encontram negativamente associados à sintomatologia ansiosa e depressiva e positivamente associados à qualidade de vida. Tendo em

consideração as dimensões da escala auto-compaixão utilizada neste estudo, verificou-se, como expectável, que as facetas positivas da auto-compaixão, que englobam o calor/compreensão, humanidade comum e *mindfulness*, se encontram negativamente associadas à sintomatologia ansiosa e depressiva e associadas positivamente à qualidade de vida; pelo contrário, em relação às facetas negativas, que englobam o auto-criticismo, o isolamento e a sobre-identificação, esta relação é inversa. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de indivíduos mais auto-compassivos apresentarem uma melhor regulação do afecto negativo (Neff, 2003a) e, deste modo, utilizarem mais comportamento adaptativos, nomeadamente no que se refere ao seguimento e cumprimento do tratamento antiretroviral (Brion et al., 2014). Em relação às dimensões negativas da auto-compaixão, estas podem influenciar o ajustamento psicológico e o bem-estar dos indivíduos seropositivos através, de, por exemplo, da exacerbação dos sentimentos de culpa e vergonha, de ruminação sobre as causas e consequências da doença e do isolamento social (Brion et al., 2014; Neff, 2003a). A dimensão de auto-compaixão que revela uma associação mais forte com os indicadores de bem-estar é o isolamento. Uma possível explicação para esta associação prende-se com o facto de a infeção VIH ser uma doença altamente estigmatizada, em que os doentes infetados tendem a experienciar situações de discriminação devido à infeção e a revelar o seu estado serológico maioritariamente a algumas pessoas do seu círculo próximo (Adeoye-Agboola, Evans, Hewson, & Pappas, 2016; Kalpana et al., 2012; Syed, Sulaiman, Hassali, Thiruchelvum, & Lee, 2015). Este facto pode levar a que a rede de apoio social e emocional seja mais diminuta, o que aliado a experiências de discriminação ou estigma, pode aumentar os seus sentimentos de isolamento. Este aspeto é plausível, na medida em que de acordo com a literatura (Bhat et al., 2015; Degroote et al., 2014), quanto mais forte for a rede de apoio emocional dos indivíduos seropositivos, menor será o afeto negativo e, conseqüentemente, maior será a sua qualidade de vida.

No que respeita à flexibilidade psicológica, em linha com a nossa hipótese, esta encontra-se associada negativamente à sintomatologia ansiosa e depressiva e positivamente à qualidade de vida. Estes resultados vão ao encontro da literatura que tem reportado consistentemente uma associação entre maior flexibilidade psicológica e menor sintomatologia ansiosa e

depressiva e melhor qualidade de vida (e.g., Gaudiano, Schofield, Davis, & Rifkin, 2017; Hayes et al., 2006), e reforçam o papel fundamental que a flexibilidade psicológica pode ter para a saúde (Kashdan & Rottenberg, 2010). Dado que a sintomatologia ansiosa e depressiva é caracterizada por inflexibilidade cognitiva e comportamental (Kashdan & Rottenberg, 2010), características da inflexibilidade psicológica, estes resultados vão ao encontro do esperado.

No presente estudo, podemos também constatar que existe um efeito de mediação da auto-compaixão e da flexibilidade psicológica na associação entre as experiências de estigma e todos os indicadores de bem-estar, o que confirma a hipótese de que quanto maior a auto-compaixão e a flexibilidade psicológica, menor será o impacto das experiências de estigma no bem-estar dos doentes infetados pelo VIH. Estes resultados são consistentes com os referidos recentemente numa meta-análise (Krafft, Ferrell, Levin, & Twohig, 2018), nomeadamente os que têm reportado um possível papel atenuador da auto-compaixão e flexibilidade psicológica na relação entre as experiências de estigma e a qualidade de vida em doentes obesos (Hilbert et al., 2015) e em jovens estigmatizados devido à sua orientação sexual e de género (Vigna, Poehlmann-Tynan, & Koenig, 2018).

