

**SATISFAÇÃO DE VIDA, REDE DE RELAÇÕES, *COPING* E NEUROTICISMO EM
ADOLESCENTES PORTADORES E NÃO PORTADORES
DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA- HIV**

Adriana Jung Serafini

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia
sob a orientação da Profa. Dra. Denise Ruschel Bandeira.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, julho de 2008

Agradecimentos

À minha orientadora, profa. Dra. Denise Ruschel Bandeira por toda orientação, incentivo e pelas oportunidades ao longo dos seis anos em que fiz parte de seu grupo de pesquisa, primeiro como mestranda e posteriormente como doutoranda. - Denise, não há como “mensurar” todo o aprendizado obtido contigo!

Às professoras que participaram da banca de avaliação desta pesquisa, e que colaboraram com seu conhecimento no aperfeiçoamento do projeto, Dra. Débora Dalbosco Dell’Aglia, Dra. Nêmora Barcellos e Dra. Tereza de Araújo.

Ao professor Jorge Sarriera pelo auxílio na estatística e co-autoria no terceiro estudo.

À toda a minha família, meus pais por sempre terem me incentivado e demonstrado a importância do estudo ao longo de minha vida. Ao meu irmão André e minha cunhada Adriana, pela amizade e companheirismo e ao meu amado afilhado Raphael, por me ensinar a cada dia, e da maneira mais prazerosa possível, um pouco mais sobre desenvolvimento infantil.

Ao meu noivo Fábio pelo companheirismo, pelo apoio e pela compreensão ao longo destes seis anos.

Ao professor Cláudio Hutz, pelo empenho e auxílio, e por criar a ponte entre a UFRGS e a University of Montana, o que tornou possível a realização de meu Doutorado Sanduíche.

À querida amiga, professora da University of Montana, Aida Hutz e a sua família, por terem me recebido e acolhido em terras estrangeiras, e oportunizado que meu Doutorado Sanduíche se tornasse uma das experiências mais enriquecedoras da minha vida.

A todos os amigos e colegas do grupo de pesquisa, especialmente à Adriane Arteché, Josiane Pawlowski, Vivian de Medeiros Lago, pela presença e apoio constante. - Adri, um obrigado especial pelos artigos enviados diretamente de Londres e Vivian, pelo auxílio nos *abstracts*!

Aos colegas da turma de mestrado, por fazerem parte de momentos importantes da minha trajetória, especialmente à amiga Rochele Paz, pela parceria.

Às amigas de sempre e para sempre: Adri, Aline, Cris, Lu, Eliza, Anita e Carol Leal, presentes em todos os momentos.

Às equipes do SAT do Hospital Sanatório Partenon, do CTA de Viamão e do CTA do Ambulatório de Dermatologia Sanitária, em especial às Dras. Nêmora, Letícia e Ana Lúcia pela disponibilidade e o apoio oferecido e pela valorização da pesquisa.

Aos pacientes dos centros de atendimento, pela disposição em participar da pesquisa e em compartilhar com a ciência e com esta pesquisadora um pouco de suas vivências.

Às escolas que fizeram parte desta pesquisa por abrirem suas portas, aos professores por cederem seu tempo e sala de aula e aos alunos que, apesar do tamanho do questionário, aceitaram participar deste estudo.

Aos bolsistas de iniciação científica Filipe Furlan, Patrícia Alves Teixeira e Alyane Audibert Silveira pelo auxílio na coleta e na digitação do banco de dados.

Aos funcionários do Instituto de Psicologia, Margareth, Alziro e Carla, sempre dispostos a ajudar.

À UFRGS pela possibilidade de realizar um Doutorado gratuito e ao CNPq e CAPES pelo apoio financeiro durante a realização do Doutorado e Estágio Sanduíche.

*“Se as coisas são inatingíveis... ora!
não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
a mágica presença das estrelas!”*

(Mário Quintana)

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| Lista de Tabelas | 8 |
| Lista de Figuras | 9 |
| Resumo | 10 |
| Abstract | 11 |
| Apresentação | 12 |
| | |
| Capítulo I - Introdução | 14 |
| 1.1. Satisfação de Vida: Avaliação cognitiva do bem-estar subjetivo | 14 |
| 1.2. <i>Stress e Coping</i> | 17 |
| 1.2.1. Estratégias e Estilos de <i>Coping</i> | 19 |
| 1.3. Rede de Relações: a importância do suporte social e das relações de intimidade na adolescência | 20 |
| 1.4. Eventos de Vida: Infecção pelo vírus HIV na adolescência | 22 |
| 1.4.1. HIV e AIDS: Dados epidemiológicos | 22 |
| 1.4.2. HIV: Aspectos psicológicos | 24 |
| | |
| Capítulo II – A influência da rede de relações, do <i> coping </i> e do neuroticismo sobre a satisfação de vida de jovens estudantes | 27 |
| Resumo | 28 |
| Abstract | 29 |
| Introdução | 30 |
| Objetivos | 32 |
| Método | 32 |
| Amostra | 32 |
| Instrumentos | 34 |
| Procedimentos | 35 |
| Análise dos dados | 36 |
| Resultados | 36 |
| Discussão | 43 |
| Conclusões | 49 |
| | |
| Capítulo III – Jovens vivendo com HIV/AIDS: A influência da rede de relações, | 51 |

| | |
|---|----|
| do <i>coping</i> e do neuroticismo sobre a satisfação de vida | |
| Resumo | 52 |
| Abstract | 53 |
| Introdução | 54 |
| Objetivos | 56 |
| Objetivo Geral | 56 |
| Objetivos Específicos | 56 |
| Método | 56 |
| Amostra | 56 |
| Instrumentos | 59 |
| Procedimentos | 60 |
| Análise dos dados | 61 |
| Resultados | 61 |
| Discussão | 66 |
| Conclusões | 71 |
| | |
| Capítulo IV – Satisfação de vida, rede de relações, coping e neuroticismo: Perfil diferencial entre jovens portadores e não portadores do HIV | 73 |
| Resumo | 74 |
| Abstract | 75 |
| Introdução | 76 |
| Objetivos | 78 |
| Método | 78 |
| Amostra | 78 |
| Instrumentos | 79 |
| Procedimentos | 80 |
| Análise dos dados | 82 |
| Resultados | 82 |
| Discussão | 88 |
| Conclusões | 93 |
| | |
| Capítulo V | 95 |
| Considerações Finais | |

| | |
|--|-----|
| Referências | 97 |
| Anexos | 106 |
| Anexo A. Questionário de dados sócio-demográficos para participantes das escolas | 107 |
| Anexo B. Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes– EMSV-A | 109 |
| Anexo C. Inventário de Rede de Relações – IRR | 111 |
| Anexo D. Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> | 116 |
| Anexo E. Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do RS | 118 |
| Anexo F. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - estudantes com idade a partir de 18 anos | 119 |
| Anexo G. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - estudantes com idade inferior a 18 anos | 120 |
| Anexo H. Questionário de dados sócio-demográficos para os participantes portadores do HIV | 121 |
| Anexo I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – jovens portadores do HIV com idade a partir de 18 anos | 123 |
| Anexo J. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - jovens portadores do HIV com idade inferior a 18 anos | 124 |

LISTA DE TABELAS

Estudo II

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1. Dados demográficos e sócio-econômicos da amostra | 33 |
| Tabela 2. Resultados da MANCOVA para os fatores da EMSV-A | 37 |
| Tabela 3. Resultados da MANCOVA para os fatores do IRR | 38 |
| Tabela 4. Categorias das situações de <i>stress</i> | 40 |
| Tabela 5. Resultados da MANCOVA para os fatores do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> | 41 |
| Tabela 6. Resultados da MANCOVA para os fatores da EFN | 42 |
| Tabela 7. Resultados da análise de regressão linear multivariada | 43 |

Estudo III

| | |
|--|-----------|
| Tabela 1. Dados demográficos e sócio-econômicos dos participantes | 57 |
| Tabela 2. Dados relacionados à infecção pelo HIV | 58 |
| Tabela 3. Resultados da MANCOVA para os fatores da EMSV-A | 62 |
| Tabela 4. Resultados da MANCOVA para os fatores do IRR | 63 |
| Tabela 5. Resultados da MANOVA para os fatores do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> | 64 |
| Tabela 6. Resultados da MANCOVA para os fatores do EFN | 65 |
| Tabela 7. Resultados da análise de regressão linear multivariada | 66 |

Estudo IV

| | |
|--|-----------|
| Tabela 1. Matriz estrutural das variáveis discriminantes da EMSV-A | 83 |
| Tabela 2. Matriz estrutural das variáveis discriminantes do IRR | 85 |
| Tabela 3. Matriz estrutural das variáveis discriminantes da EFN | 86 |
| Tabela 4. Matriz estrutural das variáveis discriminantes do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> | 87 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----------|
| Figura 1. Modelo de Processamento de <i>Stress</i> e <i>Coping</i> | 18 |
|--|-----------|

RESUMO

A presente Tese de Doutorado foi composta por um capítulo introdutório e três estudos, todos eles empíricos apresentados em formato de artigos. Os artigos objetivaram investigar as variáveis satisfação de vida, rede de relações, *coping* e neuroticismo nos grupos estudados. A amostra do primeiro artigo foi composta por um grupo não-clínico de estudantes ($n = 502$) e a do segundo, por um grupo clínico de portadores do HIV ($n = 45$), todos procedentes da Grande Porto Alegre e com idades entre 14 e 23 anos. No terceiro estudo participaram os jovens do grupo clínico e 494 jovens do grupo não-clínico. Em todos os três, os instrumentos utilizados foram: questionário de dados sócio-demográficos, Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes – EMSV-A, Inventário de Rede de Relações – IRR, Inventário de Estratégias de *Coping* e Escala Fatorial de Neuroticismo – EFN. Para a análise dos dados dos dois primeiros estudos foram realizadas MANCOVAS e MANOVAS e análises de regressão múltipla e para o terceiro estudo, análises discriminantes entre os grupos para cada um dos instrumentos. Tanto os resultados do primeiro quanto do segundo estudo indicaram que os jovens participantes utilizaram um número variado de estratégias de *coping* e apresentaram um bom nível de satisfação de vida, porém para o grupo clínico houve declínio na satisfação com as amizades. As relações com amigos e com a figura materna mostraram-se como aspectos importantes. Verificou-se, ainda, que o melhor preditor do nível de Satisfação de Vida Total de ambas amostras foi o fator Depressão do EFN. No terceiro estudo foram encontradas diferenças entre os grupos em todos os instrumentos. Evidenciou-se também uma perda do sentido vital no grupo clínico, principalmente pelos achados da EFN. Os resultados contribuíram para o conhecimento acerca da adolescência, assim demonstraram a necessidade de se criar intervenções para a promoção do bem-estar de portadores e não portadores do HIV.

Palavras-chave: HIV; Satisfação de Vida; *Coping*; Neuroticismo; Rede de Relações

ABSTRACT

The present doctoral consists of an introductory chapter and three studies, all of them empirical and presented in article format. The papers aimed to investigate the variables life satisfaction, network of relationships, coping and neuroticism. The first study's sample was non-clinic and consisted of students ($n = 502$) and the second study's sample was clinic, formed by HIV patients ($n = 45$), all of them from metropolitan Porto Alegre. The clinic sample and 494 students from the non-clinic sample took part of the third study. The instruments used were: questionnaire of sociodemographic data, Multidimensional Life Satisfaction Scale for Adolescents (MLSS- A), Network of Relationships Inventory (NRI), Coping Strategies Inventory and Neuroticism Factorial Scale. In order to analyze the data from the two first studies it was used MANCOVAS and MANOVAS and multiple linear regression analyses. Discriminant analyses between the clinic and non-clinic samples for each of the instruments were developed to analyze the data from the third study. The results of the first and the second study showed that the participants revealed a varied number of coping strategies and presented a good level of life satisfaction, although there is a fair decrease in the satisfaction with friendships. The relationships with friends and the maternal figure proved to have a important influence on the youths. Moreover, it was verified that the best predictor of Total Life Satisfaction of the sample was the factor Depression of the Neuroticism Factorial Scale. In the third study the findings revealed differences between the groups in all of the measures. It was also evidenced a loss of the vital sense in the clinic group, especially through the findings of the Neuroticism Factorial Scale. The results contributed to increase the knowledge about adolescence and showed the importance of developing intervention programs to promote well-being in HIV carriers and non-carriers.

Keywords: HIV; Life Satisfaction; Coping; Neuroticism; Relationships Network

APRESENTAÇÃO

O interesse no estudo dos aspectos relacionados ao bem-estar-subjetivo, como a satisfação de vida, tem se mostrado crescente no campo da Psicologia (Giacomoni, 2004). No Brasil, percebe-se que nos últimos anos o número de pesquisas nesta área que levem em consideração a população de adolescentes e jovens também tem aumentado (Albuquerque, Noriega, Coelho, Neves, & Martins, 2006; Arteche, 2003; Arteche, & Bandeira, 2003; Silva et al., 2007). Porém, apesar da literatura apontar que variáveis como as redes de relações e relações de intimidade (Helsen, Volleberg, & Meeus, 2000; Yarcheski, Mahon, & Yarcheski, 2001), o neuroticismo (Diener, & Lucas, 1999; Schumutte, & Ryff, 1997) e utilização de estratégias de *coping* (Aldwin, & Reverson, 1987) interferem no nível de satisfação de vida, pesquisas brasileiras que relacionem todas elas não foram encontradas. No que se refere aos adolescentes portadores de HIV, estudos que analisem seus aspectos psicológicos em nosso país também são raros (Bassols, 2003; Reppold, Reppold, Xavier, & Hutz, 2004).

Desse modo, a presente Tese de Doutorado busca contribuir para a aquisição de conhecimentos na área do bem-estar subjetivo, abordando estas questões que ainda não haviam sido contempladas. Ela é composta por um capítulo introdutório e três estudos relacionados, todos eles empíricos, que serão apresentados em formato de artigos. A introdução inicial procura situar o leitor em relação aos diversos conceitos teóricos que fundamentam esta pesquisa, assim como caracterizar a epidemia de HIV/AIDS através de dados epidemiológicos e de estudos anteriores, nacionais e internacionais, que englobem temáticas semelhantes.

Em relação aos artigos desenvolvidos, os dois primeiros tiveram como objetivo investigar o nível de satisfação de vida de jovens e o efeito de variáveis importantes para a satisfação de vida: as estratégias de *coping*, rede de relações e o nível de neuroticismo, sendo que o primeiro refere-se a uma amostra não clínica, composta por jovens estudantes de escolas estaduais, e o segundo a uma amostra clínica de portadores do HIV. O terceiro estudo possuiu como meta avaliar a existência de diferenças entre jovens portadores e não portadores do HIV em relação às variáveis satisfação de vida, rede de relações, estratégias de *coping* e neuroticismo, entendendo-se a infecção por HIV como um evento de vida estressor que possui efeito sobre o bem-estar subjetivo.

De acordo com Taquette, Ruzany, Meirelles e Ricardo (2003), por ainda não existir cura para grande parte das doenças crônicas, avaliar questões vinculadas à qualidade de vida são imprescindíveis, pois a partir dessa investigação é possível direcionar de modo mais eficaz recursos e benefícios para a criação e manutenção de programas de saúde. Programas esses que devem incorporar de uma forma integral os aspectos físicos, psicológicos e sociais das pessoas

que são atendidas. Só compreendendo o fenômeno é que se pode pensar em formas de intervenção eficazes.

CAPÍTULO I INTRODUÇÃO

1.1. Satisfação de Vida: Avaliação cognitiva do bem-estar subjetivo

Com o aparecimento da Psicologia Positiva no final da década de 1990, surgiu também uma necessidade dos pesquisadores e teóricos em adotar uma perspectiva mais aberta e apreciativa do potencial do ser humano, incluindo suas motivações e capacidades. Ao contrário do que era aceito em décadas anteriores, nessa perspectiva a função normal, considerando-se o bem estar e a saúde do homem, não pode ser justificada apenas como a ausência da doença (Sheldon, & King, 2001). Através dessa nova perspectiva há o reconhecimento de que o bem-estar (ou felicidade) deve incluir elementos positivos, sendo que esses elementos transcendem aspectos como a prosperidade econômica (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Quando se conceitualiza bem-estar subjetivo é importante diferenciar esse construto de um outro relacionado: a qualidade de vida. Para Neto e Araújo (2003), a qualidade de vida é um conceito multidimensional, e entre as suas particularidades está o fato de contar com aspectos tanto subjetivos (como a experiência do sujeito e sua visão particular de seus atributos de vida), quanto objetivos (a avaliação da qualidade de vida de alguém realizada por um observador externo). Conforme Lent (2004), muitos pesquisadores utilizam os termos bem-estar e qualidade de vida de um modo indiferenciado, parecendo não haver um consenso geral sobre a definição de qualidade de vida. Entretanto, na visão do autor, o bem-estar seria um dos indicadores que constituem a qualidade de vida, que englobaria outros aspectos como ajustamento e suporte social, nível de vida e o estado de saúde física.

De acordo com Diener (1996), o bem-estar subjetivo é uma área crescente da psicologia e se refere às avaliações que as pessoas fazem de suas próprias vidas (de acordo com suas próprias perspectivas), tanto no momento atual como de períodos ocorridos no passado (Diener, & Lucas, 1999). Para Diener (1984), a definição de bem-estar subjetivo ou de felicidade poderia ser agrupada em três categorias. A primeira categoria descreve o bem-estar por critérios externos, como uma virtude ou santidade. Aqui a felicidade significa possuir alguma qualidade desejável, não sendo apresentada como um estado subjetivo. A segunda definição foi desenvolvida por cientistas sociais e investiga o que leva as pessoas a avaliarem suas vidas de forma positiva. Essa categoria tem sido denominada como satisfação de vida e fundamenta-se nas respostas dadas pelas pessoas sobre os aspectos favoráveis de suas vidas. A terceira, e última, categoria determina que o bem-estar subjetivo caracteriza-se pela experimentação de um número maior de afetos positivos em relação ao número de afetos negativos.

Para certos autores o bem-estar subjetivo não é visto como um único elemento, mas inclui tanto um julgamento cognitivo de satisfação de vida e uma avaliação afetiva do humor e das emoções, como suas reações a eventos vivenciados (Diener, Oishi, & Lucas, 2003). Diener, Suh, e Oishi (1997) referem que quando uma pessoa descreve-se como possuindo um nível de bem-estar alto, quer dizer que ela experiencia mais estados emocionais de felicidade e maior satisfação de vida do que sentimentos negativos, como a ansiedade ou raiva.

O afeto positivo e o afeto negativo são considerados os fatores afetivos do bem-estar. Já a satisfação de vida, o segundo fator que compõe o bem-estar subjetivo, é considerada o elemento cognitivo. Na presente pesquisa optou-se por avaliar apenas esse elemento constituinte do bem-estar (a satisfação de vida), que é definido como uma avaliação global que a pessoa faz de sua própria vida. Essa avaliação é descrita por Pavot, Diener, Colvin e Sandvik (1991) como uma comparação que as pessoas fariam das situações pelas quais atravessam ao longo da vida de acordo com um padrão construído por elas mesmas. O padrão construído seria um julgamento subjetivo e não algo externamente imposto (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Essa definição sugere que ao fazer uma avaliação de satisfação de vida a pessoa examina os aspectos tangíveis de sua vida, ponderando os fatores positivos e negativos e chega, enfim, a um julgamento da satisfação de vida global. Essa avaliação global é compreendida como estável, pois não é completamente dependente do estado afetivo da pessoa no momento do julgamento (Lucas, Diener, & Suh, 1996).

Além dessa avaliação global de satisfação de vida, Hueber (1991) enfatiza a importância de um julgamento a partir de domínios específicos como, por exemplo, a família ou amigos. Diener (1984) refere que entre importantes achados de pesquisas na área, destaca-se o fato de que aqueles domínios que são mais diretamente relacionados à vida da pessoa desempenham maior influência sobre o bem-estar.

Estudos demonstram que adolescentes, de uma forma geral, apresentam um nível alto de satisfação de vida (Huebner, Drane, & Valois, 2000; Nickerson, & Nagle, 2004), apesar disso, pesquisas indicam que certas variáveis podem influenciar o nível de bem-estar, e como consequência, o nível de satisfação. Um dos achados mais consistentes no campo do bem-estar subjetivo é que seus componentes estão moderadamente relacionados a traços de personalidade: esses são caracterizados como preditores de felicidade. Pesquisas relacionando o modelo de personalidade dos Cinco Grandes Fatores indicam que os traços de personalidade que estão mais fortemente relacionados ao bem estar subjetivo são a extroversão e o neuroticismo (Diener, & Lucas, 1999; Schumutte, & Ryff, 1997). O entendimento desses fatores como decisivos no desenvolvimento e compreensão do bem-estar subjetivo é conhecido como modelo do equilíbrio dinâmico. Nesse modelo cada pessoa possui um equilíbrio que

está relacionado aos seus traços predominantes de personalidade. Certos eventos de vida podem afetar esse equilíbrio, porém essas mudanças são temporárias, já que a pessoa sempre tende a voltar a sua forma original (Headey, & Wearing, 1989).

Apesar desses achados, alguns pesquisadores fazem referência à importância exercida pelo impacto de certos eventos de vida sobre o bem-estar (Diener, & Lucas, 1999; McCullough, Hueber, & Laughlin, 2000). Em função de tais influências, o bem-estar subjetivo poderia ser considerado não apenas como um traço, mas também como estado (Feist, Bodner, Jacobs, Miles, & Tan, 1995). McCullough et al., (2000), em uma pesquisa com 92 adolescentes, encontraram que os eventos de vida estavam significativamente relacionados aos relatos de bem-estar. De acordo com os autores é extremamente importante que se de atenção às múltiplas experiências vivenciadas pelos adolescentes para que se entenda melhor fatores como bem-estar e resiliência. Os resultados dessa pesquisa ainda demonstraram a importância de programas de intervenção e prevenção que tenham como objetivo o ensino de estratégias de *coping* para que os adolescentes possam aprender a lidar com os fatores estressantes que ocorrem no dia-a-dia. Giacomoni (2002) reforça essa idéia quando afirma que um componente importante das teorias de bem-estar é a forma como as pessoas lidam com acontecimentos estressantes (*coping*).

Resultados de pesquisas demonstram que outro fator que exerce influência sobre o bem-estar de adolescentes é o suporte social de pais e amigos, sendo que a presença de tal suporte se correlaciona negativamente com problemas emocionais (Helsen, Vollebergh, & Meeus, 2000; Yarcheski et al., 2001). O estudo de Diener e Fujita (1995) confirma esses resultados ao enfatizar que os recursos sociais como o suporte familiar ou a presença de amigos íntimos e recursos pessoais como habilidades sociais, são bons preditores para o nível de satisfação de vida, especialmente quando esses recursos apresentam-se congruentes com as metas pessoais dos sujeitos. Fatores como confiança e comunicação entre os adolescentes e seus pais e pares também se mostraram relacionados ao grau de satisfação experienciada (Nickerson, & Nagle, 2004).

Através da revisão teórica sobre bem-estar subjetivo e seu componente cognitivo, pode-se observar que existem alguns fatores que exercem influência sobre o grau de satisfação que as pessoas podem vivenciar em relação às suas vidas. Dentre esses fatores, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar as estratégias de *coping* utilizadas pelos adolescentes para lidar com eventos estressantes; a rede de relações estabelecida por eles e o impacto de um evento de vida, que no caso desse estudo é o diagnóstico de soropositividade. Sendo assim, a revisão teórica desta pesquisa é aprofundada em cada um desses aspectos.

1.2. *Stress e Coping*

O conceito de *coping* originou-se de abordagens bastante divergentes, uma derivada da Psicologia Animal Experimental, e a outra da Psicologia do Ego. Entretanto, ambos os modelos foram criticados o primeiro por se mostrar muito simplista e o segundo por apresentar lacunas (Lazarus, & Folkman, 1984).