Nas análises de mediação realizadas não se registou um efeito direto significativo das experiências de estigma na sintomatologia ansiosa, na presença da auto-compaixão e flexibilidade psicológica como mediadoras, o que sugere um efeito de mediação total destes processos. Uma possível explicação passa pelo facto de que, de acordo com Gilbert (1989) a auto-compaixão pode desativar o sistema de ameaça dos sujeitos, neste caso ativado aquando da vivência de experiências de estigma e de pensamentos auto-estigmatizantes, e ativar o sistema de auto-tranquilização, podendo funcionar assim como um fator protetor para o não desenvolvimento desta sintomatologia. Adicionalmente, também a flexibilidade psicológica, envolvendo a consciência do indivíduo dos seus pensamentos estigmatizantes e dos sentimentos daí decorrentes, a defusão desses pensamentos sem os tentar alterar, e o compromisso com as ações valorizadas mesmo na presença desses pensamentos e sentimentos (Levin et al., 2014), parece assim funcionar como um fator amortecedor do impacto das experiências de estigma e dos pensamentos auto-estigmatizantes na sintomatologia ansiosa.

Relativamente ao efeito do estigma na sintomatologia depressiva e na qualidade de vida, o efeito mediador da auto-compassão e da flexibilidade psicológica é apenas parcial, pois ainda que a relação entre as experiências de estigma e estes indicadores seja mediada pela auto-compassão e pela flexibilidade psicológica, o efeito direto destas experiências é significativo. As experiências de estigma parecem assim contribuir para a presença de sintomatologia depressiva e diminuir a qualidade de vida dos doentes, independentemente da auto-compassão e da flexibilidade psicológica, ainda que estes processos diminuam a força da associação entre as experiências de estigma e os indicadores referidos. Estes dados replicam os resultados do estudo de Hilbert et al. (2015), que mostrou que em indivíduos obesos a auto-compassão mediava parcialmente a relação entre o auto-estigma e a sintomatologia depressiva e a qualidade de vida.

Os dados apresentados sugerem que intervenções focadas em aumentar a auto-compassão e a flexibilidade psicológica poderão minorar o efeito adverso das experiências de estigma, desta forma contribuindo para um melhor bem-estar psicológico dos doentes infetados pelo VIH. Na literatura, tem sido reportado que as intervenções focadas em aumentar a auto-compassão e flexibilidade psicológica, para além de minorarem o impacto negativo das experiências de estigma e discriminação na adaptação psicológica dos indivíduos, também têm o potencial para diminuir o auto-estigma destes indivíduos (e.g., Krafft et al., 2018; Palmeira, Pinto-Gouveia, & Cunha, 2017; Skinta et al., 2015). Por exemplo, Masuda et al. (2007) aplicaram a Terapia da Aceitação e do Compromisso [ACT] com o objetivo de reduzir o estigma de estudantes sobre a doença mental, tendo esta intervenção, que é focada na flexibilidade psicológica, reduzido significativamente esta forma de estigma. Este resultados parecem indicar que aumentar a flexibilidade psicológica também tem o potencial de reduzir o estigma em relação ao VIH dos indivíduos não afetados, podendo assim levar à diminuição de situações de discriminação desta população.

## **VI - Conclusões**

Em síntese, os resultados obtidos corroboram todas as hipóteses definidas no presente estudo. As experiências de estigma, e especialmente,