Buscando suprir as deficiências dos modelos anteriores, novas maneiras de explicar *coping* foram desenvolvidas (Band, & Weiz, 1988). Dentre elas pode-se citar o “Modelo de Processamento de *stress* e *Coping*” (também denominado “*Ways of Coping*”), que será utilizado na presente pesquisa. Esse modelo foi desenvolvido por Lazarus e Folkman (1984) e define *coping* como os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com demandas externas e/ou internas específicas que são avaliadas como excedendo os esforços e recursos do indivíduo. Diferentemente de modelos anteriores, este modelo centra-se na idéia de *coping* como um processo não sendo apenas orientado por traços de personalidade e exclui da definição comportamentos adaptativos automatizados. Quando se caracteriza *coping* como um processo, o contexto psicológico e ambiental passa a adquirir um grande significado, pois este é definido como uma resposta às demandas psicológicas e ambientais de determinadas situações estressantes (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, De Longis, & Gruen 1986;).

Fundamentado na definição de *coping* proposta por Lazarus e Folkman (1984), Beresford (1994) desenvolveu um modelo de *stress*, *coping* e ajustamento (ver Figura 1). O ponto central desse modelo é o fato do processo de *coping* ter como objetivo a mediação dos efeitos do *stress* sobre o bem-estar do indivíduo.

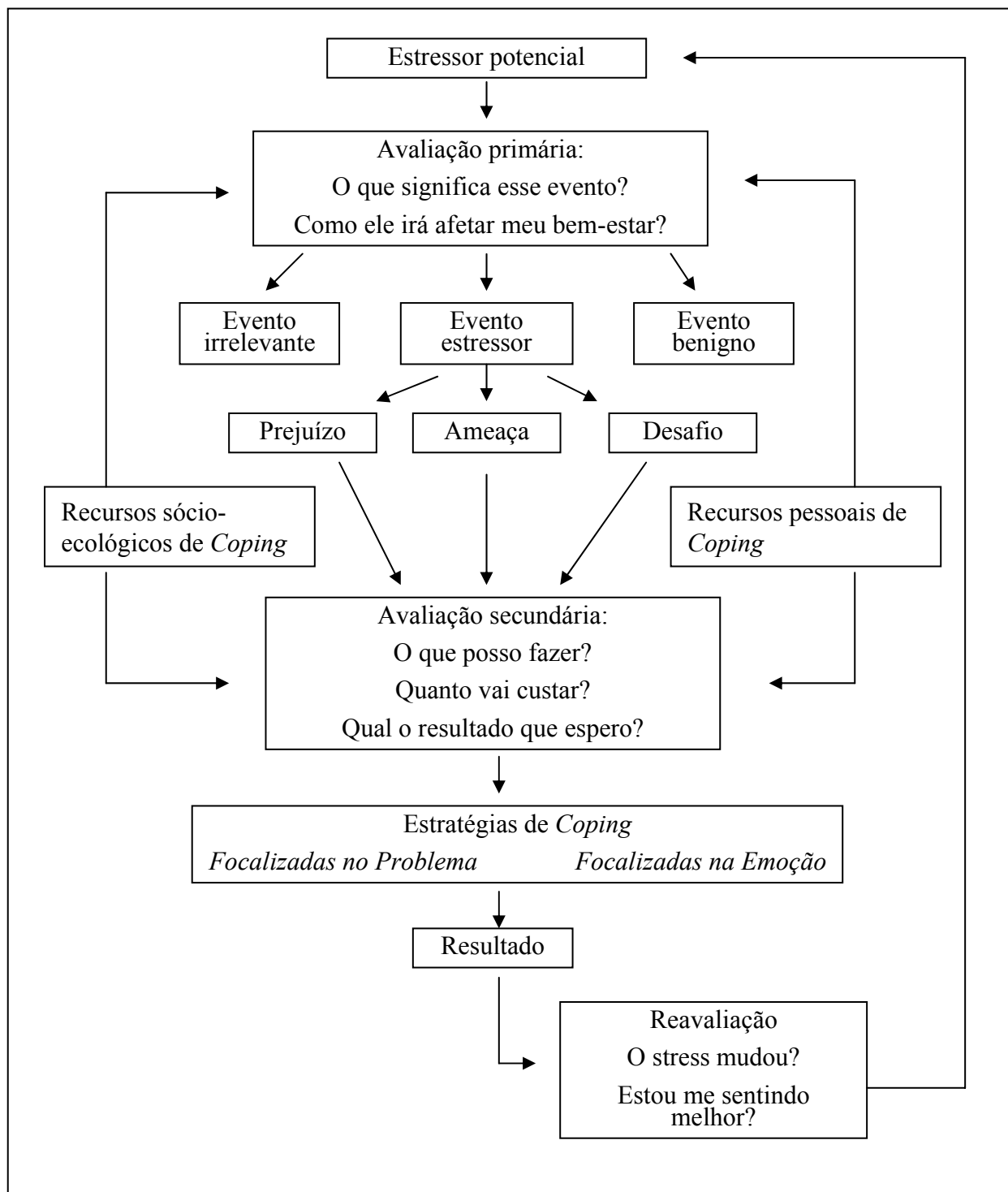


Figura 1. Modelo de Processamento de *Stress* e *Coping* (Beresford, 1994).

Ao observar o modelo de Beresford (1994), percebe-se que este inclui dois tipos de processos, a avaliação primária e a avaliação secundária. Através da avaliação primária a pessoa julga quando um evento é irrelevante, benigno ou estressante. Enquanto que um evento irrelevante não possui significado para o bem-estar pessoal, o evento benigno traz resultados positivos. Já o evento estressor se caracteriza pela avaliação da situação como de ameaça, desafio ou danos. A ameaça se refere a uma perda potencial; desafio a uma oportunidade de

crescimento, de controle ou ganho e a perda a um prejuízo já ocorrido, como um dano a uma relação de amizade, à saúde ou auto-estima. Na avaliação secundária a pessoa avalia seus recursos de *coping* e se faz a pergunta: “O que posso fazer?” (Folkman et al., 1986).

1.2.1. Estratégias e Estilos de Coping

No Modelo de Processamento de *Stress* e *Coping* uma das funções da avaliação secundária é direcionar a pessoa para a escolha e utilização de determinadas estratégias de *coping*. As estratégias de *coping* envolvem múltiplos pensamentos e atos, sendo alguns deles orientados para a regulação e outros para a solução de problemas (Folkman et al., 1986). Em relação aos tipos de estratégias, Lazarus e Folkman (1984) propuseram uma classificação para as estratégias de *coping*, sendo estas divididas em dois grandes grupos: as estratégias de *coping* centrado na emoção e as estratégias de *coping* centrado no problema. O primeiro grupo se refere àquelas estratégias que buscam minimizar os sentimentos negativos que se originam do evento estressor, como o distanciamento, evitação, minimização, atenção seletiva, entre outras. Elas acabam sendo remetidas ao nível somático ou afetivo. As estratégias centradas no problema são similares às estratégias utilizadas na solução de problemas, tendo como objetivo agir diretamente sobre o agente estressor, procurando modificá-lo. São referidas duas formas de ação nesse tipo de *coping*, a externa que busca intervir diretamente para solucionar o problema através, por exemplo, da negociação, e a interna que abrange a reestruturação cognitiva do problema.

Contudo, essa forma de classificação foi criticada pelo fato de incluir muitos tipos de estratégias em apenas duas categorias demasiadamente amplas (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001). Assim, vários estudos foram realizados buscando revisar ou modificar as categorias em que essas estratégias eram, até então, incluídas (Aldwin, & Revenson, 1987; Folkman et al., 1986; Folkman, & Lazarus, 1985).

Para acessar as estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes na presente pesquisa será utilizada a versão brasileira do *Ways of Coping Checklist*, o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (Savóia, Santana, & Mejias, 1996). Esse inventário classifica as estratégias através das seguintes dimensões: Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte Social, Aceitação de Responsabilidade, Fuga-esquiva, Resolução de Problemas e Reavaliação Positiva.

Em relação à avaliação da efetividade das estratégias de *coping* neste estudo será utilizada como diretriz a proposta de Aldwin e Revenson (1987) que relaciona o *coping* efetivo com resultados positivos sobre aspectos relacionados à saúde física ou mental, e nesse caso pode-se levar em conta também a satisfação de vida das pessoas.

Como no presente estudo são avaliadas as estratégias de *coping* de participantes de uma faixa etária específica, os adolescentes, ressalta-se a importância de uma maior fundamentação de aspectos específicos de *coping* na adolescência. Compas (1987) relata que já no início da infância as pessoas são confrontadas com situações potencialmente ameaçadoras e desafiadoras que requerem ação e adaptação. Os recursos disponíveis para lidar com o *stress* e a maneira que os indivíduos efetivamente o enfrentam podem ser fatores importantes que influenciam um desenvolvimento e crescimento positivos, ou no aparecimento de problemas psicológicos e somáticos.

Estudos demonstram que os adolescentes apresentam uma série de estratégias para se adaptar a esses estressores, mas que variáveis como a idade, gênero, características de personalidade, suporte social e familiar podem influenciar o *coping* (Williams, & De Lisi, 1999; Wills, McNamara, & Vaccaro, 1996; Wilson, & Gottman, 1996). Os achados indicam que adolescentes mais velhos relatam um número mais freqüente de uso de estratégias de *coping* que lidam diretamente com problemas do que os adolescentes mais jovens. Tal questão parece relacionada ao fato de adolescentes mais velhos possuírem um repertório maior de estratégias e poderem lançar mão destas quando a estratégia de *coping* não é efetiva. Os adolescentes mais velhos utilizam mais a “reavaliação positiva”, uma abordagem cognitiva de enfrentamento de problemas, que foca os aspectos positivos que podem ser obtidos através do desafio enfrentado. Assim, observa-se que as estratégias de *coping* utilizadas durante as diferentes fases da adolescência tendem a variar com os avanços cognitivos e através das demandas de vida (Williams, & De Lisi, 1999).

Estudos brasileiros com adolescentes demonstraram que a variável sexo interfere nos tipos de estratégias de *coping* utilizadas para lidar com o *stress*. Os resultados da pesquisa de Arteché, Bandeira e Gozalvo (2003) evidenciaram que as adolescentes do sexo feminino, quando comparadas com os do masculino, apresentaram uma freqüência significativamente superior de estratégias categorizadas como de apoio social e de expressão emocional. Já os meninos apresentaram uma freqüência significativamente maior na categoria aceitação. Mesmo não revelando diferenças significativas, a pesquisa de Dell’Aglio e Hutz (2002) realizada com grupos de adolescentes provenientes de baixas camadas sócio-econômicas (jovens institucionalizados e não institucionalizados), demonstrou que a estratégia mais freqüentemente utilizada pelas meninas foi a de busca de apoio social e a dos meninos de ação agressiva.

1.3. Rede de Relações: a importância do suporte social e das relações de intimidade na adolescência

A adolescência é caracterizada por ser uma fase de mudanças e transições importantes. Ela emerge a partir do início da puberdade e é definida como a etapa de transição para a vida adulta. Durante essa fase, o adolescente passa por transformações físicas, sexuais, cognitivas e emocionais significativas, sendo uma de suas tarefas essenciais o estabelecimento de relações mais próximas com seus pares e sexo oposto, como as relações de intimidade (Steinberg, 1985).

Apesar de na infância as pessoas já demonstrarem um desejo de estabelecer relações íntimas, nesta faixa etária essas relações aparecem mais como uma necessidade de aproximação física, ou de troca de experiências como contar para os pais ou irmãos sobre o filme preferido. Porém, é somente na adolescência que começam a aparecer formas de intimidade mais adultas, como trocas emocionais (Buhrmester, & Furman, 1987). Conforme Steinberg (1985), na adolescência essas relações se caracterizam pela abertura, honestidade, auto-exposição e confiança, diferenciando-se daquelas desenvolvidas na infância. Diferentemente das amizades infantis, na adolescência o amigo não é apenas aquele que gosta das mesmas coisas que o outro, mas sim com o qual são desenvolvidos sentimentos como preocupação, consideração e entendimento mútuo, de uma forma especial. De acordo com Adams, Bertt e Wilder (2001), uma maior proximidade pode ser definida como interdependência, sendo que esta descreve o grau de interconexão das pessoas em um relacionamento.

Sullivan (1974) que, juntamente com Erikson (1976), é um dos principais teóricos que estudaram a importância das relações de intimidade ao longo do desenvolvimento humano, refere que a necessidade pelo estabelecimento dessas relações inicia ainda na pré-adolescência e é através das relações de amizade e intimidade entre os pares de mesmo sexo que o adolescente se prepara para desenvolver relações de intimidade com pares do sexo oposto. Em contrapartida, Erikson afirma que a formação da intimidade apenas se daria a partir do desenvolvimento da identidade. Para esse autor a verdadeira intimidade seria uma entrega real de si próprio, que só se tornaria possível quando o indivíduo estivesse seguro de sua própria identidade. Apesar das visões divergentes em relação ao surgimento das verdadeiras relações de intimidade, ambos concordam que esse é um fator de extrema importância para essa fase da vida e, conseqüentemente, para o desenvolvimento das etapas posteriores.

As pesquisas realizadas com o objetivo de investigar as relações interpessoais e de intimidade na adolescência encontraram algumas variáveis que fazem com que essas relações desenvolvam-se de forma diferente, como características de personalidade, gênero, idade e/ou valores culturais e sócio econômicos (Asendorpf, & Wilpers, 1998; Furman, & Buhrmester, 1985; Horn, & Marques, 2000; Leadbeater, Kuperminc, Blatt, & Hertzog, 1999; Marques,

1996; McGue, Elkins, Walden, & Iacono, 2005; Uegerb, Degirmencioglu, Tolson, & Halliday-Scher, 1995; Wong, & Csikszentmihalyi, 1994).

Outra questão importante vinculada às relações interpessoais que os adolescentes estabelecem é o fato destas poderem ser caracterizadas como um aspecto de proteção ou de risco para a saúde, bem-estar e satisfação de vida dos mesmos. Conforme Shulman (1993), o acesso a relações íntimas protege os adolescentes de situações estressantes e facilita o *coping* adaptativo, sendo que o fator de proteção das relações interpessoais está relacionado a qualidades de tais relações. A pesquisa de Nickerson e Nagle (2004) demonstrou que aspectos positivos da relação com pais e pares, como a confiança e a comunicação, correlacionaram-se altamente com a satisfação global de vida de crianças e adolescentes. Em contraste, o afastamento dos pais e amigos mostrou-se negativamente correlacionado com a satisfação de vida.

Em relação aos riscos que relações interpessoais podem gerar aos adolescentes está a influência para o consumo de tabaco (Simons-Morton, Chen, Abroms, & Haynie, 2001), utilização de drogas (Perry, & Mandell, 1995; Wills et al., 1995) e problemas de comportamento (Windle, 1992). O abuso de diversos tipos de substâncias, como cigarro, cocaína e álcool, mostra-se relacionados a um baixo nível de satisfação de vida em adolescentes (Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann, & Drane, 2001), assim como a influência negativa dos pares sobre os adolescentes correlaciona-se com um baixo nível de satisfação com o domínio familiar (Nickerson, & Nagle, 2004).

São poucos os estudos sobre intimidade na adolescência desenvolvidos no Brasil (Horn, & Marques, 2000; Marques, 1996; Marques, & Horn, 2002). De uma forma geral, os resultados dessas pesquisas demonstram que as relações de intimidade são significativamente marcantes durante a adolescência, sendo que as relações entre amigos da mesma idade possuem um papel importante para o desenvolvimento da personalidade e ajustamento dos adolescentes. Juntamente com amigos, pais e irmãos demonstraram ser as fontes mais importantes de apoio, não havendo distinção entre eles. Apesar disso, as relações com os irmãos são classificadas como altamente conflituosas e os pais como as pessoas que mais punem os adolescentes nessa etapa da vida.

1.4. Eventos de Vida: Infecção pelo vírus HIV na adolescência

1.4.1. HIV e AIDS: Dados epidemiológicos

A AIDS tem sido caracterizada como uma epidemia mundial. De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA, 2004) ela é um

fenômeno único na história da humanidade pela sua rápida propagação, alcance e impacto. O primeiro caso de AIDS diagnosticado data do ano de 1981 e, até o ano de 2004, mais de 20 milhões de pessoas já morreram em função das complicações da doença e mais de 37,8 milhões de pessoas no mundo inteiro estão infectadas. No Brasil, foram registrados 407.211 casos de AIDS até o ano de 2004, sendo que o Rio Grande do Sul é o terceiro estado em número acumulado de casos notificados em todo o país (35.908 casos até o ano de 2007) (Programa Nacional de DST e AIDS, 2007).

Além disso, a epidemia vem afetando desproporcionalmente os jovens de uma forma geral, sendo que pessoas entre 15 e 24 anos já representam a metade dos novos casos de HIV em todo o mundo. Um número superior a 6000 jovens são infectados pelo vírus a cada dia. Tal situação se torna ainda mais preocupante ao nos depararmos com a informação de que a geração atual de adolescentes é a maior de toda a história (ONUSIDA, 2004). Conforme King, Delaronde, Dinoi e Forsberg (1996), os adolescentes são um dos grupos de maior risco de infecção do vírus HIV. No Brasil, através dos últimos dados estatísticos divulgados pelo Boletim Epidemiológico – AIDS e DST (Programa Nacional de DST e AIDS, 2007), no ano de 2007, 10,6% das mulheres e 8,7% dos homens diagnosticados como portadores do vírus HIV estavam na faixa dos 13 aos 24 anos de idade. Uma pesquisa realizada em três centros de aconselhamento em HIV/AIDS da cidade de Porto Alegre (Barcellos, Fuchs, & Fuchs, 2003) revelou que, em uma amostra de 3045 sujeitos que procuraram os serviços para realização do teste de HIV, 365 tiveram a confirmação do diagnóstico. Desses 365 participantes soropositivos, 6,7% possuíam idade inferior a 20 anos e 12,2% encontravam-se na faixa dos 20 aos 24 anos de idade.

Dentre os fatores responsáveis por esse aumento de jovens infectados encontra-se a precocidade no início das relações sexuais, o aumento no número de parceiros e a inconsistência do uso de preservativos (Taquette et al., 2003). Em uma pesquisa realizada com adolescentes e jovens entre 14 e 22 anos, de baixo nível sócio-econômico residentes na cidade do Rio de Janeiro, uma das razões atribuídas por eles para não se protegerem de doenças sexualmente transmissíveis (DST) foi o fato de pouco se preocuparem com DST/AIDS, pois não acreditam nem que possam ser contaminados, e também por não pensarem no futuro. Revelaram existir muita informação sobre DST/AIDS, mas não buscavam tais informações. Para esses jovens fatores como a falta de dinheiro, escola, emprego, violência nas relações, uso abusivo de álcool e drogas e machismo, questões muito presentes em seu cotidiano, relacionaram-se positivamente com a falta de prevenção e risco à exposição ao vírus HIV (Taquette et al., Ricardo, 2003).

1.4.2. HIV: Aspectos psicológicos

Muitos estudos sobre HIV, ao abordar a população adolescente, exploram questões importantes, como a prevenção para o contágio do vírus (Flora, & Thoresen, 1988; Oliveira, Dias, & Silva, 2005; Ruzany, Taquette, Oliveira, Meirelles, & Ricardo, 2003) ou os fatores de risco ou de proteção para o contágio do HIV (Pechansky, Bassols, & Diemen, 2002; Taquette et al., 2003). Entretanto poucas são as pesquisas que enfocam os adolescentes contaminados, em especial os seus aspectos psicológicos (Battles, & Wiener, 2002; Kelly, & Murphy, 1992; Murphy, Moscicki, Vermund, & Muenz, 2000). Estudos realizados no Brasil são ainda mais raros (Bassols, 2003; Reppold et al., 2004)

A literatura aborda aspectos como o luto enfrentado no momento da descoberta do diagnóstico de HIV positivo. O período entre a infecção pelo HIV e a manifestação da AIDS pode se estender por alguns anos, mas, mesmo com o portador do vírus estando muitas vezes assintomático, ele pode apresentar importantes transtornos na esfera psicossocial, a partir do momento em que fica sabendo de seu diagnóstico. A forma como o indivíduo vai encarar o diagnóstico depende da dinâmica psíquica anteriormente existente. Porém, de uma forma geral, as pessoas sentem o diagnóstico de infecção por HIV como um atestado de finitude e a limitação de desejos futuros. Surgem medos relacionados ao abandono, discriminação e perdas sociais, assim como sentimentos de culpa, raiva e pânico (Canini, Reis, Pereira, Gir, & Pelá, 2004; Leite et al., 1996)

Em relação especificamente ao adolescente, a AIDS afeta todas as esferas de sua vida. De acordo com Wiener e Septimus (1991), a adolescência é uma fase singular, em que, entre outras, destacam-se características como um maior narcisismo, otimismo, um grande senso de invulnerabilidade e imortalidade. Os adolescentes estão mais propensos à pressão de seus pares e possuem uma habilidade mais limitada para julgar a longo prazo as conseqüências de seus comportamentos atuais. Desse modo, o diagnóstico de HIV positivo geralmente produz a rejeição de tal informação, medo ou retraimento.

Conforme Wiener e Septimus (1991), os maiores problemas que a infecção por HIV pode causar aos adolescentes emergem no momento de estabelecer relações fora da família. As grandes dificuldades se encontram em situações como informar sua condição ao parceiro sexual, a prática de sexo seguro, o medo das conclusões que seus pares podem chegar sobre como foi infectado, culpa, sentir-se sujo ou sexualmente anormal. Apesar dessas dificuldades, o estudo de Battles e Wiener (2002) reporta que para os adolescentes a exposição de seu diagnóstico, de um modo geral, é relacionada com um aumento do suporte social, do senso de competência social e uma diminuição dos problemas de comportamento. Desse modo, pensa-se

na importância que as redes de relações, a intimidade e o suporte social exercem sobre a vida dos indivíduos que vivem com o vírus.

Barros (2002) reforça essa idéia ao afirmar que uma situação ansiogênica é o momento em que o indivíduo soropositivo decide se vai compartilhar a informação de seu diagnóstico com alguém, quem será essa pessoa e de que modo deve revelar. Por isso, a importância em avaliar as relações da pessoa infectada como seus amigos e familiares e do espaço existente para falar sobre seus sentimentos e angústias.

Em adolescentes infectados pelo HIV, os resultados da pesquisa de Battles e Wiener (2002) indicaram que o quanto mais os adolescentes percebiam o suporte social, decrescia o número de problemas de comportamento relatados pelos pais. Apesar de o suporte dado por amigos e colegas possuir uma relação positiva com o funcionamento dos participantes portadores de HIV, o suporte social advindo de adultos (pais e professores) demonstrou ser uma relação mais consistente.

Percebe-se que o diagnóstico de HIV positivo durante uma fase já conflitiva por si só, gera muitas angústias na vida de um adolescente. Uma das formas de entender como os adolescentes soropositivos lidam com os problemas oriundos de seu diagnóstico é através da investigação das estratégias de *coping* utilizadas.

Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh e Wolters (2002), em uma pesquisa com adolescentes portadores de doenças crônicas, encontraram que as estratégias de *coping* que se mostraram como determinantes importantes para um funcionamento psicossocial positivo foram as estratégias ativas para a solução de problemas. Além disso, as estratégias de *coping* que buscavam suporte social também se mostraram efetivas, mas apenas quando estavam relacionadas a habilidades sociais. Desse modo, percebe-se uma relação entre as variáveis rede de relações e estilos de *coping* que pode resultar em um aumento ou decréscimo no nível de satisfação de vida.

Como explorado anteriormente, os achados que indicam que o bem-estar subjetivo, e conseqüentemente a satisfação de vida, está diretamente relacionado à influência de certos eventos na vida do adolescente, nos fazem refletir acerca do impacto que o diagnóstico de HIV positivo pode exercer sobre o desenvolvimento desses jovens.

Drotar, Angle, Eckl e Thompson (1995) ao comparar dois grupos de adolescentes hemofílicos, um de portadores de HIV ($n = 125$) e outro sem este diagnóstico ($n = 125$), verificaram como uma das maiores diferenças, uma diminuição no senso de bem-estar dos adolescentes soropositivos. Problemas como *stress*, depressão, ansiedade e a dificuldade em revelar seu estado soropositivo para outras pessoas, assim como problemas relacionados ao

desempenho escolar também foram observados em adolescentes infectados pelo HIV (Battles, & Wiener, 2002; Brown, Schultz, & Gragg, 1995; Wiener, & Septimus, 1991).

Além disso, um dos fatores que mais contribuem para o declínio do bem-estar dos portadores de HIV/AIDS é a discriminação. De acordo com os achados da pesquisa de Heckman (2003), a discriminação diminui os níveis de satisfação de vida através de seus efeitos de restrição do suporte social. Do mesmo modo, através da diminuição do suporte social os cuidados de saúde passam a se restringir, e assim, como consequência também há uma queda no nível de bem-estar geral. Essa foi uma das poucas pesquisas encontradas que avaliou apenas o aspecto cognitivo do bem-estar subjetivo.

CAPÍTULO II

ESTUDO I

A influência da rede de relações, do coping e do neuroticismo sobre a satisfação de vida de jovens estudantes¹

The influence of network of relationships, coping and neuroticism on youth student's life satisfaction

Adriana Jung Serafini

Denise Ruschel Bandeira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre

¹ Pesquisa realizada com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Resumo

O objetivo deste estudo foi verificar o efeito das variáveis rede de relações, neuroticismo e estratégias de *coping* sobre a variável satisfação de vida, em uma amostra de jovens estudantes. Também buscou-se apresentar um perfil descritivo da amostra para as variáveis investigadas. Participou deste estudo uma amostra composta por 502 jovens, alunos de 10 escolas da rede estadual da cidade de Porto Alegre, com idade média de 16,6 anos (*d.p.* = 1,4 anos). Os instrumentos utilizados foram um questionário de dados sócio-demográficos, a Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes – EMSV-A, o Inventário de Rede de Relações – IRR, o Inventário de Estratégias de *Coping* e a Escala Fatorial de Neuroticismo – EFN. Com o objetivo de apresentar o perfil da amostra, os dados dos instrumentos foram analisados através de MANCOVA. Para avaliar o efeito das variáveis de interesse sobre a satisfação de vida, foi realizada uma análise de regressão múltipla. Os resultados mais importantes indicaram que os jovens participantes apresentaram um bom nível de satisfação de vida, tanto de uma forma global quanto por domínios, e que as relações com amigos e com a figura materna demonstraram influência sobre os jovens. Os participantes apresentaram um número variado de estratégias de *coping*. Em relação ao EFN, a amostra apresentou médias mais altas do que a amostra padronizada do instrumento para os fatores Depressão e Desajustamento. Relacionado a este resultado verificou-se que o fator que melhor predisse o nível de Satisfação de Vida Total da amostra foi o fator Depressão do EFN. Além do Fator depressão, outros fatores do EFN, fatores de suporte social do IRR e estratégias de *coping* de Fuga-Esquiva e Reavaliação Positiva também predisseram, porém em menor grau, o nível de Satisfação de Vida Total.

Palavras-chave: Jovens Satisfação de Vida; *Coping*; Neuroticismo; Rede de Relações

Abstract

The objective of this study was to verify if the variables network relationships, neuroticism and coping strategies would affect the variable life satisfaction, in a sample of young students. It also aimed to present a descriptive profile of the sample for each of the variables. A sample of 502 youths from 10 state schools of Porto Alegre took part in this study. The average age was 16,6 years old (*s.d.* = 1,4 years). The instruments used were a questionnaire of sociodemographic data, the Multidimensional Life Satisfaction Scale for Adolescents (MLSS-A), the Network of Relationships Inventory (NRI), the Coping Strategies Inventory and the Neuroticism Factorial Scale. In order to present the sample's profile, the data of the instruments MLSS-A, NRI, Coping Strategies Inventory and the Neuroticism Factorial Scale were analyzed through MANCOVA. To assess the effect of the interest variables on the variable life satisfaction, a linear multiple regression was carried out. The most important results showed that the participants revealed a good level of life satisfaction in a global way as well as in specific domains. The relationships with friends and with the maternal figure seemed to have influence on the youths. The participants presented a varied number of coping strategies. In relation to the Neuroticism Scale, the sample of this study presented higher scores than the standard sample for the factors Depression and Disadjustment. The best predictor for the level of Total Life Satisfaction was the factor Depression of the Neuroticism Factorial Scale. Besides the factor Depression, other factors of the Neuroticism Scale, social support factors of the NRI and coping strategies of Escape-avoidance and Positive Reappraisal were also predictors, in a lower degree, of the Total Life Satisfaction.

Keywords: Youth Life Satisfaction; Coping; Neuroticism; Relationships Network

Introdução

A satisfação de vida é considerada o elemento cognitivo que constitui o bem-estar subjetivo. Ela é definida como uma avaliação global que a pessoa faz de sua própria vida. Essa avaliação é descrita por Pavot, Diener, Colvin e Sandivik (1991) como uma comparação que as pessoas fariam das situações pelas quais atravessam ao longo da vida de acordo com um padrão construído por elas mesmas. O padrão construído seria um julgamento subjetivo e não algo externamente imposto (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). A definição anteriormente citada sugere que ao fazer uma avaliação de satisfação de vida a pessoa examina os aspectos tangíveis de sua vida, ponderando os fatores positivos e negativos e chega, enfim, a um julgamento da satisfação de vida global. Essa avaliação global é compreendida como estável, pois não é completamente dependente do estado afetivo da pessoa no momento do julgamento (Lucas, Diener, & Suh, 1996). Além dessa avaliação global de satisfação de vida, Hueber (1991) enfatiza a importância de um julgamento a partir de domínios específicos como, por exemplo, a família ou amigos.

A presente pesquisa se refere a uma população específica, os jovens, por isso se torna importante abordar estudos sobre satisfação de vida nesta faixa etária. Os resultados demonstram, de uma forma geral, que os jovens apresentam um nível alto de satisfação de vida (Huebner, Drane, & Valois, 2000; Nickerson, & Nagle, 2004). Apesar disso, pesquisas indicam que certas variáveis podem influenciar o nível de bem-estar, e como consequência, o nível de satisfação. Entre estas variáveis estariam: traços de personalidade, eventos de vida, estratégias de *coping* e a presença de uma rede de relações (Aldwin, & Revenson, 1987; Diener, & Lucas, 1999; McCullough, Hueber, & Laughlin, 2000; Nickerson, & Nagle, 2004).

Um dos achados mais consistentes no campo do bem-estar subjetivo é que seus componentes estão moderadamente relacionados a traços de personalidade: esses são caracterizados como preditores de felicidade. Pesquisas relacionando o modelo de personalidade dos Cinco Grandes Fatores indicam que os traços de personalidade que estão mais fortemente relacionados ao bem estar subjetivo são a extroversão e o neuroticismo (Diener, & Lucas, 1999; Schumutte, & Ryff, 1997). O entendimento desses fatores como decisivos no desenvolvimento e compreensão do bem-estar subjetivo e seus componentes é conhecido como modelo do equilíbrio dinâmico. Nesse modelo cada pessoa possuiu um equilíbrio que está relacionado aos seus traços predominantes de personalidade. Certos eventos de vida podem afetar esse equilíbrio, porém essas mudanças são temporárias, já que a pessoa sempre tende a voltar a sua forma original (Headey, & Wearing, 1989).

Apesar desses achados referentes à personalidade, alguns pesquisadores fazem referência à importância exercida pelo impacto de certos eventos de vida sobre o bem-estar

(Diener, & Lucas, 1999; McCullough et al, 2000). Em função de tais influências, o bem-estar subjetivo poderia ser considerado não apenas como um traço, mas também como estado (Feist, Bodner, Jacobs, Miles, & Tan, 1995). McCullough et al., (2000), em uma pesquisa com 92 adolescentes, encontraram que os eventos de vida estavam significativamente relacionados aos relatos de bem-estar. De acordo com os autores é fundamental que se dê atenção às múltiplas experiências vivenciadas pelos adolescentes para que se entendam melhor fatores como bem-estar e resiliência.

Quando se fala em eventos de vida, é importante que se investigue as formas como a pessoa lida com esses eventos, ou seja, avaliar as estratégias de *coping*. *Coping* é definido por Lazarus e Folkman (1984) como os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com demandas externas e/ou internas específicas que são avaliadas como excedendo os esforços e recursos do indivíduo. A importância em se estudar as estratégias de *coping* está no fato de que a efetividade destas relaciona-se com resultados positivos sobre aspectos da saúde física ou mental das pessoas. Assim, podemos entender sua efetividade também relacionada à satisfação de vida (Aldwin, & Revenson, 1987).

Resultados de pesquisas demonstram que outro fator que exerce influência sob o bem-estar de adolescentes é o suporte social de pais e amigos (Helsen, Vollebergh, & Meeus, 2000; Yarcheski, Mahon, & Yarcheski, 2001). O estudo de Diener e Fujita (1995) confirma estes resultados ao enfatizar que recursos sociais, tais como o suporte familiar ou a presença de amigos íntimos, e recursos pessoais tais como habilidades sociais, são bons preditores para o nível de satisfação de vida, especialmente quando esses recursos apresentam-se congruentes com as metas pessoais dos sujeitos. Fatores como confiança e comunicação entre os adolescentes e seus pais e pares também se mostraram relacionados ao grau de satisfação de vida experienciada (Nickerson, & Nagle, 2004).

No que se refere à intimidade, resultados de pesquisas brasileiras, de uma forma geral, demonstram que as relações de intimidade são significativamente marcantes durante a adolescência, sendo que as relações entre amigos da mesma idade possuem um papel importante para o desenvolvimento da personalidade e ajustamento dos adolescentes. Juntamente com amigos, pais e irmãos demonstraram ser as fontes mais importantes de apoio, não havendo distinção entre eles (Horn, & Marques, 2000; Marques, 1996; Marques, & Horn, 2002).

Objetivos

Como visto na revisão teórica percebe-se que nas últimas décadas tem surgido uma necessidade dos pesquisadores e teóricos em avaliar aspectos relacionados a elementos positivos na avaliação do bem-estar e saúde do homem. Entretanto, pesquisas brasileiras que avaliem conjuntamente o efeito de características de personalidade, da rede de relações e das estratégias de *coping*, sobre a satisfação nesta fase da vida não foram encontradas. Desse modo, este estudo tem como objetivo geral verificar se existe efeito das variáveis rede de relações, personalidade e *coping* sobre a satisfação de vida dos adolescentes. Como objetivo específico busca-se apresentar um perfil descritivo da amostra, investigando possíveis diferenças entre sexos para as seguintes variáveis: satisfação de vida, relações estabelecidas pelos jovens, estratégias de *coping* e características de personalidade.

Método

Amostra

Participou deste estudo uma amostra aleatória por conglomerados composta por 537 jovens alunos do ensino médio de 10 escolas da rede estadual situadas em oito bairros da cidade de Porto Alegre. Deste total 35 questionários foram eliminados por se encontrarem muito incompletos ou respondidos de forma incoerente, restando um número de 502 participantes. A idade dos participantes variou entre 14 e 23 anos ($M = 16,6$; $d.p. = 1,4$ anos). Um maior percentual dos jovens (83,7%) estudava no turno diurno enquanto 16,3% freqüentava a escola no turno noturno. As demais características demográficas e sócio-econômicas da amostra podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1*Dados Demográficos e Sócio-Econômicos da Amostra*

| Variáveis | n | Frequência (%) | |
|---|------------------------------|-----------------------|------|
| Sexo | | | |
| | Feminino | 272 | 54,2 |
| | Masculino | 230 | 45,8 |
| Idade | | | |
| | 14 a 16 anos | 256 | 51,0 |
| | 17 a 19 anos | 224 | 44,6 |
| | 21 a 23 anos | 22 | 4,4 |
| Escolaridade | | | |
| | 1°. EM | 230 | 45,9 |
| | 2°. EM | 187 | 37,3 |
| | 3°. EM | 84 | 16,7 |
| Bairros Escolas | | | |
| | Sarandi | 107 | 21,3 |
| | Partenon | 87 | 17,3 |
| | Passo D'Areia | 55 | 11,0 |
| | Farroupilha | 54 | 10,8 |
| | Navegantes | 53 | 10,6 |
| | Floresta | 51 | 10,2 |
| | Santa Cecília | 51 | 10,2 |
| | Cristal | 44 | 8,8 |
| Estado Civil | | | |
| | Solteiro | 480 | 95,6 |
| | Com companheiro | 18 | 3,6 |
| | Casado | 02 | 0,4 |
| Classe social (Renda Média Familiar – critérios ABEP) | | | |
| | A2 (R\$ 4.648,00) | 34 | 6,8 |
| | B1 (R\$ 2.804,00) | 89 | 17,7 |
| | B2(R\$ 1.669,00) | 166 | 33,1 |
| | C (R\$ 927,00) | 169 | 33,7 |
| | D(R\$ 424,00) | 23 | 4,6 |
| | Indefinida* | 08 | 1,6 |
| Religião | | | |
| | Pratica (sempre ou às vezes) | 299 | 32,3 |
| | Não pratica | 162 | 59,5 |

*Não foi possível calcular, pois o participante deixou itens em branco.

No que se refere às relações afetivas e sexuais, 192 participantes (38,2%) encontravam-se namorando, enquanto 293 (58,4%) não tinham namorada(o). Um percentual de 59,0% dos adolescentes já havia tido a primeira relação sexual. A idade média da primeira relação sexual para a amostra foi de 14,7 anos (*d.p.* = 1,3 anos)

Instrumentos

Foram aplicados os seguintes instrumentos (em ordem de aplicação):

- *Questionário de dados sócio-demográficos* para participantes das escolas (Anexo A), com questões relativas à idade, sexo, renda familiar, escolaridade, profissão, estado civil, alguns eventos de vida, entre outras. O levantamento da classe social dos participantes foi realizada através do Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (2003), presente neste questionário.

- *A Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes – EMSV-A* (Arteche, 2003, Arteche, & Bandeira, 2003; Anexo B) que consiste em uma adaptação da escala de Giacomoni (2002) desenvolvida para crianças. A EMSV-A avalia satisfação de vida através de sete fatores: Família, Escola, *Self*, *Self Comparado*, Não Violência, Amizade e Satisfação de Vida Global. A escala é composta por 56 itens que são respondidos pelo participante de acordo com a intensidade com que o item se relaciona com ele, tendo como opções de repostas: (1) nem um pouco, (2) bem pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante e (5) muitíssimo.

- *Inventário de Rede de Relações – IRR*, de Furman e Buhrmester (1992), adaptado para o Brasil por Marques e Horn (2002; Anexo C). O inventário avalia 11 dimensões de relacionamentos interpessoais através de 33 itens. As dimensões englobadas pelo instrumento são Conflito, Poder Relativo, Punição, Satisfação e sete dimensões de apoio social (Companhia, Auxílio Instrumental, Auto-Revelação, Cuidado com o Outro, Afeição, Valorização e Aliança Confiável). Essas dimensões são classificadas com cada uma das seguintes pessoas: mãe, pai, melhor amigo(a), namorado(a)/marido(esposa)/ companheiro(a). Há ainda um espaço denominado “outro”, em que o jovem pode escolher alguém que ele considere importante para classificar. As respostas são registradas em uma escala *likert* de cinco pontos, que indica a qualidade de relacionamento com cada uma das pessoas citadas e variando quanto ao conteúdo, conforme o item.

- O *Inventário de Estratégias de Coping* de Folkman e Lazarus (1985) adaptado para o português por Savóia, Santana e Mejitas (1996) (Anexo D), que avalia estratégias de *coping* através de oito fatores (Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte Social, Aceitação de Responsabilidade, Fuga-Esquiva, Resolução de Problemas e Reavaliação Positiva) compostos

por um total de 66 itens. Os itens são respondidos pelo participante de acordo com a intensidade com que utilizaram cada estratégia mencionada, em determinada situação, tendo como opções de respostas: (0) não usei esta estratégia, (1) usei um pouco, (2) usei bastante e (3) usei em grande quantidade.

- A *Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo – EFN* (Hutz, & Nunes, 2001), um instrumento que avalia a dimensão da personalidade humana denominada neuroticismo/estabilidade emocional (modelo dos Cinco Grandes Fatores) através do levantamento de traços de personalidade. O teste é composto por 82 itens em quatro sub-escalas (Escala de Vulnerabilidade, Escala de Desajustamento Psicossocial, Escala de Ansiedade e Escala de Depressão). Os itens são registrados em uma escala *likert* de sete pontos, em que 1= “completamente inadequada, a sentença não descreve nenhuma característica minha”, 4= “neutro, mais ou menos” e 7= “perfeitamente adequada, a sentença me descreve perfeitamente bem”.

Procedimentos

A primeira etapa para a realização da coleta de dados foi a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do RS. Após a aprovação deste (Anexo E) foi estabelecido o contato com a Secretaria da Educação com o objetivo de obter uma lista das escolas estaduais da rede pública de Porto Alegre. Através da listagem foi possível realizar um sorteio das escolas participantes. Após o sorteio, foi feito o contato com as escolas para obter o consentimento destas para a realização da pesquisa e o convite para que os alunos participassem. Os coordenadores das escolas indicaram as turmas que participariam da pesquisa de acordo com a disponibilidade de horários dos professores. Foi solicitado o consentimento livre e esclarecido aos jovens com idade a partir de 18 anos (Anexo F). Para os demais, o preenchimento do mesmo foi realizado pelos pais ou responsáveis (Anexo G).

Nos adolescentes que aceitaram participar da pesquisa foram aplicados coletivamente os seguintes instrumentos (em ordem de aplicação): questionário de dados sócio-demográficos, EMSV-A, IRR, EFN e o Inventário de Estratégias de *Coping*. Todos os instrumentos foram entregues juntos (grampeados) para os participantes e foi dada uma breve explicação padronizada para o preenchimento de cada um deles. Todos eles são auto-aplicáveis. Os participantes que apresentaram dúvidas ao longo do preenchimento foram auxiliados pela pesquisadora ou pelo auxiliar de pesquisa devidamente treinado. A aplicação dos instrumentos nas escolas foi realizada em sala de aula, em turmas e horários cedidos pelas instituições e levou em média uma hora e trinta minutos.

Análise dos dados

Para fins de análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS versão 13.0. Na construção do banco de dados, as variáveis referentes às respostas aos instrumentos EMSV-A, IRR, Inventário de Estratégias de *Coping* e EFN, que haviam sido deixadas em branco, foram substituídas pela média do grupo naquele item.

Inicialmente os instrumentos foram avaliados do ponto de vista psicométrico e os dados obtidos analisados através de estatísticas descritivas, sendo apresentadas médias e desvios-padrão das diversas medidas. Para responder ao objetivo específico, os dados dos instrumentos citados anteriormente foram analisados através de MANCOVA, sendo incluída como variável independente sexo. A variável idade foi utilizada como controle em função de ter sido encontrada correlação entre ela e diversos fatores dos instrumentos utilizados. No IRR, as análises foram realizadas com os 11 fatores do instrumento para cada uma das seguintes pessoas: mãe, pai e melhor amigo. Foram excluídos namorado(a) / marido(esposa) / companheiro(a) e outro, pelo fato de poucos participantes terem respondido para estas pessoas.

Por fim, para responder ao objetivo geral deste estudo, foi realizada uma análise de regressão múltipla, para avaliar o efeito das variáveis independentes (fatores relacionados à personalidade, estratégias de *coping* e rede de relações) sobre a variável dependente (fatores relacionados à satisfação de vida).

Resultados

Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes (EMSV-A)

Em relação aos seus aspectos psicométricos, a EMSV-A apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,91$). A Tabela 2 apresenta os resultados das análises das médias por sexo e faixa etária para todos os fatores da escala e sua soma total.

Tabela 2*Resultados da MANCOVA para os Fatores da EMSV-A*

| Fatores | Total | Sexo | | F |
|---------------------------|--------------|-----------------------|------------------------|--------|
| | (N = 502) | Feminino (n = 272) | Masculino (n = 230) | |
| | Média (d.p.) | Média (d.p.) | Média (d.p.) | |
| Família | 4,05 (0,59) | 4,04 (0,60) | 4,05 (0,59) | 0,02 |
| Self Comparado | 3,59 (0,66) | 3,56 (0,65) | 3,63 (0,66) | 1,46 |
| Escola | 3,48 (0,66) | 3,58 (0,65) | 3,35 (0,65) | 15,72* |
| Não-Violência | 3,86 (0,71) | 3,74 (0,72) | 3,99 (0,67) | 14,46* |
| Amizade | 3,97 (0,51) | 3,98 (0,51) | 3,93 (0,52) | 0,83 |
| Self | 4,06 (0,58) | 4,06 (0,58) | 4,04 (0,59) | 0,08 |
| Satisfação de vida global | 3,96 (0,71) | 3,91 (0,70) | 4,01 (0,72) | 2,24 |
| Satisfação de vida total | 3,88 (0,42) | 3,87 (0,42) | 3,88 (0,42) | 0,13 |

* Diferença significativa entre médias, $p < 0,01$

Como as respostas da EMSV-A podem variar de 1 a 5, pode-se observar que os adolescentes da amostra apresentaram um bom nível de satisfação de vida. Todas as médias (para o total de jovens) situaram-se entre 3,5 e 4.

Os resultados da MANCOVA mostraram que na análise por sexo os grupos diferenciaram-se em dois fatores, o fator Escola e o fator Não Violência. No primeiro fator o grupo feminino apresentou uma média significativamente maior do que o grupo masculino. No segundo, o grupo masculino apresentou uma média significativamente maior.

Inventário de Rede de Relações (IRR)

Assim como a EMSV-A, o IRR também apresentou uma boa consistência interna. O inventário foi analisado separadamente para cada uma das pessoas classificadas: mãe ($\alpha = 0,87$), pai ($\alpha = 0,93$) e melhor amigo ($\alpha = 0,93$).

Após essa etapa, foram realizadas análises de covariância que compõe o IRR para cada um dos relacionamentos citados anteriormente, tendo como variável independente sexo. Na Tabela 3, em função da grande quantidade de fatores, são apresentados somente os resultados cujas médias diferenciam-se entre os sexos.