as dimensões relativas ao auto-estigma associaram-se a maior sintomatologia psicopatológica e a pior perceção de qualidade de vida. A auto-compassão e a flexibilidade psicológica encontram-se, de forma consistente, associadas aos indicadores de bem-estar, havendo uma relação significativa e negativa destes processos com a sintomatologia psicopatológica e uma relação significativa e positiva com a qualidade de vida. Existe também um efeito de mediação da auto-compassão e da flexibilidade psicológica na associação entre as experiências de estigma e os indicadores de bem-estar, de forma mais evidente na associação com a sintomatologia ansiosa.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, o desenho transversal, que não permite que sejam estabelecidas relações de causalidade entre as variáveis em estudo, pelo que é necessário cuidado na generalização dos resultados. Estudos futuros, com desenho longitudinal serão importantes para analisar as relações de causalidade dos modelos de mediação aqui apresentados. Em segundo lugar, o tamanho da amostra, que é relativamente reduzido, tendo em conta o número de pessoas infetadas em Portugal. Em terceiro lugar, o facto de serem os sujeitos a decidir participar no estudo (enviesamento associado à auto-seleção dos participantes), deverá ser também considerado na interpretação dos nossos resultados, na medida em que compromete a representatividade da amostra. Por fim, salientamos o facto de o inquérito não ter sido aplicado presencialmente, mas em formato *online*, o que poderá ter levado a que eventuais dúvidas relativamente aos itens dos instrumentos não tenham podido ser esclarecidas. No entanto, este formato tem a vantagem de reduzir a desejabilidade social dos participantes, o que contribui para a validade das respostas.

Apesar destas limitações, tanto quanto é do nosso conhecimento, este foi o primeiro estudo a explorar o papel mediador da auto-compassão e da flexibilidade psicológica na relação entre as experiências de estigma e o bem-estar de doentes infetados pelo VIH. Para além deste contributo para o estado da arte, o presente estudo tem também importantes implicações para a prática clínica. Os resultados obtidos sugerem que as intervenções baseadas no aumento da auto-compassão e da flexibilidade psicológica, como as terapias baseadas no *mindfulness* e na aceitação, poderão contribuir para um melhor ajustamento psicológico de doentes infetados pelo VIH, diminuindo a sintomatologia psicopatológica, aumentando a perceção de qualidade de

vida, e atenuando o impacto das experiências de estigma e auto-estigma no seu bem-estar.

Do nosso conhecimento, são poucos os estudos que tenham testado o efeito destas intervenções no atenuamento do impacto negativo das experiências de estigma em indivíduos infetados pelo VIH. No entanto, alguns estudos sobre o impacto deste tipo de intervenções focadas no auto-estigma (e.g., Krafft et al., 2018; Masuda, Hill, Morgan, & Cohen, 2012; Skinta et al., 2015) têm revelado resultados promissores ao nível da sua associação com indicadores de bem-estar dos indivíduos. Especificamente, as intervenções focadas no aumento da flexibilidade psicológica e da auto-compaixão, focando-se na relação que o indivíduo tem com os seus pensamentos estigmatizantes, no grau em que acredita neles, na redução do evitamento experiencial e na tomada de ações comprometidas com os valores, têm demonstrado ser eficazes na redução no estigma e no sofrimento psicológico associado a essas experiências. De realçar ainda, que os benefícios destas intervenções parecem manter-se no período de *follow-up* (Masuda et al., 2012; Skinta et al., 2015), sugerindo que a flexibilidade psicológica e a auto-compaixão podem ser vistas como ferramentas úteis para lidar com as experiências internas dos indivíduos, que atenuarão o impacto negativo das experiências de estigma no bem-estar psicológico dos indivíduos também após as intervenções. Porém, dado que os estudos sobre a eficácia destas intervenções no contexto do VIH (Moitra, Chan, & Stein, 2015; Skinta et al., 2015) são ainda escassos e têm um tamanho de amostras muito reduzido, apesar de terem reportado melhorias importantes ao nível da aceitação do estado serológico, da diminuição do evitamento experiencial, da redução da perceção de estigma e redução do sofrimento psicológico dos indivíduos seropositivos, seria pertinente testar a eficácia destas intervenções com esta população tanto ao nível do auto-estigma como das experiências de estigma em amostras de maior dimensão e em diferentes contextos culturais.