Tabela 3*Resultados da MANCOVA para os Fatores do IRR*

| Fatores | Total | | Sexo | | | | F |
|---------------------------------------|-------|-------------|------|-------------|-----|--------------|--------|
| | N | Média (d.p) | n | Média (d.p) | n | Média (d.p.) | |
| Revelação/Intimidade com Mãe | 532 | 2,63 (1,30) | 269 | 2,75 (1,36) | 225 | 2,40 (1,20) | 11,89* |
| Auxílio Instrumental do Pai | 476 | 2,87 (1,19) | 243 | 2,73 (1,18) | 207 | 2,96 (1,19) | 4,52** |
| Satisfação na Relação com Pai | 476 | 3,50 (1,26) | 243 | 3,30 (1,21) | 207 | 3,65 (1,29) | 7,26* |
| Revelação/Intimidade com Pai | 476 | 1,80 (0,96) | 243 | 1,58 (0,78) | 207 | 1,89 (0,98) | 15,12* |
| Conflito com Melhor Amigo | 514 | 1,90 (0,79) | 259 | 1,78 (0,67) | 220 | 1,92 (0,75) | 5,84* |
| Auxílio Instrumental de Amigo | 499 | 3,17 (0,95) | 259 | 3,32 (0,90) | 220 | 2,98 (0,96) | 15,92* |
| Revelação/Intimidade com Melhor Amigo | 499 | 3,51 (1,23) | 259 | 3,86 (1,11) | 220 | 3,18 (1,22) | 35,11* |
| Relação de Cuidado com Melhor Amigo | 500 | 3,67 (0,93) | 260 | 3,77 (0,88) | 220 | 3,50 (0,96) | 8,416* |
| Afeição com Melhor Amigo | 499 | 3,90 (0,90) | 259 | 4,01 (0,87) | 220 | 3,69 (0,90) | 13,84* |

*Diferença significativa entre médias, $p < 0,01$ ** Diferença significativa entre médias, $p < 0,05$

Através da análise dos resultados, percebe-se que as maiores diferenças entre os sexos encontram-se nos fatores associados ao Melhor Amigo, seguido por Pai e por último Mãe. Observa-se que as meninas parecem valorizar mais a relação com amigos do que os meninos,

pois se verificam diferenças significativamente mais altas nas médias delas para os fatores Necessidade de Auxílio Instrumental do Melhor Amigo, Revelação/Intimidade com Melhor Amigo, Relação de Cuidado com Melhor Amigo, e Afeição pelo Melhor Amigo. Além disso, percebe-se que o fator Conflito com o Melhor Amigo apresenta média mais alta para os meninos do que para as meninas da amostra.

As médias dos participantes do sexo masculino mostraram-se significativamente mais altas do que as do sexo feminino nos fatores de Satisfação na Relação com o Pai e Necessidade de Auxílio Instrumental deste. Apesar das médias terem sido baixas para ambos os gêneros, o fator de Revelação/Intimidade com o Pai também foi significativamente mais alto para meninos do que meninas. Percebe-se também, que enquanto para as meninas a relação com a mãe parece exercer uma maior influência, com média significativamente mais alta no fator Revelação/Intimidade com a Mãe, para os meninos o pai parece ser uma figura de maior influência.

Inventário de Estratégias de Coping

O inventário de estratégias de *coping* apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,93$). A primeira etapa para o preenchimento do inventário consistia em citar uma situação de *stress* para a qual os participantes iriam classificar as estratégias utilizadas. As diversas situações relatadas pelos participantes foram agrupadas em 17 categorias que são apresentadas na Tabela 4. Essas categorias foram realizadas através de análise de conteúdo (Bardin, 1979), reunindo-se àquelas que se mostravam semelhantes.

Tabela 4*Categorias das Situações de Stress*

| Situação | N | % |
|--|------------|------------|
| Problemas com pais/familiares/amigos/parceiro(a) | 160 | 31,87 |
| Problemas na escola/ no trabalho | 76 | 15,13 |
| Problemas cotidianos | 53 | 10,55 |
| Brigas em geral | 49 | 9,76 |
| Morte dos pais/ familiares/amigos | 28 | 5,57 |
| Problemas de saúde próprios ou na família | 29 | 5,77 |
| Situação de violência/acidentes | 16 | 3,18 |
| Separação dos pais | 12 | 2,39 |
| Gravidez | 08 | 1,59 |
| Problemas com drogas/tráfico | 05 | 0,99 |
| Violência familiar | 02 | 0,39 |
| Preconceito | 02 | 0,39 |
| Ser preso | 02 | 0,39 |
| Prisão de familiar | 01 | 0,19 |
| Descobrir-se homossexual | 01 | 0,19 |
| Morar em albergue | 01 | 0,19 |
| Não consta | 57 | 11,35 |
| Total | 502 | 100 |

Observa-se que as situações mais citadas foram aquelas relacionadas a problemas com pais, familiares, amigos ou parceiros(as) (31,87%), problemas na escola ou no trabalho (15,13%) e problemas cotidianos (10,55%). Em percentuais bem mais baixos foram citadas situações mais extremas e/ou de risco como o uso de drogas/envolvimento com o tráfico de drogas (0,99%), violência familiar (0,39%) e ser preso (0,39%).

Para a análise das estratégias utilizadas para lidar com a situação de *stress* foi realizada uma MANCOVA incluindo-se os oito fatores do instrumento. Os resultados para todos eles são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5

Resultados da MANCOVA para os Fatores do Inventário de Estratégias de Coping

| Fatores | Sexo | | | |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------|
| | Total | Feminino | Masculino | F |
| | (N = 502) Média (d.p.) | (n = 272) Média (d.p.) | (n = 230) Média (d.p.) | (1,501) |
| Confronto | 1,21 (0,63) | 1,22 (0,60) | 1,19 (0,66) | 0,32 |
| Afastamento | 1,10 (0,61) | 1,04 (0,62) | 1,17 (0,59) | 5,12* |
| Autocontrole | 1,26 (0,60) | 1,23 (0,60) | 1,30 (0,60) | 1,20 |
| Suporte Social | 1,37 (0,69) | 1,42 (0,68) | 1,32 (0,70) | 3,24 |
| Aceitação de Responsabilidade | 1,31 (0,75) | 1,27 (0,76) | 1,35 (0,73) | 1,24 |
| Fuga e Esquiva | 1,04 (0,61) | 1,06 (0,59) | 1,03 (0,64) | 0,40 |
| Resolução de Problemas | 1,25 (0,68) | 1,19 (0,68) | 1,31 (0,68) | 3,12 |
| Reavaliação Positiva | 1,34 (0,64) | 1,30 (0,68) | 1,37 (0,62) | 1,22 |

* Diferença significativa entre médias, $p < 0,01$

Percebe-se que a estratégia mais utilizada pelo grupo de jovens da amostra foi a de Suporte Social, com média de 1,37 ($d.p.=0,69$). Salienta-se que as respostas eram marcadas em uma escala *likert* de 0 a 3, em que 1 significa “um pouco”. No que se refere à variável sexo, observa-se que os jovens do sexo masculino apresentaram uma média significativamente mais alta no fator Afastamento.

Escala Fatorial de Neuroticismo

Como nos demais instrumentos, Escala Fatorial de Neuroticismo também apresentou uma boa consistência interna, com Alpha de Cronbach de 0,94.

A análise entre médias utilizou os quatro fatores da escala e seus resultados são evidenciados na Tabela 6.

Tabela 6*Resultados da MANCOVA para os Fatores da EFN*

| Fatores | Sexo | | F |
|-----------------|---------------------------|---------------------------|--------|
| | Feminino | Masculino | |
| | (n = 272) Média (d.p.) | (n = 230) Média (d.p.) | |
| Vulnerabilidade | 70,33 (23,24) | 71,85 (23,57) | 0,38 |
| Ansiedade | 81,22 (25,84) | 73,40 (24,65) | 12,81* |
| Desajustamento | 27,19 (12,48) | 32,87 (13,50) | 22,42* |
| Depressão | 46,26 (16,51) | 50,27 (18,58) | 6,21* |

* Diferença entre médias significativa, $p < 0,01$

Os resultados demonstram diferenças significativas entre os sexos nas médias dos fatores Ansiedade, Desajustamento e Depressão. No fator Ansiedade as jovens do sexo feminino apresentaram uma média significativamente mais alta, enquanto que nos demais fatores os jovens do sexo masculino apresentaram médias mais altas.

Resultados Referentes ao Objetivo Geral da pesquisa

Para verificar se existiria efeito entre as variáveis rede de relações, personalidade e *coping* sobre a satisfação de vida dos adolescentes, foi realizada uma análise de regressão linear multivariada através do método *stepwise*. Utilizou-se como variáveis independentes as 11 dimensões do IRR analisadas para cada uma das seguintes pessoas: mãe, pai e melhor amigo. Os oito fatores do Inventário de Estratégias de *Coping* também foram utilizados como variáveis independentes, assim como as quatro sub-escalas da EFN. A variável dependente foi a Satisfação de Vida Total, obtida através da média de todos os itens da EMSV-A.

A Tabela 7 apresenta os resultados da análise de regressão linear multivariada com os fatores que predisseram a satisfação de vida dos participantes da amostra.

Tabela 7*Resultados da Análise de Regressão Linear Multivariada*

| Variáveis Independentes | Satisfação de Vida Total | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|------|-------|----------------|
| | β | R | R^2 | R^2 ajustado |
| Depressão | -0,27 | 0,55 | 0,30 | 0,30 |
| Satisfação na Relação com a Mãe | 0,13 | 0,63 | 0,39 | 0,39 |
| Aliança Confiável com o Melhor Amigo | 0,19 | 0,67 | 0,45 | 0,44 |
| Companhia do Pai | 0,14 | 0,69 | 0,48 | 0,47 |
| Vulnerabilidade | -0,22 | 0,71 | 0,51 | 0,50 |
| Conflito com Pai | -0,15 | 0,72 | 0,52 | 0,52 |
| Desajustamento | 0,15 | 0,73 | 0,54 | 0,53 |
| Relação de Cuidado com o Melhor Amigo | 0,13 | 0,74 | 0,55 | 0,54 |
| Fuga e Esquiva | -0,16 | 0,75 | 0,56 | 0,55 |
| Reavaliação Positiva | 0,11 | 0,75 | 0,57 | 0,56 |
| Companhia da Mãe | 0,11 | 0,76 | 0,58 | 0,57 |

Pode-se observar que todos os fatores reunidos compreendem 57% da variância da variável dependente. Sozinho o fator Depressão (ou seja, a ausência de características depressivas) é responsável por 30% da variância do aumento da satisfação de vida total dos jovens participantes da pesquisa. Além do fator Depressão, os demais fatores responsáveis pela variância são os seguintes, listados por ordem de importância: Satisfação na Relação com a Mãe, Aliança Confiável com o Melhor Amigo, Companhia do Pai, ausência de características de Vulnerabilidade, ausência de Conflito com o Pai, ausência de características de Desajustamento, Relação de Cuidado com o Melhor Amigo, não utilização da estratégia de *coping* de Fuga e Esquiva, utilização da estratégia de *coping* de Reavaliação Positiva e Companhia da Mãe.

Discussão

Para a realização desta pesquisa, partiu-se da premissa de que a satisfação de vida é uma avaliação que as pessoas fazem de suas experiências, examinando os aspectos tangíveis, ponderando os fatores positivos e negativos para, enfim, chegarem a um julgamento (Lucas et al., 1996).

Além disso, também se entende satisfação de vida como uma variável dependente de outros aspectos, como traços de personalidade (Diener, & Lucas, 1999; Schumutte, & Ryff, 1997), a presença de suporte social (Helsen et al., 2000; Yarcheski, Mahon, & Yarcheski, 2001) que foi avaliada nesta pesquisa através das redes de relações que a pessoa possui, e a forma como ela lida com os eventos pelos quais passa ao longo de sua vida (estratégias de *coping*) (Compas, Malcarne, & Fundacaro, 1988; Endler, & Parker, 1990; Herman-Stahl, Stemmler, & Petersen, 1994). Desse modo, ao longo deste estudo, procurou-se descrever como se apresentaram as diferentes variáveis para a amostra e posteriormente, compreender a influência que as variáveis independentes citadas anteriormente poderiam exercer sobre a satisfação dos jovens participantes.

Diversas pesquisas revelam que os jovens apresentam um bom nível, ou um nível moderadamente alto de satisfação de vida (Huebner et al., 2000; Nickerson, & Nagle, 2004). Os resultados deste estudo corroboraram tais evidências. Detectou-se que a média de satisfação de vida para os jovens participantes, tanto globalmente quanto em suas diferentes dimensões, apresentou-se entre as classificações 3 e 4, demonstrando estarem entre relativamente e bastante satisfeitos com diferentes aspectos de suas vidas.

Observaram-se, entretanto, algumas diferenças entre gêneros. Novamente, como já descrito na literatura (Huebner et al., 2000; Nickerson, & Nagle, 2004), as participantes do sexo feminino apresentaram médias mais altas no fator Escola. Elas mostraram-se bastante satisfeitas com as atividades escolares e outros aspectos como relação com professores e colegas. A média de respostas dos participantes do sexo masculino os descreveu como relativamente satisfeitos com essas questões.

Nesta pesquisa constatou-se que as médias mais baixas foram encontradas para a dimensão Escola, no caso dos participantes do sexo masculino, e a dimensão *Self-Comparado* para as participantes do sexo feminino. Este último resultado vem ao encontro com o obtido por Arteché (2003), que encontrou uma média semelhante ($M = 3,48$, $d.p. = 0,75$) nessa dimensão para uma amostra de adolescentes, estudantes de escolas públicas de Porto Alegre.

No que se refere às relações estabelecidas pelos jovens, neste estudo optou-se por apresentar apenas os achados relativos às diferenças que foram significativas entre sexos. Esta

decisão foi tomada, pois pesquisas prévias demonstram que gênero é uma variável que exerce importante influência no desenvolvimento de vínculos durante essa fase da vida (Uegerb, Degirmencioglu, Tolson, & Halliday-Scher, 1995; Wong, & Csikszentmihalyi, 1994).

Os resultados demonstraram que as meninas parecem valorizar mais a relação com amigos do que os meninos. Outras pesquisas já haviam trazido resultados semelhantes, indicando que meninas possuem um nível maior de intimidade e de afeto com seus pares e melhores amigos (Furman, & Buhrmester, 1985; Leadbeater, Kupermine, Blatt, & Hertzog, 1999).

Nesta pesquisa, meninos apresentaram médias mais altas para o fator Conflito com o Melhor Amigo. Por um lado, Windle (1992) revela que em geral, meninas relatam mais acontecimentos estressantes vinculados às relações interpessoais como, por exemplo, brigas com amigos. Por outro lado, pesquisas como as de Wong e Csikszentmihalyi (1994) trazem indícios de que jovens do sexo masculino relacionam características de agressividade a um maior poder de dominância, enquanto para meninas esse poder estaria relacionado à capacidade de estabelecer vínculos.

Esses resultados fazem sentido quando compreendemos que, provavelmente, ao avaliar uma relação como satisfatória (como é observado nas respostas dadas pelas adolescentes em relação a seus melhores amigos), dificilmente essa mesma relação poderia ser caracterizada como conflituosa. Dessa forma, a satisfação na relação com amigos deve ocorrer no sentido inverso dos conflitos com esses mesmos pares.

No que se refere à relação com os pais, pode-se perceber que os participantes do sexo masculino apresentaram médias significativamente mais altas nos fatores Auxílio Instrumental do Pai e Satisfação na Relação com o Pai. Com relação aos dois primeiros, as médias foram mais próximas da classificação 4, o que significa que eles necessitam muitas vezes do auxílio do pai para realizar determinadas tarefas e corresponde a estarem muito satisfeitos com essa relação. Apesar destas médias terem sido mais altas para os jovens, a classificação dada pelas jovens para os mesmos fatores variou entre 3 e 4, o que significaria necessitarem seguidamente do auxílio paterno e estarem muito satisfeitas com a relação com ele.

Do mesmo modo, observou-se que os participantes do sexo masculino apresentaram médias significativamente mais altas para o fator Revelação/Intimidade com o pai. Aqui também se constata que, apesar da diferença entre médias, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino essas médias tendem para a classificação 2, que significa que apenas algumas vezes os jovens sentem-se abertos a uma relação de intimidade com o pai. Percebe-se que a mãe, para ambos os sexos, é a figura parental mais escolhida para o estabelecimento de relações de intimidade. As médias dos jovens do sexo masculino ficaram mais próximas a uma

classificação 3, que significa que seguidamente estariam abertos a uma relação de intimidade com a mãe, e as das jovens do sexo feminino mais próximas da classificação 4, ou seja, muitas vezes estabeleceriam este tipo de relação com a mãe.

A avaliação das estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes demonstra que, entre os fatores que agrupam tais estratégias, não houve uma variação muito grande das médias. Percebe-se que as médias variaram entre 1,04 ($d.p.=0,61$) para a utilização da estratégia de fuga-esquiva e 1,37 ($d.p.=0,69$) para a de suporte social. Deve-se levar em conta o fato do inventário ser respondido através de uma escala *likert*, com alternativas de classificação de 0 a 3, em que 0 significa que a pessoa não utilizou a estratégia, 1, usou um pouco, 2, usou bastante e 3, usou em grande quantidade. Desse modo, entende-se que as médias de todos os fatores mostram-se mais perto de 1, ou seja, em média os participantes de ambos os sexos utilizaram “um pouco” cada um dos grupos de estratégias de *coping*.

Antes de preencherem o inventário, os participantes deveriam descrever uma situação pela qual passaram e que considerassem estressante. A partir de tal descrição deveriam classificar em qual intensidade utilizaram as estratégias para lidar com o problema. Foi bastante ampla a gama de situações descritas pelos jovens, tendo sido citadas tanto situações mais corriqueiras como problemas relacionados com a escola (como tirar nota baixa, discutir com um colega ou professor) ou trabalho e problemas com os pais, até situações mais extremas como uso de drogas, envolvimento com tráfico de drogas ou violência familiar. Observou-se que as situações corriqueiras relacionadas à família e à escola e trabalho foram as mais presentes. Talvez, por essa razão as médias para a utilização de estratégias para lidar com os problemas não tenham sido altas. Além disso, durante as aplicações, pode-se perceber que muitos dos jovens tiveram dificuldades em lembrar de uma situação para descrever, o que pode ter gerado um maior distanciamento entre o que foi lembrado e o que realmente foi vivido. O fato de nenhuma estratégia ter se sobressaído em relação às outras também pode significar que esses adolescentes contam com um leque mais variado de estratégias e que eles poderiam lançar mão de qualquer uma delas, de acordo com o tipo de problema enfrentado.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas, constatou-se que as jovens apresentaram a média mais alta, dentre todos os fatores, para o de Suporte Social, enquanto os jovens apresentaram a média mais alta para o fator Aceitação de Responsabilidade. A pesquisa de Arteche, Bandeira e Gozalvo (2003) encontrou diferenças significativas entre os sexos para os mesmos fatores no mesmo sentido.

Dentre as características de personalidade acessadas através da EFN, não se observou uma diferença significativa entre os sexos para as médias do fator Vulnerabilidade. Essas médias ficaram dentro de percentis classificados como médio para a amostra normativa do

instrumento (Hutz, & Nunes, 2001). Da mesma forma, as médias obtidas para os jovens e as jovens participantes deste estudo no fator Ansiedade enquadraram-se dentro dos percentis médios daquela amostra. Observou-se também uma diferença significativamente mais alta neste fator para os participantes do sexo feminino. Esse resultado é semelhante ao obtido pela amostra normatizada do EFN, em que as mulheres apresentaram uma média de 75,65 (*d.p.* = 23,13) e homens, de 68,93 (*d.p.* = 22,55).

Os fatores Desajustamento e Depressão, por sua vez, apresentaram médias para os jovens de ambos os sexos que poderiam ser classificadas em um percentil alto, de acordo com a amostra normativa da escala. Em ambos os fatores, os participantes do sexo masculino apresentaram médias mais altas do que as jovens, mesma característica encontrada na população estudada por Hutz e Nunes (2001).

As explicações para as diferenças encontradas entre os jovens participantes desta pesquisa e o grupo normativo podem residir no fato de que a amostra de Hutz e Nunes (2001) conta com universitários em uma faixa mais ampla de idades, sendo que a maior parte deles concentra-se entre as idades de 18 e 22 anos. Os participantes deste estudo são estudantes de escolas estaduais com idades entre 14 e 23 anos, com uma média de idade de 16,6 anos (*d.p.* = 1,4 anos). Sendo assim, percebe-se que enquanto o grupo normativo encontra-se finalizando a adolescência, os participantes desta pesquisa estão no auge desta fase, período este que pode ser entendido como muito mais crítico e conflituoso, em que problemas de desajustamento e sentimentos depressivos são mais comuns (Monteiro, & Lage, 2007).

Na análise de regressão múltipla a satisfação de vida foi considerada como a variável dependente, e relações com pais e melhor amigo(a), estratégias de *coping* e traços de personalidade como variáveis independentes. Partiu-se da hipótese de que tais variáveis exerceriam influência sobre a satisfação de vida dos jovens participantes.

Os resultados indicaram que dos 47 fatores referentes a todos os instrumentos considerados como variáveis independentes (incluindo-se aqui também as variáveis sexo e idade), 11 predisseram a satisfação de vida. Os achados desta pesquisa revelaram que o fator Depressão do EFN foi a variável que melhor predisse a satisfação de vida neste grupo. A quinta e a sétima variável que melhor explicaram satisfação de vida foram os fatores Vulnerabilidade e Desajustamento, que também fazem parte da escala de neuroticismo. É importante ressaltar que para os três fatores a correlação estabelecida com a variável satisfação de vida foi negativa, ou seja, a ausência ou diminuição de tais características contribuem para que os jovens sintam-se mais satisfeitos com suas vidas. Esses dados nos remetem a estudos anteriores que consideram traços de personalidade, especialmente a extroversão e o neuroticismo, como fortes preditores da satisfação de vida (Diener, & Lucas, 1999; Schumutte, & Ryff, 1997).

O segundo, o quarto, o sexto e o último fator que explicaram o nível de satisfação de vida dos jovens foram os fatores do Inventário de Rede de Relações denominados Satisfação na Relação com a Mãe, Conflito com o Pai (no caso, ausência de conflito) e Companhia da mãe, respectivamente. Questões vinculadas à relação estabelecida entre jovens e seus pares também apareceram como importantes na predição da satisfação de vida. Os resultados demonstram que os fatores Aliança Confiável e Relação de Cuidado com o Melhor Amigo estão, respectivamente, em terceiro e oitavo lugar.

Pequisadores relatam que outro fator que exerce influência sobre o bem-estar de adolescentes é o suporte social de pais e amigos, sendo que a presença de tal suporte se correlaciona negativamente com problemas emocionais (Helsen et al., 2000; Yarcheski et al., 2001). Confiança e comunicação entre os jovens, seus pais e seus pares também se mostram relacionados ao grau de satisfação experienciado (Nickerson, & Nagle, 2004). Na fase da adolescência há uma mudança da natureza do mundo social das pessoas, aumentando a importância dos pares do mesmo sexo e os laços de amizade. No início dessa fase, os pares passam a ser percebidos como companhias mais importantes do que os pais. Porém, mesmo com a importância dada ao desenvolvimento da intimidade entre os adolescentes e seus amigos, pesquisadores afirmam que os pais continuam sendo importantes, permanecendo como uma fonte de apoio significativa para eles (Buhrmester, & Furman, 1987; Shulman, 1993; Steinberg, 1985). Nesta pesquisa, os resultados demonstram o que foi explicitado pelos estudos anteriores. Apesar da amizade exercer uma papel importante nessa fase da vida, em termos de satisfação de vida para os jovens, a relação com os pais não perde o seu grau de significado.

Por fim, percebe-se que apenas dois dos oito fatores do Inventário de *Coping* aparecem como variáveis relevantes na predição da satisfação de vida dos participantes. Esses são os fatores de Fuga-Esquiva (que conta com itens como: “fiz como se nada tivesse acontecido”) e a Reavaliação positiva (é composto por itens como: “mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva”). Neste estudo, enquanto o fator de Fuga-Esquiva estabelece uma correlação negativa com a satisfação de vida, o fator Reavaliação Positiva constitui uma correlação positiva com a variável dependente.