## Referências

- Adeoye-Agboola, D., Evans, H., Hewson, D., & Pappas, Y. (2016). Factors influencing HIV disclosure among people living with HIV/AIDS in Nigeria: A systematic review using narrative synthesis and meta-analysis. *Public Health, 136*, 13-28. doi:10.1016/j.puhe.2016.02.021
- AIDSinfo. (2017). *HIV/AIDS: The basics*. Retirado de <https://aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/45/hiv-aids--the-basics>
- Bhat, S., Cherian, A., Bhat, A., Chapman, H., Lukose, A., Patwardhan, N., ... Ramakrishna, J. (2015). Factors affecting psychosocial well-being and quality of life among women living with HIV/AIDS. *Nitte University Journal of Health Science, 5*, 66-76.
- Boarts, J., Bogart, L., Tabak, M., Armelie, A., & Delahanty, D. (2008). Relationship of race-, sexual orientation-, and HIV-related discrimination with adherence to HIV treatment: A pilot study. *Journal of Behavior Medicine, 31*, 445-451. doi:10.1007/s10865-008-9169-0
- Brandt, C., Zvolensky, M., Woods, S., Gonzalez, A., Safren, S., & O'Leirigh, C. (2017). Anxiety symptoms and disorders among adults living with HIV and AIDS: A critical review and integrative synthesis of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 51*, 164-184. doi:10.1016/j.cpr.2016.11.005
- Betancur, M., Lins, L., de Oliveira, I., & Brites, C. (2017). Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: A cross-sectional study in Salvador, Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases, 21*, 507-514. doi:10.1016/j.bjid.2017.04.004
- Brion, J., Leary, M., & Drabkin, A. (2014). Self-compassion and reactions to serious illness: The case of HIV. *Journal of Health Psychology, 19*, 218-229. doi:10.1177/1359105312467391
- Chartier, M., Vinatieri, T., DeLonga, K., McGlynn, L., Gore-Felton, C., & Koopman, C. (2010). A pilot study investigating the effects of trauma, experiential avoidance, and disease management in HIV-positive MSM using methamphetamine. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care, 9*, 78-81. doi:10.1177/1545109709360065
- Ciesla, J., & Roberts, J. (2001). Meta-analysis of the relationship between

- HIV infection and risk for depressive disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 725-730. doi:10.1176/appi.ajp.158.5.725
- Clarke, D., & Currie, K. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: A review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *The Medical Journal of Australia*, 190, S54-S60.
- Cunha, G., Fiuza, M., Gir, E., Aquino, P., Pinheiro, A., & Galvão, M. (2015). Qualidade de vida de homens com AIDS e o modelo da determinação social da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23, 183-191. doi:10.1590/0104-1169.0120.2541
- Degroote, S., Vogelaers, D., & Vandijck, D. (2014). What determines health-related quality of life among people living with HIV: An updated review of the literature. *Archives of Public Health*, 72(1), 40. doi:10.1186/2049-3258-72-40
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em 2016*. Lisboa: Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA 2017. Retirado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/infecao-vih-sida-e-tuberculose-em-2016.aspx>
- Dowd, A. & Jung, M. (2017). Self-compassion directly and indirectly predicts dietary adherence and quality of life among adults with celiac disease. *Appetite*, 113, 293-300. doi:10.1016/j.appet.2017.02.023
- Duarte, A., Joaquim, N., & Nunes, C. (2016). Dimensões da qualidade de vida e apoio social dos pacientes hospitalizados nas unidades de assistência à saúde do Algarve. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32, 1-10. doi:10.1590/0102-3772e322219
- Eller, L., Rivero-Mendez, M., Voss, J., Chen, W., Chaiphibalsarisdi, P., Ipinge, S., ... Brion, J. (2014). Depressive symptoms, self-esteem, HIV symptom management self-efficacy and self-compassion in people living with HIV. *AIDS Care*, 26, 795-803. doi:10.1080/09540121.2013.841842
- Filho, J., Silva, P., Freitas, F., Soares, J., Costa, M., & Silva, A. (2014). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Revista Baiana de Enfermagem*, 28, 61-68. doi:10.18471/tbe.v28i1.9088
- Gaudiano, B., Schofield, C., Davis, C., & Rifkin, L. (2017). Psychological inflexibility as a mediator of the relationship between depressive symptom severity and public stigma in depression. *Journal of*