Nesta pesquisa, optou-se por utilizar como diretriz de avaliação da efetividade das estratégias de *coping* a proposta de Aldwin e Reverson (1987) que relaciona *coping* efetivo com aspectos relacionados à saúde física e mental. Desse modo, poderíamos concluir que para os jovens desta pesquisa o uso de estratégias de Reavaliação Positiva e o não uso de estratégias de Fuga-Esquiva estariam relacionados a uma satisfação de vida alta. Esses resultados podem ser comparados aos obtidos por Williams e De Lisi (1999) que relatam que as estratégias de *coping* tendem a variar com os avanços cognitivos e que adolescentes mais velhos utilizariam

um número mais freqüente de estratégias que lidam diretamente com o problema, como a Reavaliação Positiva. Desse modo, parece que as estratégias que lidam mais diretamente com o problema poderiam se classificadas como mais maduras e neste estudo como mais eficazes para a obtenção de um maior nível de satisfação de vida. Além disso, estudos anteriores também apontam para o fato de estratégias como as de fuga-esquiva e evitação serem desadaptativas (Compas et al., 1988; Schmidt, Dell’Aglia, & Bosa, 2007) e relacionadas a uma diminuição do nível do bem-estar psicológico (Câmara, & Carlotto, 2007).

Conclusões

Através do presente estudo foi possível obter um perfil de uma amostra aleatória por conglomerados de jovens estudantes do E.M. de escolas estaduais de Porto Alegre no que se refere a satisfação de vida, relações estabelecidas com pessoas significativas (pais e melhores amigos), estratégia de *coping* utilizadas para enfrentar certos eventos de vida e características de personalidade. Os resultados obtidos demonstraram que:

- os jovens participantes apresentaram um bom nível de satisfação de vida, tanto de uma forma global quanto por domínios;
- as relações estabelecidas com melhores amigos parecem exercer uma forte influência para os jovens, especialmente do sexo feminino. Apesar disso a relação com figuras parentais, com destaque para a mãe, continua sendo importante nesta fase da vida. A relação com mãe mostrou-se mais aberta para o estabelecimento de relações de intimidade;
- os participantes de uma forma geral apresentaram um leque variado de estratégias de *coping* para lidar com situações estressantes;
- a amostra deste estudo apresentou médias semelhantes à amostra padronizada do EFN para os fatores Vulnerabilidade e Ansiedade. Os fatores Depressão e Desajustamento, por sua vez, apresentaram médias mais altas (que poderiam ser classificadas em um percentil alto de acordo com o manual do instrumento);
- os fatores que mais influenciaram o nível de satisfação de vida da amostra foram as características de personalidade como Depressão, Vulnerabilidade e Desajustamento, os fatores do IRR relacionados ao suporte social (Companhia, Aliança Confiável e Relação de Cuidado) com amigo ou figuras parentais e estratégias de *coping* de Fuga-Esquiva e Reavaliação Positiva.

Os resultados desta pesquisa são importantes por contar com um grande número de participantes e dessa forma contribuir para o conhecimento de fatores relacionados à adolescência normal no Brasil. Como limitação do estudo salienta-se o fato dos instrumentos contarem com muitos itens, o que pode ter sido bastante cansativo para os participantes e possa

ter contribuído para que alguns deles não preenchessem as escalas até o final ou com a seriedade necessária.

Sugere-se, para a continuidade e ampliação da presente pesquisa, a realização de outros estudos que contemplem uma faixa etária mais distribuída de adolescentes e jovens, incluindo-se também estudantes de outros estados e instituições privadas. Estes estudos seriam importantes para um maior conhecimento acerca do desenvolvimento de adolescentes e jovens na realidade brasileira.

CAPÍTULO III

Estudo II

Jovens Vivendo com HIV/AIDS: A influência da rede de relações, do coping e do neuroticismo sobre a satisfação de vida²

Youth People Living with HIV/AIDS: the influence of network of relationships, coping and neuroticism on life satisfaction

Adriana Jung Serafini

Denise Ruschel Bandeira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre

² Pesquisa realizada com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Resumo

O presente estudo teve como objetivo verificar se as variáveis independentes rede de relações, neuroticismo e estratégias de *coping* exerceriam efeito sobre a variável satisfação de vida, em uma amostra de adolescentes soropositivos. Também buscou-se apresentar um perfil descritivo da amostra para cada uma das variáveis investigadas. Participaram 45 jovens portadores do vírus HIV, com média de idade de 18,7 anos (*d.p.* = 2,7), procedentes de três centros de atendimento da Grande Porto Alegre. Os instrumentos utilizados foram um questionário de dados sócio-demográficos, a Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes – EMSV-A, o Inventário de Rede de Relações – IRR, o Inventário de Estratégias de *Coping* e a Escala Fatorial de Neuroticismo – EFN. Com o objetivo de apresentar o perfil da amostra, os dados dos instrumentos foram analisados através de MANCOVA e MANOVA. Para avaliar que variáveis produziram efeitos na Satisfação de Vida, foi realizada uma análise de regressão múltipla. Os resultados principais indicaram que de uma forma geral, o nível de satisfação de vida dos jovens portadores do vírus HIV é semelhante ao de jovens não portadores, porém há um certo declínio na satisfação com as amizades. Em relação às estratégias de *coping* , as médias entre elas foram bastante semelhantes, porém algumas diferenças foram encontradas quando o grupo foi dividido em relação à situação de *stress* vivenciada (relacionadas ou não ao HIV). Níveis altos de neuroticismo foram evidenciados nos participantes, em especial no que se refere ao fator Depressão, com diferenças entre sexos. Esse foi o fator que melhor predisse a Satisfação de Vida Total da amostra. Outros fatores que predisseram a Satisfação de Vida Total foram Apoio Social da Mãe e utilização de estratégias de *coping* de Confronto.

Palavras-chave: HIV; Satisfação de Vida; *Coping* ; Neuroticismo; Rede de Relações

Abstract

The present study had the objective of verifying if the variables relationships network, Neuroticism and coping strategies would affect the variable life satisfaction, in a sample of HIV positive patients. It also aimed to present a descriptive profile of the sample for each of the variables. Forty-five youth HIV carriers from three health caring centers of metropolitan Porto Alegre, with an average age of 18,7 years old (*s. d.* = 2.7) took part in this study. The instruments used were a questionnaire of sociodemographic data, the Multidimensional Life Satisfaction Scale for Adolescents (MLSS- A), the Network of Relationships Inventory (NRI), the Coping Strategies Inventory and the Neuroticism Factorial Scale. In order to present the sample's profile, the data of the instruments were analyzed through MANCOVA and MANOVA. To assess the effect of the interest variables on the variable life satisfaction, a linear multiple regression was carried out. The main results showed that in a global way, the level of life satisfaction of the youth HIV carriers is similar to the one of the non-carriers, although there is a fair decrease in the satisfaction with friendships. As far as coping strategies are concerned, the averages between them were similar, while some differences have been found when the group was separated in relation to the stress situation experienced. High levels of neuroticism were evidenced in the sample, especially concerning the factor Depression, which was the best predictor of Total Life Satisfaction of the sample. Other factors that were predictors for Total Life Satisfaction were Mother's Social Support and the use of Confrontation coping strategies.

Keywords: HIV; Life Satisfaction; Coping; Neuroticism; Relationships Network

Introdução

A AIDS tem sido caracterizada como uma epidemia mundial. De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA, 2004) ela é um fenômeno único na história da humanidade pela sua rápida propagação, alcance e impacto. Essa epidemia vem afetando desproporcionalmente os jovens de uma forma geral, sendo que pessoas entre 15 e 24 anos já representam a metade dos novos casos de HIV em todo o mundo. Um número superior a 6000 jovens são infectados pelo vírus a cada dia. No Brasil, através dos últimos dados estatísticos divulgados pelo Boletim Epidemiológico – AIDS e DST (Programa Nacional de DST e AIDS, 2007), no ano de 2007, 10,6% das mulheres e 8,7% dos homens diagnosticados como portadores do vírus HIV estavam na faixa dos 13 aos 24 anos de idade.

Dentre os fatores responsáveis por esse aumento de jovens infectados encontra-se a precocidade no início das relações sexuais, o aumento no número de parceiros e a inconsistência no uso de preservativos (Taquette, Ruzany, Meirelles, & Ricardo, 2003). Em uma pesquisa realizada com adolescentes e jovens entre 14 e 22 anos, de baixo nível sócio-econômico residentes na cidade do Rio de Janeiro fatores como a falta de dinheiro, escola, emprego, violência nas relações, uso abusivo de álcool e drogas e machismo relacionaram-se positivamente com a falta de prevenção e risco à exposição ao vírus HIV (Taquette et al., 2003).

Muitos estudos sobre HIV, ao abordar a população adolescente, exploram questões importantes, como a prevenção para o contágio do vírus (Flora, & Thoresen, 1988; Oliveira, Dias, & Silva, 2005; Ruzany, Taquette, Oliveira, Meirelles, & Ricardo, 2003) ou os fatores de risco ou de proteção para o contágio do HIV (Pechansky, Bassols, & Diemen, 2002; Taquette et al., 2003). Entretanto, poucas são as pesquisas que enfocam os adolescentes contaminados, em especial, os seus aspectos psicológicos (Battles, & Wiener, 2002; Kelly, & Murphy, 1992; Murphy, Moscicki, Vermund, & Muenz, 2000). Estudos realizados no Brasil são ainda mais raros (Bassols, 2003; Reppold, Reppold, Xavier, & Hutz, 2004). A presente pesquisa busca avaliar estes aspectos psicológicos, focando-se na avaliação da satisfação de vida de jovens portadores do vírus HIV. De acordo com Pavot, Diener, Colvin e Sandvik (1991). A satisfação de vida é considerada o elemento cognitivo que constitui o bem-estar subjetivo. Ela é definida como uma avaliação global que a pessoa faz de sua própria vida. Além disso,

pesquisas indicam que certas variáveis podem influenciar o nível de bem-estar, e como conseqüência, o nível de satisfação. Entre estas variáveis estariam: traços de personalidade, eventos de vida e estratégias de *coping* e a presença de uma rede de suporte social e o estabelecimento de relações de intimidade (Aldwin, & Revenson, 1987, Diener, & Lucas, 1999, Mccullough, Hueber, & Laughlin, 2000, Nickerson, & Nagle, 2004).

As pesquisas que têm como foco os portadores de HIV revelam que a forma como o indivíduo vai encarar o diagnóstico depende da dinâmica psíquica anteriormente existente. Porém, de uma forma geral, as pessoas sentem o diagnóstico de infecção por HIV como um atestado de finitude e a limitação de desejos futuros. Surgem medos relacionados ao abandono, discriminação e perdas sociais, assim como sentimentos de culpa, raiva e pânico (Canini, Reis, Pereira, Gir, & Pelá, 2004; Leite et al., 1996).

Estudos que avaliam o nível de bem-estar ou satisfação de vida verificaram que ocorre uma diminuição no senso de bem-estar dos adolescentes soropositivos (Drotar, Angle, Eckl, & Thompson, 1995). Problemas como *stress*, a discriminação e a conseqüente diminuição do suporte social, depressão, ansiedade e a dificuldade em revelar seu estado soropositivo para outras pessoas, assim como problemas relacionados ao desempenho escolar foram observados em adolescentes infectados pelo HIV (Battles, & Wiener, 2002; Brown, Schultz, & Gragg, 1995; Heckman, 2003; Wiener, & Septimus, 1991).

Conforme Wiener e Septimus (1991), os maiores problemas que a infecção por HIV podem causar aos adolescentes emergem no momento de estabelecer relações fora da família. As grandes dificuldades se encontram em situações como informar sua condição ao parceiro sexual, a prática de sexo seguro, o medo das conclusões que seus pares podem chegar sobre como foi infectado, culpa, sentir-se sujo ou sexualmente anormal. Barros (2002) reforça essa idéia ao afirmar que uma situação ansiogênica é o momento em que o indivíduo soropositivo decide se vai compartilhar a informação de seu diagnóstico com alguém, quem será essa pessoa e de que modo deve revelar. Por isso, a importância em avaliar as relações da pessoa infectada com seus amigos e familiares e o espaço existente para falar sobre seus sentimentos e angústias.

Em adolescentes infectados pelo HIV, os resultados da pesquisa de Battles e Wiener (2002) indicaram que o quanto mais os adolescentes percebiam o suporte social, menor era o número de problemas de comportamento relatados pelos pais. Apesar de o suporte dado por amigos e colegas possuir uma relação positiva com o funcionamento dos participantes portadores de HIV, o suporte social advindo de adultos (pais e professores) demonstrou ser uma relação mais consistente.

Percebe-se que o diagnóstico de HIV positivo durante uma fase já conflitiva por si só, gera muitas angústias na vida de um adolescente. Uma das formas de entender como os

adolescentes soropositivos lidam com os problemas oriundos de seu diagnóstico seria através da investigação das estratégias de *coping* utilizadas. *Coping* é definido por Lazarus e Folkman (1984) como os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com demandas externas e/ou internas específicas que são avaliadas como excedendo os esforços e recursos do indivíduo. A importância em se estudar as estratégias de *coping* está no fato de que a efetividade destas relaciona-se com resultados positivos sobre aspectos da saúde física ou mental das pessoas. Assim, podemos entender sua efetividade também relacionada à satisfação de vida (Aldwin, & Revenson, 1987).

Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh e Wolters (2002), em uma pesquisa com adolescentes portadores de doenças crônicas, encontraram que as estratégias de *coping* que se mostraram como determinantes importantes para um funcionamento psicossocial positivo foram as estratégias ativas para a solução de problemas. Além disso, as estratégias de *coping* que buscavam suporte social também se mostraram efetivas, mas apenas quando estavam relacionadas a habilidades sociais. Desse modo, percebe-se uma relação entre as variáveis vinculadas a rede de relações (suporte social/intimidade) e estilos de *coping* que pode resultar em um aumento ou decréscimo no nível de satisfação de vida.

Objetivos

Objetivo geral:

- Verificar se existe efeito das variáveis rede de relações, neuroticismo e *coping* sobre a satisfação de vida dos adolescentes soropositivos.

Objetivo específico:

-Apresentar um perfil descritivo da amostra para as seguintes variáveis: satisfação de vida, rede de relações estabelecidas pelos jovens, estratégias de *coping* e neuroticismo.

Método

Amostra:

Participaram deste estudo um total de 45 jovens portadores do vírus HIV, com idade entre 14 e 23 anos ($M = 18,7$; $d.p. = 2,7$), procedentes de três centros de atendimento da Grande Porto Alegre. Desse número total, 82,2% dos participantes se encontravam em atendimento no Serviço de Atenção Terapêutica do Hospital Sanatório Partenon, 15,6% no Centro de Testagem

e Aconselhamento (CTA) de Viamão e 2,2% no CTA do Ambulatório de Dermatologia. Na Tabela 1 são apresentados os dados demográficos e sócio-econômicos da amostra.

Tabela 1

Dados Demográficos e Sócio-Econômicos dos Participantes

| Variáveis | n | Frequência (%) |
|--|----------|-----------------------|
| Sexo | | |
| Feminino | 29 | 64,4 |
| Masculino | 16 | 35,6 |
| Idade | | |
| 20 a 23 anos | 22 | 48,9 |
| 17 a 19 anos | 12 | 26,7 |
| 14 a 16 anos | 11 | 24,4 |
| Escolaridade | | |
| 1 ^a . a 4 ^a . EF | 07 | 15,6 |
| 5 ^a . a 8 ^a . EF | 27 | 60,0 |
| 1 ^o . EM | 05 | 11,1 |
| 2 ^o . EM | 03 | 6,7 |
| 3 ^o . EM | 03 | 6,7 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro | 25 | 55,6 |
| Com companheiro | 14 | 31,1 |
| Casado | 03 | 6,7 |
| Separado | 02 | 4,4 |
| Viúvo | 01 | 2,2 |
| Classe social (Renda Média Familiar - critérios ABEP) | | |
| B1 (R\$ 2.804,00) | 02 | 4,4 |
| B2(R\$ 1.669,00) | 04 | 8,9 |
| C (R\$ 927,00) | 25 | 55,6 |
| D(R\$ 424,00) | 10 | 22,2 |

| | | | |
|----------|------------------------------|----|------|
| | E(R\$ 207,00) | 04 | 8,9 |
| Religião | | | |
| | Pratica (sempre ou às vezes) | 26 | 59,1 |
| | Não pratica | 18 | 40,9 |

Além dos dados apresentados na Tabela 1, foram investigados fatores relacionados às relações afetivas e sexuais dos participantes de cada grupo. Dos 28 jovens que se classificaram como solteiros, separados ou viúvos, 20,7% estavam namorando. Um percentual alto dos jovens (84,4%) já havia tido a primeira relação sexual. A idade média da primeira relação sexual foi de 14,5 anos (*d.p.*=1,6).

Tabela 2

Dados Relacionados à Infecção pelo HIV

| Variáveis | <i>n</i> | Frequência (%) |
|-----------------------------|----------|----------------|
| Motivo do Contágio | | |
| Relação sexual | 31 | 68,9 |
| Transmissão vertical | 10 | 22,2 |
| Abuso sexual | 02 | 4,4 |
| Transfusão de sangue | 01 | 2,2 |
| Não sabe | 01 | 2,2 |
| Tempo do diagnóstico | | |
| 6 anos ou mais | 09 | 20,0 |
| 3 a 5 anos | 11 | 24,4 |
| 1 ano a 2 anos | 14 | 31,1 |
| 1 mês a 11 meses | 10 | 22,2 |
| Não sabe | 01 | 2,2 |
| Diagnóstico de AIDS | | |
| sim | 18 | 40,0 |
| não | 19 | 42,2 |
| Não há dados | 08 | 17,8 |
| Faz uso de ARV | | |
| sim | 18 | 40,0 |
| não | 15 | 33,3 |
| Usou/usa durante a gravidez | 04 | 8,8 |

O maior percentual dos casos (79,5%) relatou que a mãe sabe do diagnóstico de soropositividade, seguido pelos irmãos (65,9%), parceiros (50%) e outros familiares (50%). Ainda foram citados: pai, melhor amigo, outros amigos, entre outras pessoas.

Dos 45 participantes, 30 (66,7%) relataram que após a descoberta do diagnóstico sofreram alterações em seus hábitos de vida. Dentre as mudanças 50% dos casos se referiam a alterações no sono (insônia ou hipersonia), 26,7% a mudanças relativas a alimentação (inapetência ou aumento do apetite) e 20% referiram perda de peso. Mudanças vinculadas às relações estabelecidas no meio social e com pessoas significativas também foram apontadas, como ser vítima de preconceito (16,7%), piora nas relações com familiares (13,3%) e piora na relação com amigos (10%).

Em relação ao uso de ARVs, entre aqueles pacientes que fizeram ou fazem uso da medicação, 52,6% relataram ter experienciado efeitos colaterais. Dentre os efeitos, os mais comuns foram a presença de tontura/vertigem (30% dos casos), enjôo (30% dos casos) e cefaléia (14,3% dos casos). Além disso, 60% dos jovens da amostra relataram a presença de doenças após terem sido diagnosticados como portadores do vírus. As doenças mais citadas por esses jovens foram: gripes (39,3% dos casos), pneumonia (28,6% dos casos) e doenças sexualmente transmissíveis (17,9% dos casos).

Instrumentos

Em todos os participantes foram aplicados os seguintes instrumentos (em ordem de aplicação):

- *Questionário de dados sócio-demográficos* para os participantes portadores do HIV (Anexo H), com questões relativas à idade, sexo, renda familiar, escolaridade, profissão, estado civil, alguns eventos de vida, questões acerca da contaminação pelo vírus, entre outras. A classificação da classe social foi obtida através do Critério Padrão de Classificação Econômica – Brasil (ABEP, 2003), cujas questões foram inseridas neste questionário.

-A *Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes – EMSV-A de Arteché* (2003), que consiste em uma adaptação da escala de Giacomoni (2002) desenvolvida para crianças. Ela avalia satisfação de vida através de sete fatores (*Self*, *Self-Comparado*, *Família*, *Escola*, *Não-Violência*, *Amizade* e *Global*), sendo composta por 57 itens. Esses são respondidos pelo participante de acordo com a intensidade com que o item se relaciona com ele, tendo como opções de repostas: (1) nem um pouco, (2) bem pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante e (5) muitíssimo.

- *Inventário de Rede de Relações – IRR*, de Furman e Buhrmester (1992), adaptado para o Brasil por Marques e Horn (2002). O inventário avalia 11 dimensões de relacionamentos interpessoais através de 33 itens. As dimensões englobadas pelo instrumento são Conflito, Poder Relativo, Punição, Satisfação e sete dimensões de apoio social (Companhia, Auxílio Instrumental, Auto-Revelação, Cuidado com o Outro, Afeição, Valorização e Aliança Confiável). Essas dimensões são classificadas com cada uma das seguintes pessoas: mãe, pai, melhor amigo(a), namorado(a)/ marido(esposa)/ companheiro(a). Há ainda um espaço denominado “outro”, em que o jovem pode escolher alguém que ele considere importante para classificar. As respostas são registradas em uma escala *likert* de cinco pontos, que indica a qualidade de relacionamento com cada uma das pessoas citadas.

- O *Inventário de Estratégias de Coping* de Folkman e Lazarus (1985) adaptado para o português por Savóia, Santana e Mejitas (1996), que avalia estratégias de *coping* através de oito fatores (Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte Social, Aceitação de Responsabilidade, Fuga-Esquiva, Resolução de Problemas e Reavaliação Positiva) compostos por um total de 66 itens. Os itens são respondidos pelo participante de acordo com a intensidade com que utilizaram cada estratégia mencionada, em determinada situação, tendo como opções de respostas: (0) não usei esta estratégia, (1) usei um pouco, (2) usei bastante e (3) usei em grande quantidade.

- A *Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo – EFN* (Hutz, & Nunes, 2001), um instrumento que avalia a dimensão da personalidade humana denominada neuroticismo/estabilidade emocional (modelo dos Cinco Grandes Fatores) através do levantamento de traços de personalidade. O teste é composto por 82 itens em quatro sub-escalas (Escala de Vulnerabilidade, Escala de Desajustamento Psicossocial, Escala de Ansiedade e Escala de Depressão). Os itens são registrados em uma escala *likert* de sete pontos, em que 1 = “completamente inadequada, a sentença não descreve nenhuma característica minha”, 4 = “neutro, mais ou menos” e 7 = “perfeitamente adequada, a sentença me descreve perfeitamente bem”.

Procedimentos

Como etapa inicial da coleta de dados, foram realizados contatos com três diferentes centros de atendimento da Grande Porto Alegre: o Serviço de Atenção Terapêutica – SAT, localizado no Hospital Sanatório Partenon, o CTA de Viamão e o CTA do Ambulatório de Dermatologia de Porto Alegre. Após aprovação do projeto pelos locais de coleta e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do RS, foram solicitadas a todos os locais as listas de pacientes portadores do vírus HIV com idades entre 14 e 22 anos.

A partir da lista, os pacientes foram recrutados através de convite nos dias em que possuíam atendimento com os profissionais dos centros, ou através de busca ativa em que, por carta ou telefonema, era marcada uma data para a realização da entrevista. A busca ativa somente não foi autorizada no CTA do Ambulatório de Dermatologia, pois não era prática utilizada no centro.

Os pacientes com idades a partir de 18 anos que aceitaram participar preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I). Para os jovens com idade inferior a 18 anos que manifestaram interesse em responder à pesquisa, foi solicitado que os pais ou responsáveis preenchessem o termo (Anexo J). Em todos os jovens do grupo clínico a coleta foi realizada individualmente, em uma sala cedida pelo centro de atendimento. Os pacientes podiam escolher entre responder sozinhos aos questionários ou com o auxílio da entrevistadora (ou auxiliar de pesquisa devidamente treinado), que, em ambos os casos, permanecia junto a eles durante todo o preenchimento. A aplicação em cada um dos participantes desse grupo levou em média uma hora.

Análise dos dados

Para fins de análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS versão 13.0. Na construção do banco de dados, as variáveis referentes às respostas aos instrumentos EMSV-A, IRR, Inventário de Estratégias de *Coping* e EFN, que haviam sido deixadas em branco, foram substituídas pela média do grupo naquele item.