- Contextual Behavioral Science*, 6, 159-165. doi:10.1016/j.cbs.2017.04.010
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Lawrence Erlbaum
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gredig, D., & Bartelsen-Raemy, A. (2017). Diabetes-related stigma affects the quality of life of people living with diabetes mellitus in Switzerland: Implications for healthcare providers. *Health and Social Care in the Community*, 25, 1620-1633. doi:10.1111/hsc.12376
- Hayes, A. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new Millennium. *Communication Monographs*, 76, 408-420. doi:10.1080/03637750903310360
- Hayes, A. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S., & Strosahl, K. (2004). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York, NY: Springer.
- Hays, R., Cunningham, W., Sherbourne, C., Wilson, I., Wu, A., Cleary, P., ... Bozzette, S. (2000). Health-related quality of life in patients with Human Immunodeficiency Virus Infection in the United States: Results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *The American Journal of Medicine*, 108, 714-722. doi:10.1016/S0002-9343(00)00387-9
- Heckman, T. (2003). The Chronic Illness Quality of Life (CIQOL) Model: Explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology*, 22, 140-147. doi:10.1037/0278-6133.22.2.140
- Hilbert, A., Braehler, E., Schmidt, R., Löwe, B., Häuser, W., & Zenger, M. (2015). Self-compassion as a resource in the self-stigma process of overweight and obese individuals. *Obesity Facts*, 8, 293-301. doi:10.1159/000438681
- Holzemer, W., Human, S., Arudo, J., Rosa, M., Hamilton, M., Corless, I., ... Maryland, M. (2009). Exploring HIV stigma and quality of life for persons living with HIV infection. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20, 161-168. doi:10.1016/j.jana.2009.02.002

- Johnson, C., Brodsky, J., & Cataldo, J. (2014). Lung cancer stigma, anxiety, depression, and quality of life. *Journal of Psychosocial Oncology*, *32*, 59-73. doi:10.1080/07347332.2013.855963
- Kashdan, T., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, *30*, 865-878. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Kalpana, M., Goyal, S., & Chaudhury, S. (2012). Psychosocial correlates of human immunodeficiency virus infected patients. *Industrial Psychiatry Journal*, *21*, 55-60. doi:10.4103/0972-6748.110952
- Kamen, C., Arganbright, J., Kienitz, E., Weller, M., Khaylis, A., Shenkman, T., ... Gore-Felton, C. (2015). HIV-related stigma: Implications for symptoms of anxiety and depression among Malawian women. *African Journal of AIDS Research*, *14*, 67-73. doi:10.2989/16085906.2015.1016987
- Kemppainen, J., Johnson, M., Phillips, J., Sullivan, K., Corless, I., Reid, P., ... Beamon, E. (2013). A multinational study of self-compassion and human immunodeficiency virus-related anxiety. *International Nursing Review*, *60*, 477-486. doi:10.1111/inr.12056
- Krafft, J., Ferrell, J., Levin, M., & Twohig, M. (2018). Psychological inflexibility and stigma: A meta-analytic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *7*, 15-28. doi:10.1016/j.cbs.2017.11.002
- Landstra, J., Ciarrochi, J., Deane, F., & Hillman, R. (2013). Identifying and describing feelings and psychological flexibility predict mental health in men with HIV. *British Journal of Health Psychology*, *18*, 844-857. doi:10.1111/bjhp.12026
- Levin, M., Luoma, J., Lillis, J., Hayes, S., & Vildardaga, R. (2014). The Acceptance and Action Questionnaire – Stigma (AAQ-S): Developing a measure of psychological flexibility with stigmatizing thoughts. *Journal of Contextual Behavior Science*, *3*, 21-26. doi:10.1016/j.jcbs.2013.11.003
- Li, J., Mo, P., Wu, A., & Lau, J. (2017). Roles of self-stigma, social support, and positive and negative affects as determinants of depressive symptoms among HIV infected men who have sex with men in China. *AIDS and Behavior*, *21*, 261-273. doi:10.1007/s10461-016-1321-1
- Ma, H., Saint-Hilaire, M., Thomas, C., & Tickle-Degnen, L. (2016). Stigma as a key determinant of health-related quality of life in Parkinson's