Inicialmente os instrumentos foram avaliados do ponto de vista psicométrico e os dados obtidos analisados através de estatísticas descritivas, sendo apresentadas médias e desvios-padrão das diversas medidas. Para responder aos objetivos específicos, os dados dos instrumentos EMSV-A, IRR e EFN foram analisados através de MANCOVA, sendo incluída como variável independente sexo. Pelo fato da variável idade ter se correlacionado com estes instrumentos, ela foi utilizada como controle nas análises. Como não foi encontrada diferença entre sexos nas análises do Inventário de Estratégias de *Coping*, realizou-se uma MANOVA, sendo a variável independente o tipo de situação de *stress* experienciado.

No IRR as análises foram realizadas com os 11 fatores do instrumento para cada uma das seguintes pessoas: mãe, pai, melhor amigo e companheiro(a) (namorado(a) / marido(esposa) / companheiro(a)). A opção “outro” foi excluída pelo fato de poucos participantes terem respondido para estas pessoas e pela grande variedade de pessoas citadas.

Por fim, para responder ao objetivo geral deste estudo, foi realizada uma análise de regressão múltipla, para avaliar o efeito das variáveis independentes sobre a variável dependente (fatores relacionados à satisfação de vida). Nesta análise foram consideradas como

variáveis independentes os fatores do EFN, do Inventário de Estratégias de *Coping* e do IRR que se correlacionaram com o fator de Satisfação de Vida Total.

Resultados

Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes (EMSV-A)

Em relação aos seus aspectos psicométricos, a EMSV-A apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,94$). A Tabela 3 apresenta os resultados das análises das médias por sexo e faixa etária para todos os fatores da escala e sua soma total. Salienta-se que foram realizadas ANOVAS sendo as variáveis dependentes os fatores da EMSV-A e a independente tempo de diagnóstico e, posteriormente, a presença de diagnóstico de AIDS, embora não tenham sido encontradas diferenças significativas.

Tabela 3

Resultados da MANCOVA para os Fatores da EMSV-A

| Fatores | Total | Sexo | | F |
|---------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------------------|-------|
| | (<i>N</i> = 45) | Feminino (<i>n</i> = 29) | Masculino (<i>n</i> = 16) | |
| | Média (<i>d.p.</i>) | Média (<i>d.p.</i>) | Média (<i>d.p.</i>) | |
| Família | 4,07 (0,69) | 3,95 (0,71) | 4,28 (0,62) | 0,60 |
| <i>Self</i> Comparado | 3,51 (0,77) | 3,62 (0,77) | 3,31 (0,74) | 2,28 |
| Escola | 3,75 (0,76) | 3,74 (0,77) | 3,76 (0,78) | 0,04 |
| Não-Violência | 3,87 (0,72) | 3,83 (0,77) | 3,92 (0,63) | 0,00 |
| Amizade | 3,63 (0,79) | 3,47 (0,79) | 3,92 (0,74) | 1,61 |
| <i>Self</i> | 3,87 (0,81) | 3,63 (0,86) | 4,31 (0,50) | 5,05* |
| Satisfação de Vida Global | 3,72 (0,95) | 3,45 (0,99) | 4,21 (0,65) | 4,03* |
| Satisfação de Vida Total | 3,77 (0,57) | 3,67 (0,62) | 3,97 (0,42) | 1,03 |

* Diferença significativa entre médias, $p \leq 0,05$

Através dos resultados da MANCOVA percebe-se que os jovens da amostra, de uma forma geral, apresentaram um bom nível de satisfação de vida, pois as médias dos fatores da EMSV-A variaram entre 3,51 e 4,07.

Observou-se algumas diferenças entre os sexos, sendo que os jovens do sexo masculino apresentaram uma média significativamente maior nos fatores *Self* e Satisfação de Vida Global do que as jovens.

Inventário de Rede de Relações

O IRR também apresentou uma boa consistência interna. Essa análise foi realizada separadamente para cada uma das pessoas classificadas: mãe($\alpha = 0,90$), pai($\alpha = 0,89$), melhor amigo($\alpha = 0,93$) e companheiro(a) ($\alpha = 0,89$).

Também foram desenvolvidas análises de covariância para os fatores que compõem o IRR. Elas foram realizadas individualmente para cada um dos relacionamentos citados anteriormente, tendo como variável independente sexo. Na Tabela 4, em função da grande quantidade de fatores, são apresentados somente os resultados cujas médias diferenciam-se entre os sexos.

Tabela 4

Resultados da MANCOVA para os Fatores do IRR

| Fatores | Sexo | | | | | | |
|--|----------|--------------|----|--------------|----|--------------|--------|
| | Feminino | | | Masculino | | | F |
| | N | Total (d.p.) | n | Média (d.p.) | n | Média (d.p.) | |
| Conflito com o Pai | 24 | 2,00 (0,85) | 17 | 1,74 (0,71) | 07 | 2,61 (0,91) | 22,36* |
| Satisfação na Relação com o Pai | 24 | 3,68 (1,21) | 17 | 3,94 (1,09) | 07 | 3,04 (1,35) | 24,15* |
| Relação de Cuidado com o Pai | 24 | 3,31 (1,09) | 17 | 3,41 (1,07) | 07 | 3,09 (1,19) | 4,86** |
| Afeição pelo Pai | 24 | 4,23 (0,95) | 17 | 4,37 (0,84) | 07 | 3,90 (1,18) | 4,14** |
| Valorização pelo Pai | 24 | 3,36 (1,06) | 17 | 3,56 (1,05) | 07 | 2,85 (0,97) | 25,54* |
| Aliança Confiável com o Pai | 24 | 4,12 (1,04) | 17 | 4,21 (0,99) | 07 | 3,90 (1,21) | 5,44** |
| Satisfação na Relação com o Melhor Amigo | 38 | 3,65 (0,91) | 25 | 3,37 (0,91) | 13 | 4,20 (0,64) | 11,66* |
| Afeição pelo Melhor Amigo | 38 | 3,45 (0,94) | 25 | 3,17 (0,88) | 13 | 4,00 (0,84) | 4,87** |
| Punição pelo Melhor Amigo | 38 | 1,70 (0,61) | 25 | 1,44 (0,36) | 13 | 2,20 (0,68) | 7,76** |

*Diferença significativa entre médias, $p \leq 0,01$

** Diferença significativa entre médias, $p \leq 0,05$

Através dos resultados da MANCOVA, observou-se que os únicos fatores que apresentaram diferença entre os sexos foram aqueles vinculados às relações estabelecidas entre os jovens e as figuras paternas e entre os jovens e seus melhores amigos.

As participantes do sexo feminino apresentaram médias significativamente mais altas nos fatores ligados à relação com o pai (Satisfação na Relação com o Pai, Relação de Cuidado com o Pai, Afeição pelo Pai, Valorização pelo Pai e Aliança Confiável com o Pai), com exceção apenas do fator Conflito com o Pai, cuja média foi mais alta para os jovens do sexo masculino. Os participantes do sexo masculino, por sua vez, apresentaram médias significativamente mais altas nos fatores ligados à relação com o melhor amigo (Satisfação na Relação com o Melhor Amigo, Afeição pelo Melhor Amigo e Punição pelo Melhor Amigo).

Inventário de Estratégias de Coping

O Inventário de Estratégias de *Coping* apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,90$). As análises de variância foram realizadas utilizando-se os oito fatores do instrumento como variáveis dependentes e a situação de *stress* como fator fixo. As situações de *stress* foram classificadas dentro de duas categorias. A primeira relacionada ao HIV, que incluiu situações como a descoberta do diagnóstico de HIV positivo, descobrir que o filho foi contaminado por transmissão vertical ou ficar muito doente/ser internado por complicações da infecção, e a segunda por situações diversas não relacionadas ao HIV. Os resultados para todos os fatores são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5

Resultados da MANOVA para os Fatores do Inventário de Estratégias de Coping

| Fatores | Situação de <i>Stress</i> | | | F |
|-------------------------------|---|---|---|--------|
| | Total | HIV | Não HIV | |
| | (<i>N</i> = 45) Média (<i>d.p.</i>) | (<i>n</i> = 20) Média (<i>d.p.</i>) | (<i>n</i> = 25) Média (<i>d.p.</i>) | |
| Reavaliação Positiva | 1,53 (0,67) | 1,81 (0,75) | 1,30 (0,52) | 7,00** |
| Suporte Social | 1,46 (0,71) | 1,62 (0,84) | 1,34 (0,57) | 1,73 |
| Aceitação de Responsabilidade | 1,38 (0,79) | 1,74 (0,78) | 1,10 (0,70) | 8,42** |
| Autocontrole | 1,34 (0,65) | 1,58 (0,74) | 1,14 (0,49) | 5,90* |
| Afastamento | 1,24 (0,75) | 1,43 (0,80) | 1,09 (0,68) | 2,35 |

| | | | | |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| Fuga e Esquiva | 1,22 (0,60) | 1,41 (0,62) | 1,06 (0,56) | 4,02* |
| Confronto | 1,09 (0,50) | 0,92 (0,49) | 1,23 (0,47) | 4,44* |
| Resolução de Problemas | 1,09 (0,65) | 1,24 (0,74) | 0,97 (0,55) | 2,04 |

*Diferença significativa entre médias, $p \leq 0,05$

**Diferença significativa entre médias, $p \leq 0,01$

Os resultados demonstram que as estratégias mais utilizadas pelos participantes foram as classificadas no fator Reavaliação Positiva. Entretanto, as médias de todos os fatores foram bastante semelhantes, variando entre 1,09 e 1,53. Houve diferenças significativas entre as médias dos jovens que relataram a situação de *stress* relacionada ao HIV daqueles que descreveram outras situações. Enquanto o primeiro grupo utilizou mais as estratégias de Autocontrole, Aceitação de Responsabilidade, Fuga-Esquiva e Reavaliação Positiva, o segundo fez mais uso das estratégias de Confronto.

Escala Fatorial de Neuroticismo

A Escala Fatorial de Neuroticismo apresentou uma boa consistência interna, com Alpha de Cronbach de 0,95.

Os quatro fatores da escala foram utilizados na análise de covariância e seus resultados são demonstrados na Tabela 6.

Tabela 6

Resultados da MANCOVA para os Fatores da EFN

| Fatores | Sexo | | F |
|-----------------|---|--|-------|
| | Feminino ($n = 29$) Média (<i>d.p.</i>) | Masculino ($n = 16$) Média (<i>d.p.</i>) | |
| Vulnerabilidade | 80,72 (25,67) | 72,56 (23,06) | 0,07 |
| Ansiedade | 92,82 (33,13) | 85,56 (28,27) | 0,01 |
| Desajustamento | 23,55 (8,26) | 32,12 (16,68) | 7,70* |
| Depressão | 60,20 (28,00) | 45,37 (14,22) | 2,05 |

* Diferença significativa entre médias, $p \leq 0,01$

Os resultados demonstram diferença significativa entre os sexos apenas no fator Desajustamento. Nesse fator, os jovens do sexo masculino apresentaram uma média mais alta do que as jovens.

Análise de Regressão Linear Multivariada

Como o número de sujeitos desta amostra era reduzido, para a análise optou-se por utilizar um fator maior do IRR, o Suporte Social que é formado pelas dimensões Companhia, Auxílio Instrumental, Revelação/Intimidade, Cuidado com o Outro, Afeição, Valorização e Aliança Confiável, conforme indicado por Marques e Horn (2002). Foram realizadas análises de correlação entre sexo, idade, os fatores de todas as escalas (IRR, Inventário de Estratégias de *Coping* e EFN) e o fator Satisfação de Vida Total da EMSV – A. Os fatores que correlacionaram foram Idade, Vulnerabilidade (EFN), Ansiedade (EFN), Depressão (EFN), Confronto (*Coping*), Fuga-Esquiva (*Coping*), Apoio Social da Mãe (IRR), Apoio Social do Melhor Amigo (IRR), Satisfação com o Pai (IRR) e Satisfação com a Mãe (IRR). Como os dois últimos fatores também avaliam satisfação, como a EMSV-A, eles não foram incluídos na análise de regressão linear multivariada. Assim, para esta análise foram utilizadas como variáveis independentes idade e os fatores Depressão, Ansiedade e Vulnerabilidade do EFN, Confronto e Fuga-Esquiva do Inventário de Estratégias de *Coping*, e Apoio Social da Mãe e Apoio Social do Melhor Amigo do IRR. Na Tabela 7 podem ser observados os resultados da análise.

Tabela 7

Resultados da Análise de Regressão Linear Multivariada

| Variáveis Independentes | Satisfação de Vida Total | | | |
|-------------------------|--------------------------|------|-------|----------------|
| | β | R | R^2 | R^2 ajustado |
| Depressão | -0,62 | 0,78 | 0,61 | 0,60 |
| Apoio Social da Mãe | 0,30 | 0,83 | 0,69 | 0,67 |
| Confronto | -0,22 | 0,85 | 0,73 | 0,70 |

Os resultados da análise de regressão linear multivariada indicam que os fatores Depressão (EFN), Apoio Social da Mãe (IRR) e Confronto (Inventário de Estratégias de *Coping*) reunidos Compreendem 70% da variância da Satisfação de Vida Total dos jovens da amostra. Somente o fator Depressão é responsável por 60% desta variância.

Discussão

Os resultados desta pesquisa relacionados ao nível de satisfação de vida dos jovens portadores do vírus HIV, através da EMSV-A, são semelhantes aos obtidos no estudo de Serafini e Bandeira (2008), que investigou este mesmo fator em jovens estudantes não

portadores do vírus. Em ambos, os participantes apresentaram um bom nível de satisfação de vida. Esses resultados vão de encontro com estudos que demonstram que adolescentes e/ou jovens soropositivos tendem a ter um rebaixamento no nível de bem-estar ou satisfação de vida (Battles, & Wiener, 2002; Drotar et al., 1995). Em razão de tais achados procurou-se investigar que aspectos poderiam estar atuando como promotores da satisfação de vida deste grupo investigado. Assim, foram avaliadas as características das relações estabelecidas pelos jovens portadores do HIV, as situações de *stress* enfrentadas por eles e as estratégias de *coping* associadas e também neuroticismo. Uma análise de regressão múltipla foi realizada com o objetivo de determinar quais variáveis foram, efetivamente, preditoras da satisfação de vida deste grupo.

Ainda na análise dos resultados da EMSV-A, pode-se observar um nível de satisfação de vida alta vinculado à dimensão família. Observa-se que esta dimensão obteve a média mais alta dentre todas as dimensões para o grupo total (4,07, *d.p.*=0,69) e que não houve diferença significativa entre os sexos. Essa média significa que os jovens da amostra encontravam-se bastante satisfeitos nos aspectos de suas vidas relacionados à família. Também em relação à influência da família sobre os jovens da amostra, através da análise de regressão múltipla, pôde-se constatar que o fator “Apoio Social da Mãe” do IRR, foi um dos responsáveis na predição da satisfação de vida dos jovens participantes. Esses resultados indicam que, assim como já havia sido apontado em estudos anteriores (Batles, & Wiener, 2002), o suporte social dos pais é um componente importante para a promoção de aspectos relacionados ao bem-estar em jovens soropositivos.

Ao mesmo tempo em que a família aparece com a média mais alta dentre as dimensões da EMSV-A, percebe-se que as dimensões *Self-Comparado* (exemplo de item: “os outros jovens são mais alegre do que eu”) e Amizade possuem as médias mais baixas ($M = 3,51$, *d.p.* = 0,77; $M = 3,63$, *d.p.* = 0,79; respectivamente). Apesar destas médias ainda ficarem próximas da classificação 4, que indica que os jovens estão bastante satisfeitos com estas áreas de suas vidas, pode-se pensar que para os jovens soropositivos, há certo declínio na satisfação relacionada à amizade. Esta constatação torna-se mais clara quando comparamos este resultado com o obtido no estudo de Serafini e Bandeira (2008) com jovens não portadores do vírus, em que a média para este fator é a segunda mais alta ($M = 3,97$, *d.p.* = 0,51), ficando atrás apenas do fator Família ($M = 4,05$, *d.p.* = 0,59), Já a média para o fator *Self Comparado* neste estudo é semelhante a da já citada pesquisa ($M = 3,59$, *d.p.* = 0,66). Wiener e Septimus (1991) referem que dentre os maiores problemas que a infecção pelo HIV pode causar na vida dos jovens está no momento de estabelecer relações fora da família, pelo medo das conclusões que seus pares podem chegar sobre a forma da contaminação e pela culpa sentida. Tais questões podem estar

interferindo na qualidade da relação que estes jovens estabelecem com seus pares, mas mesmo assim, na análise de regressão linear múltipla, o fator Suporte Social de Amigos não chegou a prever no nível de satisfação de vida deste grupo.

Além da presença de um dos fatores do IRR como variável preditora na análise de regressão, pode-se observar algumas diferenças entre os jovens dos sexos feminino e masculino da amostra através da MANCOVA realizada para análise de todos os fatores do instrumento. Observou-se que as participantes do sexo feminino apresentaram médias significativamente mais altas nos fatores ligados à relação com o pai. Os fatores que pertencem a um fator maior, o de suporte social, foram os que mais diferenciaram este grupo, englobando Afeição pelo Pai, Valorização pelo Pai e Aliança Confiável com o Pai. As jovens também apresentaram médias mais altas para os fatores Satisfação na Relação com o Pai e Relação de Cuidado com o Pai. Os jovens do sexo masculino, por sua vez, apresentaram médias mais altas para o fator Conflito com o Pai. Eles também apresentaram médias significativamente mais altas nos fatores ligados à relação com o melhor amigo (Satisfação na Relação com o Melhor Amigo, Afeição pelo Melhor Amigo e Punição pelo Melhor Amigo). Isso parece demonstrar que enquanto para as jovens o pai parece ser uma figura que oferece um suporte positivo, para os participantes do sexo masculino as relações conflituosas com ele são mais presentes. Já as relações de amizade e suas características tanto positivas (satisfação e afeição) quanto negativas (punição) aparecem mais fortes para o grupo masculino. Estes resultados diferenciam-se dos obtidos com jovens não portadores do HIV (Serafini, & Bandeira, 2008). No estudo citado, os jovens do sexo masculino apresentaram médias mais altas vinculadas à relação com o pai, enquanto as jovens do sexo feminino com o melhor amigo. Além do estudo de Serafini e Bandeira (2008), outros caracterizam as relações de jovens do sexo feminino com seus amigos como mais profundas e afetivas (Furman, & Buhrmester, 1985; Leadbeater, Kupermine, Blatt, & Hertzog, 1999).

Outros fatores que interferem no nível de bem-estar e satisfação de vida dos portadores do HIV são os eventos estressores e as estratégias de *coping* utilizadas para lidar com eles (Battles, & Wiener, 2002; Brown, Schultz, & Gragg, 1995). No que se refere às estratégias utilizadas pelos jovens para lidar com problemas, de uma forma geral, não se observou grande variação na média dos fatores. Pôde-se perceber que o único fator cuja média aproximou-se da classificação 2 foi o de Reavaliação Positiva ($M = 1,53$, $d.p. = 0,67$). Essa classificação significa que o participante utilizou “bastante” as estratégias em questão. Para todos os demais fatores as médias totais aproximaram-se da classificação 1 que corresponde a terem utilizado “um pouco” as estratégias. Observou-se também que o grupo de participantes que mais fez uso da Reavaliação Positiva foi o dos jovens que relacionaram as estratégias a uma situação vinculada ao HIV.

Houve diferenças significativas entre as médias dos jovens que relataram a situação de *stress* relacionada ao HIV daqueles que descreveram outras situações. Enquanto o primeiro grupo utilizou mais as estratégias de Autocontrole, Aceitação de Responsabilidade, Fuga-Esquiva e Reavaliação Positiva, o segundo fez mais uso das estratégias de Confronto. Apesar da média do fator confronto ter sido a única significativamente mais alta para o grupo que não relacionou a situação de stress ao HIV, a média mais alta de estratégias utilizadas foi para os fatores Suporte Social e Reavaliação Positiva. É interessante observar que na análise de regressão múltipla o único fator do Inventário de Estratégias de *Coping* que predisse a satisfação de vida neste grupo foi o Confronto, sendo que a diminuição do uso destas estratégias acarretava em um aumento da satisfação de vida. Levando-se em conta que neste estudo foi utilizada a diretriz de avaliação da efetividade das estratégias de *coping* proposta por Aldwin e Reverson (1987) que relaciona *coping* efetivo com aspectos relacionados à saúde física e mental, poderíamos compreender que para os jovens desta pesquisa o uso de estratégias de Confronto não seriam efetivas para a aquisição da satisfação de vida.

Pelo fato do grupo de jovens que relatou a situação de *stress* relacionada ao HIV ter utilizado as estratégias de Confronto em uma média significativamente mais baixa do que os demais, pode-se levantar a hipótese de que aqueles jovens possivelmente percebem a infecção como uma situação estressante, mas que por sua vez pode ser enfrentada. Provavelmente, o fato de conseguirem compreender que a infecção pelo vírus é um acontecimento grave, vai fazer com que estes jovens se preocupem com sua saúde e busquem o atendimento adequado. Além de apresentarem uma média mais baixa no fator Confronto, estes jovens apresentaram uma média significativamente mais alta no fator Reavaliação Positiva. Apesar deste último não ter sido uma das variáveis que predisse a satisfação de vida do grupo, a sua utilização pode ter um caráter positivo sobre a vida destes participantes, já que significa que a pessoa realizou uma reflexão acerca da situação vivenciada e pode retirar dela algum aprendizado (exemplo de item do fator Reavaliação Positiva: “mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva”). Percebe-se também que este mesmo grupo apresentou médias significativamente mais altas em outros fatores de estratégias, demonstrando assim, que os jovens que associaram a situação de *stress* ao HIV apresentam um repertório maior e uma maior intensidade na utilização de estratégias de *coping*.

Em relação ao EFN, observou-se que as médias dos jovens desta amostra apresentaram-se dentro de percentis considerados como médios, quando comparadas como a amostra padronizada do instrumento (Hutz, & Nunes, 2001), apenas nos fatores Vulnerabilidade (percentil 60) para o sexo masculino e Desajustamento (percentil 50) para o sexo feminino. Neste último fator, inclusive, os participantes do sexo masculino apresentaram uma média

significativamente mais alta do que as do sexo feminino, sendo aquela classificada como um percentil alto (percentil 70). Os jovens do sexo masculino ainda apresentaram percentis altos para os fatores Ansiedade (percentil 75) e Depressão (percentil 65). Já as jovens obtiveram percentis altos nos fatores Vulnerabilidade (percentil 65), Ansiedade (percentil 75) e muito alto no fator Depressão (percentil 85).

De acordo com o manual do EFN (Hutz, & Nunes, 2001) resultados altos no fator Vulnerabilidade sugerem indivíduos com características de insegurança e baixa auto-estima, que se preocupam muito em serem aceitos pelos outros e que sofrem quando isto não ocorre. Já o fator Desajustamento se refere a características de agressividade e hostilidade, assim como comportamentos de risco, como os sexuais, abuso de álcool e drogas e envolvimento com jogos de azar.

Apesar de não ter ocorrido uma diferença significativa entre os sexos no fator Vulnerabilidade, pela interpretação dos escores médios dos grupos, poderíamos dizer que ele está caracterizando mais o grupo de jovens do sexo feminino desta amostra do que os do sexo masculino. Já os homens apresentariam mais características relacionadas ao fator Desajustamento.

A partir destes resultados poderíamos inferir que as características de personalidade das jovens portadoras do vírus HIV, como insegurança e necessidade em serem aceitas pelos outros (muitas vezes o parceiro), que são evidenciadas pela média alta no fator Vulnerabilidade, acabam as expondo ao risco da contaminação. Para os homens, por sua vez, características como as de comportamento de risco, percebidos pela média alta no fator Desajustamento, têm atuado como um fator de exposição à infecção. Resultados de pesquisas anteriores suportam estas interpretações, relacionando-as especialmente a características específicas de gênero e cultura (Taquette, Vilhena, & Campos de Paula, 2004; Vieira et al., 2004). De acordo com elas, jovens do sexo feminino tendem a privilegiar as relações afetivas submetendo-se aos parceiros quando estes se recusam a utilizar preservativo nas relações sexuais, até como uma forma de afirmar sua fidelidade e confiança no parceiro, colocando em risco sua saúde. Já os homens, apesar de utilizarem mais o preservativo, tendem a se colocar em mais situações perigosas como o uso de drogas, início da atividade sexual mais precoce e com um número maior de parceiros.

Na análise de regressão linear múltipla a variável que melhor predisse a satisfação de vida dos participantes foi o fator depressão (a ausência de). Um resultado semelhante foi obtido no estudo de Serafini e Bandeira (2008). Percebe-se dessa forma, que independente da presença do vírus, aspectos da personalidade que caracterizam o fator Depressão do EFN como sentimentos de solidão, baixa expectativa quanto ao futuro e falta de objetivos na vida (Hutz, &

Nunes, 2001), são determinantes para um rebaixamento do nível de satisfação de vida dos jovens em geral.

Os resultados também indicaram que os jovens soropositivos desta amostra, de ambos os sexos, apresentaram médias altas para os Fatores Depressão e Ansiedade. Sintomas de ansiedade e depressão já foram encontrados em estudos prévios com adolescentes soropositivos na transição para a vida adulta (Battles, & Wiener, 2002), caracterizando essa fase como crítica para os portadores do vírus.

É curioso o fato da amostra ao mesmo tempo apresentar médias altas para as dimensões do EMSV-A e médias altas para o fator Depressão da EFN, sabendo-se que a dimensão Satisfação de Vida Total correlaciona-se negativamente com esta última variável. A explicação possível para este fato seria que as variáveis relacionadas às estratégias de *coping* ou de suporte social poderiam estar atuando como moderadoras, entre o fator Depressão e a Satisfação de Vida Total, compreendendo-se variáveis moderadoras como àquelas que afetam a direção ou força da relação entre uma variável dependente e uma independente (Baron, & Kenny, 1986). Ou seja, mesmo com características depressivas, jovens que possuem um bom suporte social familiar (especialmente materno) e que conseguem lançar mão de um número variado de estratégias adequadas para lidar com os estressores, atingem um bom nível de satisfação.

Conclusões

Dentre os resultados principais do estudo destacam-se os que se seguem:

- O nível de satisfação de vida dos jovens portadores do vírus HIV é semelhante ao de jovens não portadores, porém há um certo declínio na satisfação com as amizades. O fator relacionado à satisfação com a família foi aquele com média mais alta para a amostra.

- As médias das estratégias de *coping* utilizadas foram bastante semelhantes, porém algumas diferenças foram encontradas quando o grupo foi comparado em relação à situação de *stress* vivenciada. Enquanto o grupo que vinculou as estratégias de *coping* ao HIV/AIDS utilizou mais as estratégias de Autocontrole, Aceitação de Responsabilidade, Fuga-Esquiva e Reavaliação Positiva, o grupo que não relacionou a situação a esta questão fez mais uso das estratégias de Confronto.

- Níveis altos de neuroticismo foram evidenciados no grupo, em especial no que se refere ao fator Depressão. Diferenças entre sexos também foram encontradas para esta variável, sendo que participantes do sexo feminino apresentaram médias mais altas para o fator Vulnerabilidade. No fator Desajustamento, apesar da diferença entre as médias não ter sido significativa, a interpretação do score médio demonstrou que esse fator é alto para os jovens do sexo masculino e médio para as do sexo feminino.

-O fator Depressão da EFN (ausência de) foi o que melhor predisseram a Satisfação de Vida Total da amostra. Outros fatores que predisseram a Satisfação de Vida Total foram Apoio Social da Mãe e a não utilização de estratégias de *coping* de Confronto.

Esta pesquisa traz como contribuição um maior aprofundamento nas questões psicossociais, que não são tão exploradas em estudos com jovens portadores do vírus HIV. Através dos resultados, pode-se perceber onde residem as maiores dificuldades deste grupo, e desta forma elaborar programas de intervenção efetivos. Percebe-se a importância de se trabalhar tanto aspectos relacionados à vulnerabilidade das jovens quanto aspectos de desajustamento dos jovens do sexo masculino, que parecem ser fatores de risco para a infecção. Além disso, um nível alto de características depressivas aponta para a necessidade de intervenção, procurando auxiliar na busca de um sentido vital destes jovens. Por outro lado, as relações familiares, especialmente com a mãe, mostram-se como um fator de proteção e dessa forma devem ser encorajadas, assim como deve ser estimulado um maior investimento nas relações extra-familiares.

Por fim, percebe-se que pela possibilidade de existirem variáveis moderadoras atuando no resultado final da satisfação de vida, uma limitação do estudo é o fato deste contar com uma amostra de 45 participantes. Esse número é pequeno para a realização de análises como a de modelagem de equação estrutural, que são adequadas para a investigação de modelos com variáveis moderadoras. Sugere-se a realização novas pesquisas que abarquem um número maior de participantes e que sejam avaliadas também outras variáveis que possam compor um modelo explicativo de satisfação de vida em jovens portadores do vírus.

CAPÍTULO IV
ESTUDO III

Satisfação de vida, rede de relações, coping e neuroticismo: Perfil diferencial entre jovens portadores e não portadores do HIV³

Life Satisfaction, network of relationships, coping and neuroticism: Differential profile between youth HIV carriers and non-carriers

Adriana Jung Serafini

Jorge Castellá Sarriera

Denise Ruschel Bandeira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre

³ Pesquisa realizada com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Resumo

O objetivo da presente pesquisa foi avaliar se jovens portadores e não-portadores do HIV se diferenciariam em relação às variáveis satisfação de vida, estratégias de *coping*, rede de relações e neuroticismo. Participaram deste estudo 539 jovens da Grande Porto Alegre, separados em dois grupos, um clínico ($n = 45$) e o outro não-clínico ($n = 494$), com idades entre 14 e 23 anos. Os participantes do grupo clínico eram procedentes de três centros de atendimento e o grupo não-clínico foi formado por alunos de 10 escolas da rede estadual. Os instrumentos utilizados foram um questionário de dados sócio-demográficos, a Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes – EMSV-A, o Inventário de Rede de Relações – IRR, o Inventário de Estratégias de *Coping* e a Escala Fatorial de Neuroticismo – EFN. Os dados foram analisados através de estatísticas descritivas e posteriormente foram realizadas análises discriminantes. Os resultados demonstraram que os jovens do grupo não-clínico mostraram-se mais satisfeitos com suas relações de amizade do que os jovens do grupo clínico. As relações com a mãe para o primeiro grupo apresentaram-se, por sua vez, mais conflituosas. Evidenciou-se uma perda do sentido vital no grupo de jovens soropositivos, principalmente pelos achados da EFN. Houve, ainda, diferenças no uso das estratégias de *coping* entre os dois grupos, sendo que o grupo clínico utilizou mais aquelas caracterizadas por busca de religiosidade, afastamento, fuga-esquiva e busca de ajuda profissional, enquanto o grupo não clínico fez mais uso de estratégias de aceitação de responsabilidade. Os resultados evidenciaram a importância no desenvolvimento de programas de intervenção que possam resgatar os objetivos vitais para os jovens soropositivos, assim como criar uma rede de apoio extra-familiar.

Palavras-chave: HIV; Satisfação de Vida; *Coping*; Neuroticismo; Rede de Relações

Abstract

The present research aimed to assess if youth HIV carriers and non-carriers would differentiate in relation to the variables life satisfaction, coping strategies, relationships network and neuroticism. A total of 539 youths from metropolitan Porto Alegre took part in this study, separated in two groups, a clinic one ($n = 45$) and a non-clinic ($n = 494$), with ages between 14 and 23 years old. The participants from the clinic group came from three health caring centers and the non-clinic group was formed by students of ten state schools. The instruments used were a questionnaire of sociodemographic data, the Multidimensional Life Satisfaction Scale for Adolescents (MLSS- A), the Network of Relationships Inventory (NRI), the Coping Strategies Inventory and the Neuroticism Factorial Scale. The data were analyzed through descriptive statistics and discriminant analyses. The results showed that the youths of the non-clinic group revealed to be more satisfied with their friendships than the youths of the clinic group. However, the relationships with the mother showed to be more conflicted for the first group. It was evidenced a loss of the vital sense in the group of HIV positive youths, especially through the findings of the Neuroticism Factorial Scale. There were also differences in the use of coping strategies between the two groups. The clinic group used more strategies related to a sense of religiosity seeking, distancing, escape-avoidance and search for professional assistance, while the non-clinic group used more strategies of acceptance of responsibility. The results showed the importance of developing intervention programs that can rescue the vital objectives for the HIV positive youths, as well as can create an extra-familiar support network.

Keywords: HIV; Life Satisfaction; Coping; Neuroticism; Relationships Network

Introdução

Os adolescentes são um dos grupos de maior risco de infecção do vírus HIV (King, Delaronde, Dinoi, & Forsberg, 1996). Dados atuais revelam que os jovens entre 15 e 24 anos já representam a metade dos novos casos de HIV em todo o mundo. Tal situação se torna ainda mais preocupante ao nos deparamos com a informação de que a geração atual de adolescentes é a maior de toda a história (ONUSIDA, 2004). Um número superior a 6000 jovens são infectados pelo vírus a cada dia. No Brasil, através dos últimos dados estatísticos divulgados pelo Boletim Epidemiológico – AIDS e DST (Programa Nacional de DST e AIDS, 2007), no ano de 2007, 10,6% das mulheres e 8,7% dos homens diagnosticados como portadores do vírus HIV estavam na faixa dos 13 aos 24 anos de idade.

De acordo com Wiener e Septimus (1991), a AIDS afeta todas as esferas da vida de um adolescente. Para esses autores, a adolescência é uma fase singular, em que, entre outras, destacam-se características como um maior narcisismo, otimismo, um grande senso de invulnerabilidade e imortalidade. Os adolescentes estão mais propensos à pressão de seus pares e possuem uma habilidade mais limitada para julgar a longo prazo as consequências de seus comportamentos atuais. Desse modo, o diagnóstico de HIV positivo geralmente produz a rejeição de tal informação, medo ou retraimento.

Nesse sentido, receber um diagnóstico de HIV positivo e viver com HIV/AIDS torna-se um evento impactante na vida de um jovem. Conforme alguns pesquisadores (Diener, & Lucas, 1999; McCullough, Huebner, & Laughlin, 2000), dependendo da significância do evento vivenciado, este pode modificar permanentemente o nível de bem-estar subjetivo do indivíduo. Assim, entendendo-se a satisfação de vida como o elemento cognitivo do bem-estar subjetivo, e como a avaliação que a pessoa faz de sua própria vida, levando em consideração os fatores positivos e os negativos (Lucas, Diener, & Suh, 1996; Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991), poderia-se dizer que ela também seria afetada pelo tipo de experiência de vida.

Além dos eventos de vida, pesquisas têm demonstrado que outras variáveis aparecem relacionadas à satisfação de vida de jovens em geral. Entre elas estariam as estratégias de *coping* utilizadas para lidar com eventos estressores, certos traços de personalidade, como o

neuroticismo e as redes de relações (Aldwin, & Revenson, 1987; Diener, & Lucas, 1999; McCullough et al., 2000; Nickerson, & Nagle, 2004).

Coping é definido por Lazarus e Folkman (1984) como os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com demandas externas e/ou internas específicas que são avaliadas como excedendo os esforços e recursos do indivíduo. Assim, as pessoas lançariam mão dessas estratégias em momentos de *stress*. Em relação à efetividade dessas estratégias, Aldwin e Revenson (1987) referem que ela estaria vinculada a resultados positivos sobre aspectos da saúde física ou mental das pessoas, ou seja, também se mostraria relacionada à satisfação de vida.

Pesquisas com portadores do vírus demonstram que as estratégias de *coping* ativas voltadas para a solução de problemas, assim como as de busca de suporte social e de enfrentamento religioso, predizem de forma positiva aspectos relacionados ao bem-estar subjetivo (Faria, & Seidel, 2006; Meijer, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh, & Wolters, 2002). Apesar dos achados referentes à importância dos eventos de vida e das estratégias utilizadas para enfrentá-los, autores sugerem que a personalidade também pode ser considerada um fator consistente para prever o bem-estar subjetivo (Diener, & Lucas, 1999; Headey, & Wearing, 1989).

Pesquisas sobre bem-estar subjetivo e seus componentes têm demonstrado que traços de personalidade apresentam-se como preditores de felicidade. O modelo de personalidade dos Cinco Grandes Fatores tem sido o mais utilizado nestes estudos e seus resultados indicam que os traços que estão mais fortemente relacionados ao bem estar subjetivo são a extroversão e o neuroticismo (Diener, & Lucas, 1999; Schumutte, & Ryff, 1997). Como referido por Oliveira (2002), dentre as características englobadas pelo neuroticismo, encontram-se a insegurança e tendência à depressão. Estudos com pacientes soropositivos indicam que para esta população existe um alto índice de transtornos depressivos, que por sua vez se relacionam a um decréscimo na qualidade de vida (Castanha, Coutinho, Saldanha, & Ribeiro, 2006; Maj, 1996; Malbergier, & Schoffel, 2001).

Outro fator que exerce influência sob o bem-estar de adolescentes é o suporte social de pais e amigos (Helsen, Vollebergh, & Meeus, 2000; Yarcheski, Mahon, & Yarcheski, 2001). Em relação a essa premissa, Diener e Fujita (1995) revelam que os recursos sociais como o suporte familiar e de amigos íntimos assim como as habilidades sociais são bons preditores para o nível de satisfação de vida. A confiança e a comunicação entre os adolescentes e seus pais e pares também vinculam-se ao grau de satisfação de vida experienciada (Nickerson, & Nagle, 2004).

Para os jovens portadores do HIV, o suporte social e as relações de intimidade também se mostram como importantes fatores preditores do nível de satisfação de vida. Wiener e Septimus (1991) referem que a infecção por HIV pode causar problemas aos adolescentes especialmente para estabelecer relações fora da família, como as relações amorosas e de amizade. Barros (2002) descreve como ansiogênico o momento em que o portador do vírus decide se vai compartilhar a informação de seu diagnóstico com alguém, quem será essa pessoa e de que modo deve revelar. Apesar dessas dificuldades, resultados da pesquisa de Battles e Wiener (2002) indicaram que a revelação do diagnóstico pelos jovens soropositivos relaciona-se, de uma forma geral, com um aumento do suporte social e um decréscimo do número de problemas de comportamento relatados pelos pais.

Objetivos

Como observado na introdução, percebe-se que diferentes aspectos relacionam-se com um acréscimo ou decréscimo do bem-estar subjetivo e, conseqüentemente, da satisfação de vida das pessoas. Dentre estes aspectos estariam os eventos de vida. Partindo-se da hipótese de que a infecção pelo HIV seria um evento potencialmente impactante na vida de um jovem, o presente estudo objetivou avaliar se existiriam diferenças entre jovens portadores e não portadores do HIV em relação às variáveis satisfação de vida, rede de relações, neuroticismo e estratégias de *coping*.

Método

Amostra

Participaram deste estudo um total de 437 jovens de ambos os sexos, separados em dois grupos, um clínico e o outro não-clínico. Em ambos os grupos as idades dos participantes variaram entre 14 e 23 anos ($M = 17,0$; $d.p. = 1,79$). O grupo clínico foi composto por 45 jovens portadores do vírus HIV, com média de idade de 18,7 anos ($d.p. = 2,7$), procedentes de três centros de atendimento da Grande Porto Alegre. Desse número total, 82,2% dos participantes se encontravam em atendimento no Serviço de Atenção Terapêutica do Hospital Sanatório Partenon, 15,6% no CTA de Viamão e 2,2% no CTA do Ambulatório de Dermatologia. O grupo não-clínico inicialmente foi formado por uma amostra aleatória por conglomerados composta por um número total 502 participantes. Entretanto, alguns foram eliminados com o objetivo que os grupos ficassem mais semelhantes em relação às características sócio-demográficas. O critério inicial para equiparação dos grupos consistiu em retirar da amostra participantes do grupo não-clínico que pertenciam às classes A e B1. Nesta

primeira etapa foram eliminados 64 participantes. Posteriormente, objetivando aproximar o percentual de sexo nos dois grupos, foram eliminados preferencialmente jovens do sexo masculino de diversas classes sociais com idades entre 15 e 16 anos, já que o percentual deste sexo e faixa etária era mais elevado no grupo não-clínico. Assim, o grupo não-clínico passou a contar com 386 jovens, com média de idade de 16,8 anos ($d.p. = 1,5$) alunos de 10 escolas da rede estadual situadas na cidade de Porto Alegre.

Um percentual de 59,3% dos participantes do grupo não-clínico, e 64,4% do grupo clínico eram do sexo feminino. Em relação à escolaridade, enquanto 100% dos participantes do grupo não-clínico freqüentavam o Ensino Médio, 55,6% dos jovens do grupo clínico tinham escolaridade entre 7ª. série do Ensino Fundamental e 3º. ano do Ensino Médio. Não foi investigado o percentual de jovens do grupo clínico que se encontravam estudando no momento da realização da pesquisa.

Nos dois grupos um maior percentual de jovens (56% do grupo clínico e 44,4% do grupo não-clínico) foi classificado como pertencentes à classe social C, cuja renda média familiar é de aproximadamente R\$ 960,36.

No que se refere ao estado civil, para ambos os grupos o percentual mais alto foi para os participantes solteiros (95,3% do grupo não-clínico, e 55,6% do grupo clínico). Entre os participantes do grupo não-clínico que se declararam solteiros, 40,4% encontrava-se namorando. No grupo clínico, dos 28 jovens que se classificaram como solteiros, separados ou viúvos, 20,7% estava namorando. Entre os grupos, observou-se que o clínico apresentou um percentual mais alto de jovens que já haviam tido a primeira relação sexual (84,4%), em comparação com o não-clínico (62,6%). A idade média da primeira relação sexual para foi semelhante para ambos os grupos, 14,8 anos ($d.p. = 1,4$) para os jovens da amostra não-clínica e 14,5 anos ($d.p. = 1,6$) para os da amostra clínica.

Os jovens também foram questionados quanto a prática de alguma religião. Para ambos os grupos o percentual de respostas positivas foi mais alta. No grupo clínico 59,1% dos participantes referiram que praticavam sempre ou às vezes. O mesmo tipo de resposta foi dada por 67,1% dos participantes do grupo não-clínico.

Instrumentos

Nos dois grupos foram aplicados os seguintes instrumentos (em ordem de aplicação):

- *Questionário de dados sócio-demográficos*, com questões relativas à idade dos participantes, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, alguns eventos de vida, entre outras. A classificação da classe social foi obtida através do Critério Padrão de Classificação Econômica – Brasil (ABEP, 2003), cujas questões foram inseridas neste questionário.

-A **Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes – EMSV-A** de Arteche (2003), que consiste em uma adaptação da escala de Giacomoni (2002) desenvolvida para crianças. Ela avalia satisfação de vida através de sete fatores (*Self*, *Self-Comparado*, Família, Escola, Não-Violência, Amizade e Global) , sendo composta por 57 itens. Esses são respondidos pelo participante de acordo com a intensidade com que o item se relaciona com ele, tendo como opções de repostas: (1) nem um pouco, (2) bem pouco, (3) mais ou menos, (4) bastante e (5) muitíssimo.

- **Inventário de Rede de Relações – IRR**, de Furman e Buhrmester (1992), adaptado para o Brasil por Marques e Horn (2002). O inventário avalia 11 dimensões de relacionamentos interpessoais através de 33 itens. As dimensões englobadas pelo instrumento são Conflito, Poder Relativo, Punição, Satisfação e sete dimensões de apoio social (Companheirismo, Auxílio Instrumental, Auto-Revelação, Cuidado com o Outro, Afeição, Valorização e Aliança Confiável). Essas dimensões são classificadas com cada uma das seguintes pessoas: mãe, pai, melhor amigo(a), namorado(a)/ marido(esposa)/ companheiro(a). Há ainda um espaço denominado “outro”, em que o jovem pode escolher alguém que ele considere importante para classificar. As respostas são registradas em uma escala *likert* de cinco pontos, que indica a qualidade de relacionamento com cada uma das pessoas citadas.

- O **Inventário de Estratégias de Coping** de Folkman e Lazarus (1985) adaptado para o português por Savóia, Santana e Mejitas (1996), que avalia estratégias de *coping* através de oito fatores (Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte Social, Aceitação de Responsabilidade, Fuga-Esquiva, Resolução de Problemas e Reavaliação Positiva) compostos por um total de 66 itens. Os itens são respondidos pelo participante de acordo com a intensidade com que utilizaram cada estratégia mencionada, em determinada situação, tendo como opções de respostas: (0) não usei esta estratégia, (1) usei um pouco, (2) usei bastante e (3) usei em grande quantidade.

- A **Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo – EFN** (Hutz, & Nunes, 2001), um instrumento que avalia a dimensão da personalidade humana denominada neuroticismo/estabilidade emocional (modelo dos Cinco Grandes Fatores) através do levantamento de traços de personalidade. O teste é composto por 82 itens em quatro sub-escalas (Escala de Vulnerabilidade, Escala de Desajustamento Psicossocial, Escala de Ansiedade e Escala de Depressão). Os itens são registrados em uma escala *likert* de sete pontos, em que 1= “completamente inadequada, a sentença não descreve nenhuma característica minha”, 4= “neutro, mais ou menos” e 7= “perfeitamente adequada, a sentença me descreve perfeitamente bem”.

Procedimentos

A primeira etapa para a realização da coleta de dados foi a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do RS. Após a aprovação deste, foi estabelecido o contato com a Secretaria da Educação com o objetivo de obter uma lista das escolas estaduais da rede pública de Porto Alegre. Através da listagem foi possível realizar um sorteio das escolas participantes. Após o sorteio, foi feito o contato com as escolas para obter o consentimento dessas para a realização da pesquisa e o convite para que os alunos participassem. Os coordenadores das escolas indicaram as turmas que participariam da pesquisa de acordo com a disponibilidade de horários dos professores. Foi solicitado o Consentimento Livre e Esclarecido aos jovens com idade a partir de 18 anos. Para os demais, o preenchimento do mesmo foi realizado pelos pais ou responsáveis.

Nos adolescentes que aceitaram participar da pesquisa foram aplicados coletivamente os seguintes instrumentos (em ordem de aplicação): questionário de dados sócio-demográficos, EMSV-A, IRR, EFN e o Inventário de Estratégias de *Coping*. Todos os instrumentos foram entregues juntos (grampeados) para os participantes e foi dada uma breve explicação padronizada para o preenchimento de cada um deles (sendo que todos eles são auto-aplicáveis). Os participantes que apresentaram dúvidas ao longo do preenchimento foram auxiliados pela pesquisadora ou auxiliar de pesquisa devidamente treinado. A aplicação dos instrumentos nas escolas foi realizada em sala de aula, em turmas e horários cedidos pelas instituições. A aplicação de todos os instrumentos levou em média uma hora e trinta minutos.

A segunda etapa consistiu na coleta dos dados relativos ao grupo de jovens portadores do HIV. Para tal, foram realizados contatos com três diferentes centros de atendimento da Grande Porto Alegre: o Serviço de atenção Terapêutica – SAT, localizado no Hospital Sanatório Partenon, o CTA de Viamão e o CTA do Ambulatório de Dermatologia de Porto Alegre. Após aprovação do projeto, foram solicitados a todos os locais as listas de pacientes portadores do vírus HIV com idades entre 14 e 22 anos.