- disease. *Quality of Life Research*, 25, 3037-3045. doi:10.1007/s11136-016-1329-z
- Major, B., & O'Brien, L. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421. doi:10.1146/annurev.psych.56.091103.070137
- Marsicano, E., Dray-Spira, R., Lert, F., Aubrière, C., Spire, B., Hamelin, C., & the ANRS-Vespa2 Study Group. (2014). Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: Results from the ANRS-Vespa2 study. *AIDS Care*, 26, 97-106. doi:10.1080/09540121.2014.907385
- Martins, A., Monteiro, F., Fialho, R., Canavarro, M., & Pereira, M. (2016). Qualidade de vida na infecção VIH: Perfis segundo o modo de transmissão. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17, 7-14. doi:10.15309/16psd170102
- Masuda, A., Hayes, S., Fletcher, L., Seignourel, P., Bunting, K., Herbst, S., ... Lillis, J. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2764-2772. doi:10.1016/j.brat.2007.05.008
- Masuda, A., Hill, M., Morgan, J., & Cohen, L. (2012). A psychological flexibility-based intervention for modulating the impact of stigma and prejudice: A descriptive review of empirical evidence. *Psychology, Society, & Education*, 4, 211-223
- Moitra, E., Chan, P., & Stein, M. (2015). Open trial of an acceptance-based behavior therapy intervention to engage newly diagnosed HIV patients in care: Rationale and evidence of feasibility and acceptability. *Behavior Modification*, 39, 670-690. doi:10.1177/0145445515590977
- Moitra, E., LaPlante, A., Armstrong, M., Chan, P., & Stein, M. (2017). Pilot randomized controlled trial of acceptance-based behavior therapy to promote HIV acceptance, HIV disclosure, and retention in medical care. *AIDS and Behavior*, 21, 2641-2649. doi:10.1007/s10461-017-1780-z
- Morrison, M., Petitto, J., Ten Have, T., Gettes, D., Chiappini, M., Weber, A., ... Evans, D. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 789-796. doi:10.1176/appi.ajp.159.5.789

- Nanni, M., Caruso, R., Mitchell, A., Miggiolaro, E., & Grassi, L. (2015). Depression in HIV infected patients: A review. *Current Psychiatry Reports, 17*, 530. doi:10.1007/s11920-014-0530-4
- Neff, K. (2003a). Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*, 85-101. doi:10.1080/15298860309032
- Neff, K. (2003b). The Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*, 223-250. doi:10.1080/15298860390209035
- Nobre, N., Pereira, M., Roine, R., Sutinen, J., & Sintonen, H. (2018). HIV-related self-stigma and health-related quality of life of people living with HIV in Finland. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 29*, 254-265. doi:10.1016/j.jana.2017.08.006
- Nyamathi, A., Ekstrand, M., Yadav, K., Ramakrishna, P., Heylen, E., Carpenter, C., ... Sinha, S. (2017). Quality of life among women living with HIV in rural India. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 28*, 575-586. doi:10.1016/j.jana.2017.03.004
- Oliveira, F., Moura, M., de Araújo, T., & Andrade, E. (2015). Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paulista de Enfermagem, 28*, 510-516. doi:10.1590/1982-0194201500086
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J., & Cunha, M. (2017). Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite, 112*, 107-116. doi:10.1016/j.appet.2017.01.027
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine, 57*, 13-24. doi:10.1016/S0277-9536(02)00304-0
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia, 9*(2), 109-123. doi:10.14417/lp.627
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2014). The

- protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 311-323. doi:10.1002/cpp.1838
- Preacher, K. & Hayes, A. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Rasoolinajad, M., Abedinia, N., Noorbala, A., Mohraz, M., Badie, B., Hamad, A., & Sahebi, L. (2018). Relationship among HIV-related stigma, mental health and quality of life for HIV-positive patients in Tehran. *AIDS and Behavior*. Advance online publication. doi:10.1007/s10461-017-2023-z
- Relf, M., Mallinson, K., Pawlowski, L., Dolan, K. & Dekker, D. (2005). HIV-related stigma among persons attending an urban HIV clinic. *The Journal of Multicultural Nursing & Health*, 11(1), 14-22.
- Rose, C., Webel, A., Sullivan, K., Cuca, Y., Wantland, D., Johnson, M., ... Holzemer, W. (2015). Self-compassion and risk behavior among people living with HIV/AIDS. *Research in Nursing & Health*, 37, 98-106. doi:10.1002/nur.21587
- Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globerman, J., Chambers, L., ... Rourke, B. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: A series of meta-analyses. *BMJ Open*, 6, e011453. doi:10.1136/bmjopen-2016-011453
- Schuster, R., Bornoalova, M., & Hunt, E. (2012). The influence of depression on the progression of HIV: Direct and indirect effects. *Behavior Modification*, 36, 123-145. doi:10.1177/0145445511425231
- Seidl, E., Zannon, C., & Tróccoli, B. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 188-195.
- Severe, P., Leger, P., Charles, M., Noel, F., Bonhomme, G., Bois, G., ... Fitzgerald, D. (2005). Antiretroviral therapy in a thousand patients with AIDS in Haiti. *The New England Journal of Medicine*, 353, 2325-2334. doi:10.1056/NEJMoa051908
- Sirois, F., Molnar, D., & Hirsch, J. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*, 14, 334-347.

doi:10.1080/15298868.2014.996249

- Skinta, M., Lezama, M., Wells, G., & Dilley, J. (2015). Acceptance and Compassion-based group therapy to reduce HIV-stigma. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*, 481-490. doi:10.1016/j.cbpra.2014.05.006
- Syed, I., Sulaiman, S., Hassali, M., Thiruchelvum, K., & Lee, C. (2015). A qualitative insight of HIV/AIDS patients' perspective on disease and disclosure. *Health Expectations, 18*, 2841-2852. doi:10.1111/hex.12268
- Ugarte, W., Högberg, U., Valladares, E., & Essén, B. (2013). Measuring HIV- and AIDS-related stigma and discrimination in Nicaragua: Results from a community-based study. *AIDS Education and Prevention, 25*, 164-178. doi:10.1521/aeap.2013.25.2.164
- UNAIDS. (2017). *UNAIDS Data 2017*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Retirado de [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf)
- Valvano, A., Floyd, R., Penwell-Waines, L., Stepleman, L., Lewis, K., & House, A. (2016). The relationship between cognitive fusion, stigma, and well-being in people with multiple sclerosis. *Journal of Contextual Behavior Science, 5*, 266-270. doi:10.1016/j.jcbs.2016.07.003
- Vanable, P., Carey, M., Blair, D., & Littlewood, R. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior, 10*, 473-482. doi:10.1007/s10461-006-9099-1
- Venta, A., Sharp, C., & Hart, J. (2012). The relation between anxiety disorder and experiential avoidance in inpatient adolescents. *Psychological Assessment, 24*, 240-248. doi:10.1037/a0025362
- Vigna, A., Poehlmann-Tynan, J., & Koenig, B. (2018). Does self-compassion facilitate resilience to stigma? A school-based study of sexual and gender minority youth. *Mindfulness, 9*, 914-924. doi:10.1007/s12671-017-0831-x
- Wachtel, T., Piette, J., Mor, V., Stein, M., Fleishman, J., & Carpenter, C. (1992). Quality of life in persons with human immunodeficiency virus infection: Measurement by the Medical Outcomes Study Instrument. *Annals of Internal Medicine, 116*, 129-137. doi:10.7326/0003-4819-116-2-129

- Wong, C., Mak, W., & Liao, K. (2016). Self-compassion: A potential buffer against affiliate stigma experienced by parents of children with autism spectrum disorders. *Mindfulness*, 7, 1385-1395. doi:10.1007/s12671-016-0580-2
- Yang, X., & Mak, W. (2017). The differential moderating roles of self-compassion and mindfulness in self-stigma and well-being among people living with mental illness or HIV. *Mindfulness*, 8, 595-602. doi:10.1007/s12671-016-0635-4