A partir da lista, os pacientes foram recrutados através de convite nos dias em que possuíam atendimento com os profissionais dos centros, ou através de busca ativa em que, por carta ou telefonema, era marcada uma data para a realização da entrevista. A busca ativa somente não foi autorizada no CTA do Ambulatório de Dermatologia, pois não era prática utilizada no centro.

Os pacientes com idades a partir de 18 anos que aceitaram participar preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para os jovens com idade inferior a 18 anos que manifestaram interesse em responder a pesquisa, foi solicitado que os pais ou responsáveis preenchessem o termo. Em todos os jovens do grupo clínico a coleta foi realizada

individualmente, em uma sala cedida pelo centro de atendimento. Os pacientes podiam escolher entre responder sozinhos aos questionários ou com o auxílio da pesquisadora / auxiliar de pesquisa que, em ambos os casos, permanecia junto a eles durante todo o preenchimento. Os instrumentos aplicados foram os mesmos para ambos os grupos, com exceção do questionário de dados sócio-demográficos que para o grupo clínico incluía algumas questões relativas ao HIV. A aplicação em cada um dos participantes desse grupo levou em média uma hora.

Análise dos dados

Para fins de análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS versão 13.0. Na construção do banco de dados, as variáveis referentes às respostas aos instrumentos EMSV-A, IRR, Inventário de Estratégias de *Coping* e EFN, que haviam sido deixadas em branco, foram substituídas pela média do grupo naquele item.

Inicialmente os instrumentos foram avaliados do ponto de vista psicométrico e os dados obtidos analisados através de estatísticas descritivas.

Para obter o perfil diferencial dos grupos clínico e não-clínico foram realizadas análises discriminantes através do método *Stepwise*, usando como critério de seleção das variáveis a estatística *Lambda* de *Wilks*, e computando-se os tamanhos dos grupos. Em todas as análises utilizaram-se como variável de agrupamento jovens portadores do HIV e os não portadores. Na primeira análise foram consideradas como variáveis independentes (preditoras) todos os itens da EMSV-A. Na segunda, terceira e quarta análises, foram determinadas como variáveis independentes todos os itens do IRR, do Inventário de Estratégias de *Coping* e da EFN, respectivamente. Considerou-se como ponto de corte para os itens, aqueles com função canônica discriminante acima de 0,200 e cujas análises atingiram uma correlação canônica mínima de 0,200 ($p < 0,001$) de correlação entre a função discriminante obtida e o grupo de variáveis discriminantes selecionadas.

Resultados

As análises discriminantes apontaram diferenças entre os grupos clínico e não clínico para os instrumentos EMSV-A, IRR, Inventário de Estratégias de *Coping* e EFN. Os resultados para cada uma delas serão apresentados a seguir.

Escala Multidimensional de satisfação de Vida para Adolescentes – EMSV-A

Na análise da EMSV-A, a função discriminante classificou corretamente 92,3% dos participantes do grupo total. Dos 56 itens da EMSV-A que foram utilizados como variáveis, 11 discriminaram os grupos não-clínico e clínico (Tabela 1). O valor da média centróide foi

utilizado para conhecer-se cada setor da função discriminante nesta análise, que para o grupo não clínico foi de -0,17, e para o clínico, 1,49. Assim, na Tabela 1, pode-se observar que os valores negativos referem-se aos itens que apareceram no sentido do primeiro grupo e os positivos do segundo.

Tabela 1

Matriz Estrutural das Variáveis Discriminantes da EMSV-A

| Variáveis | Função |
|---|---------------|
| 20- Eu me divirto com meus amigos (Amizade) | -,474 |
| 05- É bom sair com meus amigos (Amizade) | -,467 |
| 15- Eu gosto das atividades da escola (Escola) | ,370 |
| 38- Gosto de conversar com meus amigos(a) (Amizade) | -,313 |
| 08- Brigar resolve os problemas* (Não-Violência) | ,292 |
| 32- Estou satisfeito com os amigos que eu tenho(a) (Amizade) | -,291 |
| 39- Eu sou feliz (Global) | -,265 |
| 13- Meus amigos me ajudam quando eu preciso(a) (Amizade) | -,248 |
| 55- Eu gosto de mim do jeito que sou (Global) | -,240 |
| 42- Meus amigos brigam muito comigo* (Self Comparado) | ,235 |
| 25- Eu gostaria que meus amigos fossem diferentes* (Amizade) | -,205 |

*Item invertido.

Os 11 itens discriminantes pertencem a cinco dos oito fatores que constituem a escala: Amizade, Escola, Satisfação de Vida Global e *Self Comparado*. Percebe-se que o fator com maior número de itens discriminantes entre os grupos foi o Amizade. Todos os cinco itens pertencentes a esse fator que indicam satisfação nas relações de amizade apareceram no sentido do grupo não-clínico. Observa-se que os dois itens que mais discriminaram os grupos (“eu me divirto com meus amigos” e “é bom sair com meus amigos” pertencem a este fator.

Apenas um item do fator *Self-Comparado* discriminou os grupos. Esse item é “meus amigos brigam muito comigo” e aparece na direção do grupo clínico. Deve-se considerar que esse item foi invertido para análise dos dados, portanto seu sentido fica alterado e deve-se compreendê-lo como: “meus amigos não brigam muito comigo”.

O item 15 do fator Escola e o item 08 do fator Não-Violência aparecem, respectivamente, em terceiro e quinto lugar, demonstrando que os jovens do grupo clínico

mostram-se mais satisfeitos em relação às atividades realizadas na escola e menos favoráveis as situações de violência (o item invertido deve ser compreendido como “brigar não resolve os problemas”).

Por fim, em sétimo e nono lugar estão dois itens fator de Satisfação de Vida Global. Em relação a estes itens resultados da análise discriminante demonstram que os jovens do grupo não-clínico avaliam-se como sendo mais felizes e estando mais satisfeitos consigo mesmos do que os do grupo clínico.

Inventário de Rede de Relações - IRR

No IRR a função discriminante classificou corretamente 89,3% dos participantes do grupo total. Para a análise do instrumento foram considerados 99 itens (33 itens para cada uma das seguintes pessoas: mãe, pai e melhor amigo). Desses, 22 discriminaram os grupos não-clínico e clínico (Tabela 2). O valor da média centróide foi utilizado para conhecer-se cada setor da função discriminante nesta análise, que para o grupo não-clínico foi 6,74, e para o clínico, -1,19. Neste caso, na Tabela 2, pode-se observar que os valores positivos referem-se aos itens que apareceram no sentido do primeiro grupo, não havendo itens negativos (relacionados ao segundo grupo).

Os resultados (Tabela 2) demonstram que todos os itens com função canônica discriminante acima de 0,200 apareceram no sentido do grupo não-clínico. O item que mais discriminou os grupos foi “quanto você acha que seu melhor amigo realmente se importa com você”, sendo que se mostrou no sentido dos jovens não portadores do vírus.

Tabela 2*Matriz Estrutural das Variáveis Discriminantes do IRR*

| Variável | Função |
|---|---------------|
| 18 - quanto você acha que seu melhor amigo realmente se importa com você (Afeição) | ,587 |
| 24 - quanto você e sua mãe discutem (Conflito) | ,515 |
| 13 - quanto você e sua mãe discutem ou têm desacordos (Conflito) | ,343 |
| 12 - quanto você se diverte com seu melhor amigo (Companhia) | ,296 |
| 7 - quanto você acha que seu melhor amigo gosta de você (Afeição) | ,296 |
| 8 - quanto sua mãe pune você (Punição) | ,286 |
| 16 - quanto você conta de seus sentimentos e segredos para seu melhor amigo (Revelação/Intimidade) | ,274 |
| 25 - quanto o seu melhor amigo lhe ajuda quando você tem que fazer alguma coisa (Auxílio Instrumental) | ,260 |
| 23 - quanto seguido você e seu melhor amigo saem ou fazem coisas juntos que são divertidas (Companhia) | ,255 |
| 24 - quanto você e seu melhor amigo discutem (Conflito) | ,250 |
| 27 - quanto você fala com seu melhor amigo coisas que você não quer que os outros saibam (Revelação/Intimidade) | ,242 |
| 29 - quanto você acha que seu melhor amigo tem um sentimento forte de afeição por você (Afeição) | ,240 |
| 2 - tempo que você e sua mãe ficam chateados ou brabos um com o outro (Conflito) | ,236 |
| 17 - quanto você protege seu amigo e cuida que as coisas corram bem para ele (Cuidado com o outro) | ,234 |
| 28 - você cuida do seu melhor amigo (Cuidado com o outro) | ,224 |
| 5 - rede relações:quanto você conta para seu melhor amigo suas coisas pessoais (Revelação/Intimidade) | ,223 |
| 30 - quanto seguido sua mãe lhe critica por coisas que você fez e que ela acha que você não deveria ter feito (Punição) | ,222 |
| 20 - quanto seu melhor amigo lhe trata como se você fosse bom em muitas coisas (Valorização) | ,222 |

| | |
|---|------|
| 30 - quanto seguido seu melhor amigo lhe critica por coisas que você fez e que ela acha que você não deveria ter feito (Punição) | ,219 |
| 15 - quanto contente você se sente na relação com seu melhor amigo (Satisfação) | ,208 |
| 9 - quanto seu amigo lhe trata com admiração e respeito (Valorização) | ,207 |

Todos os itens discriminantes referiam-se às relações com a mãe ou amigo. Para o grupo não-clínico as relações com a mãe apareceram caracterizadas como mais punitivas e conflitivas. Ainda para este grupo, as relações de amizade, por sua vez, caracterizaram-se por uma maior afetividade, intimidade e companheirismo. Além disso, os jovens do grupo não-clínico demonstraram sentir-se mais valorizados pelos seus pares. Também apareceram como discriminantes entre os grupos itens como “quanto você e seu melhor amigo discutem” e “quanto seguido seu melhor amigo lhe critica por coisas que você fez e que ela acha que você não deveria ter”, sempre na direção do grupo de jovens não portadores do HIV.

Escala Fatorial de Neuroticismo - EFN

Na análise do EFN, a função discriminante classificou corretamente 91,6% do grupo geral. Percebe-se que dos 82 itens do instrumento, 11 discriminaram os grupos (Tabela 3). O valor da média centróide nesta análise, foi de 1,5 para o grupo clínico e de -0,17 para o não clínico. Um maior número de itens (10 itens) relacionou-se ao grupo clínico.

Tabela 3

Matriz Estrutural das Variáveis Discriminantes da EFN

| Variável | Função |
|--|---------------|
| 16- Sinto que posso ter uma doença grave mesmo que os médicos não encontrem nada de errado comigo (Ansiedade) | ,542 |
| 35- Já tentei cometer suicídio (Depressão) | ,408 |
| 20- Sou capaz de qualquer coisa para que as pessoas não me deixem (Vulnerabilidade) | ,346 |
| 77- Acho que minha vida é vazia e sem emoção (Depressão) | ,316 |
| 47- Estou cansado(a) de viver (Depressão) | ,280 |
| 58- Frequentemente me sinto perturbado por um intenso sentimento de culpa (Vulnerabilidade) | ,276 |
| 18- Frequentemente sinto que coisas muito ruins estão por acontecer mesmo sem nenhum motivo aparente(a) (Ansiedade) | ,255 |

| | |
|--|-------|
| 67- Com freqüência, eu choro sem motivo(a) (Ansiedade) | ,233 |
| 81- Com freqüência sinto vontade de chorar sem nenhum motivo aparente(a) (Ansiedade) | ,225 |
| 06- Com freqüência penso que a minha vida é ruim(a) (Depressão) | ,212 |
| 31- Se for necessário mentir para conseguir alguma coisa minto sem constrangimento (Desajustamento) | -,204 |

*Itens invertidos.

O item que mais discriminou os grupos foi “sinto que posso ter uma doença grave mesmo que os médicos não encontrem nada de errado comigo” (fator ansiedade), seguido por “Já tentei cometer suicídio” (fator depressão). Todos mostram-se no sentido dos participantes do grupo clínico.

Além disso, mais três itens do fator depressão, três do fator ansiedade e dois itens do fator vulnerabilidade estavam direcionados para o grupo clínico.

Inventário de Estratégias de Coping

Para o Inventário de Estratégias de *Coping*, 91% do grupo geral foi classificado corretamente pela função discriminante. Dentre os 63 itens que compõe o Inventário, 10 diferenciaram os grupos, sendo que seis caracterizam o grupo clínico (Tabela 4). Nesta análise o valor da centróide para o grupo clínico foi de 1,38, e para o grupo não clínico foi de -0,16.

Tabela 4

Matriz Estrutural das Variáveis Discriminantes do Inventário de Estratégias de Coping

| Variáveis | Função |
|--|---------------|
| 43 Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação (Autocontrole) | ,380 |
| 60 Rezei (Reavaliação Positiva) | ,325 |
| 36 Encontrei novas crenças (Reavaliação Positiva) | ,321 |
| 41 Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação (Afastamento) | ,312 |
| 48 Busquei nas experiências passadas um situação similar (Resolução de Problemas) | -,251 |
| 25 Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos (Aceitação de Responsabilidade) | -,250 |

| | |
|--|-------|
| 50 Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo(a) (Fuga-Esquiva) | ,223 |
| 34 Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado (Confronto) | -,223 |
| 52 Encontrei algumas soluções diferentes para o problema (Resolução de Problemas) | -,212 |
| 22 Procurei ajuda profissional (Suporte Social) | ,205 |

O item que mais discriminou os grupos foi “não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação” (fator Autocontrole). Os quatro itens seguintes que mais discriminaram os dois grupos foram “rezei” (fator Reavaliação Positiva), “encontrei novas crenças” (fator Reavaliação Positiva) e “não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação” (fator Afastamento). Todos apresentaram-se no sentido do grupo clínico.

Ainda em relação ao grupo clínico, um item do fator Fuga-Esquiva e um do fator Suporte Social direcionaram-se para este grupo. Para esse último fator é importante ressaltar que o item foi “procurei ajuda profissional”, e mostrou-se presente em um percentual muito mais alto para os jovens que descreveram a situação de *stress*, durante o preenchimento do inventário, relacionada ao contágio pelo HIV (75%) do que para aqueles que descreveram outras situações (16,7%). Já os itens “busquei nas experiências passadas uma situação similar” (fator Resolução de Problemas), “Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos” (fator Aceitação de Responsabilidade), “Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado” (fator Confronto) e “Encontrei algumas soluções diferentes para o problema” (fator Resolução de Problemas) foram mais pontuados pelo grupo não-clínico.

Discussão

O desenvolvimento deste estudo partiu da hipótese de que certos eventos de vida possam exercer impacto sobre o bem-estar subjetivo (Diener, & Lucas, 1999; McCullough et al., 2000). O fato de um adolescente ou jovem crescer como portador do vírus, infectar-se, ou descobrir o diagnóstico da infecção pelo HIV nesta fase da vida, poderia ser compreendido como um evento significativo, levando-se em consideração as conseqüências de tal acontecimento, tanto em relação a aspectos emocionais e sociais (como o preconceito, medo de compartilhar a informação do diagnóstico) quanto aos aspectos relacionados à saúde física (necessidade de utilizar medicação e os conseqüentes efeitos colaterais, acompanhamento médico periódico, controle da dieta nutricional).

Nesta pesquisa buscou-se avaliar o impacto deste evento sobre a satisfação de vida dos jovens participantes e também sobre aspectos relacionados, como as relações estabelecidas com

peças significativas, estratégias de *coping* e neuroticismo. Para isto foi realizada um análise discriminante com o objetivo de verificar a existência de diferenças entre um grupo de jovens portadores do HIV de outro composto por jovens não-portadores do vírus, em relação a todos os aspectos citados anteriormente.

A análise discriminante realizada para os itens da EMSV-A demonstrou que os grupos diferenciaram-se especialmente naqueles itens vinculados às relações de amizade. Percebe-se que nos itens que buscavam avaliar o fator Amizade o grupo de jovens não portadores do vírus demonstram uma maior satisfação do que os jovens soropositivos.

Um item com maior pontuação para os jovens do grupo clínico foi “meus amigos brigam muito comigo”, que invertido traz o sentido contrário. Este resultado demonstra que o grupo de jovens portadores do HIV parece apresentar um grau menor de conflito com seus pares.

O mesmo padrão de respostas da EMSV-A foi observado nas respostas do IRR. A maioria dos itens que diferenciaram os grupos neste último foram aqueles relacionados à amizade. Para os jovens não portadores do vírus estas relações mostraram-se como formas consistentes de apoio, caracterizadas por uma maior abertura, intimidade e companheirismo. Os participantes do grupo não-clínico ainda sentem-se bastante valorizados pelos amigos, assim como os percebem como uma fonte de auxílio nos momentos de dúvidas ou dificuldades. Assim, como na EMSV-A, aqui itens relacionados às situações conflituosas e atitudes de repreensão por parte dos amigos também diferenciaram os grupos, no sentido dos jovens não portadores do HIV.

Estes resultados nos remetem ao estudo de Wiener e Septimus (1991) que demonstra que dentre os maiores problemas que a infecção pelo HIV pode causar aos jovens está o momento em que estes vão estabelecer vínculos extra-familiares. De acordo com os autores, as dificuldades destes jovens estariam relacionadas ao momento de revelar aos outros o seu diagnóstico, e que este momento estaria permeado pelo medo das conclusões que os seus pares poderiam chegar sobre a razão do contágio e dos julgamentos que poderiam ser feitos sobre a sua sexualidade.

Em relação ao fato dos jovens portadores do HIV apresentarem um grau menor de conflitos, pode ser explicado pelo fato destes apresentarem menos relações de amizade satisfatórias, sendo que tais relações, quando existentes, se caracterizam por uma maior intensidade e desta forma é compreensível que os conflitos também sejam menos recorrentes. O fato das amizades do grupo não-clínico também apresentarem uma maior pontuação para o item “quanto seu melhor amigo lhe critica por coisas que você fez, e que ele acha que você não

deveria ter feito”, apesar de fazer parte do fator Punição, também parece demonstrar um maior nível de intimidade e cuidado por parte das amigas.

Outro ponto relevante encontrado na análise do IRR consistiu nos resultados referentes às relações com a mãe. Observou-se que itens referentes aos fatores Conflito e Punição vinculados a esta figura discriminaram os grupos. Percebe-se que os itens direcionaram-se ao grupo não-clínico, o que demonstra que para estes participantes situações de brigas e desacordos ocorrem de forma mais intensa. Este é um resultado esperado, já que se trata de uma amostra composta em sua grande parte de participantes na fase da adolescência inicial e média, e um maior nível de conflito entre pais e filhos é uma característica desta etapa da vida, assim como a busca de um maior envolvimento com o grupo de iguais (Wagner, Falcke, Silveira, & Mosmann, 2002). É possível que, pelo fato dos jovens soropositivos apresentarem maiores dificuldades em estabelecer relações fora da família, suas relações familiares acabem sendo as fontes mais seguras de apoio. Neste sentido, o afastar-se das figuras parentais para estabelecer laços mais profundos com seus pares torna-se mais difícil para estes jovens. Também é possível que as mães passem a apresentar uma conduta diferente com seus filhos soropositivos, de maior cuidado e proteção, evitando as situações de confronto.

Retornando aos resultados da EMSV - A, um item vinculado ao fator Escola (item: “eu gosto das atividades da escola”) também diferenciou os grupos, sendo que o grupo clínico pontuou mais alto. Algumas questões podem ser levantadas a partir deste resultado. A primeira é que é possível que estes jovens, em razão das dificuldades encontradas nas relações de amizade, possam utilizar as atividades da escola como uma fonte de satisfação. A outra questão é que, apesar de esta não ter sido uma das questões exploradas no questionário de dados sócio-demográficos, durante as entrevistas foi verificado que muitos dos jovens soropositivos não estavam estudando no momento, porém muitos pretendiam retomar os estudos. Sendo assim, estes participantes por estarem avaliando os aspectos escolares de uma perspectiva diferente (era solicitado que eles preenchessem o questionário lembrando de sua época de estudante), poderiam estar valorizando e idealizando mais estas atividades do que os adolescentes não portadores do vírus, pois estes últimos eram todos estudantes. Pode-se pensar também que esta é uma limitação do instrumento, pois foi adaptado para adolescentes, porém as questões relacionadas à escola não se aplicam à realidade de todos os adolescentes.

Além do fato dos jovens não portadores do vírus se mostrarem mais satisfeitos em suas relações de amizade, os resultados revelaram que eles também se avaliaram como mais felizes e mais satisfeitos consigo mesmos, de uma forma geral, do que os jovens soropositivos. De acordo com pesquisas prévias (Castanha et al., 2006; Crum et al., 2006; Heckman, 2003) um dos fatores que mais contribui para a diminuição do nível de bem-estar e conseqüente

satisfação de vida de jovens portadores de HIV/AIDS é a restrição ao suporte social. Desse modo, pode-se perceber que para os participantes do grupo clínico o rebaixamento do nível de satisfação em seus vínculos de amizade parece relacionar-se com a diminuição da felicidade e da satisfação com eles próprios.

No que se refere aos resultados da análise do EFN, o item que mais discriminou os grupos foi “sinto que posso ter uma doença grave mesmo que os médicos não encontrem nada de errado comigo”. Este item caracterizou o grupo de jovens soropositivos. Mesmo que o fato de viver com HIV/AIDS atualmente não seja mais encarado como uma doença terminal e sim como uma doença crônica, para os portadores do vírus este diagnóstico ainda é muito estigmatizado, e encarado muitas vezes como um atestado de finitude (Canini, Reis, Pereira, Gir, & Pelá, 2004; Leite et al., 1996). Além disso, é possível que muitos dos jovens por serem assintomáticos (no grupo havia um percentual de 40% de casos de AIDS notificados) percebam a infecção como um problema de saúde em potencial, mesmo que no momento atual os médicos não detectem alguma doença específica. Dessa forma, este item parece retratar sentimentos e pensamentos acerca da vivência da infecção pelo HIV.

Apesar de o item “sinto que posso ter uma doença grave mesmo que os médicos não encontrem nada de errado comigo” ter sido o que mais discriminou os grupos, chama a atenção a quantidade de itens referentes ao fator depressão que diferenciaram os grupos. As diferenças encontradas demonstram uma perda de sentimento vital do grupo de jovens portadores do HIV. Itens semelhantes como “já tentei cometer suicídio” e “estou cansado(a) de viver” aparecem com pontuação mais alta para estes participantes. Através de itens da escala eles também avaliaram suas vidas como frequentemente ruim, vazia e sem emoção. Para Castanha et al., (2006), existe uma alta prevalência de transtornos depressivos entre os portadores do vírus. De acordo com Maj (1996) isso ocorre por diferentes razões, tanto psicológicas (impacto da descoberta do diagnóstico e as questões psicossociais envolvidas como a rejeição social, familiar e ocupacional) quanto orgânicas (progressão da doença e as dificuldades relacionadas e alterações neuropatológicas causadas pela natureza do vírus). Neste sentido, Castanha et al., (2006) salientam a importância do diagnóstico e tratamento da depressão em pacientes soropositivos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida. Além disso, Malbergier e Schoffel (2001) referem que a depressão contribui para a não adesão ao tratamento e o aumento do risco de suicídio desta população.

Além dos itens relacionados à depressão, sentimentos de culpa (item “frequentemente me sinto perturbado por um intenso sentimento de culpa) e medo do abandono (item “sou capaz de qualquer coisa para que os outros não me deixem”) também podem ser percebidos no grupo clínico. Conforme Castanha et al., (2006) o preconceito vinculado ao HIV e à AIDS fazem com

que os portadores se sintam culpados sobre o fato irreversível de terem se infectado. Esses sentimentos de culpa acabam sendo enfatizados através das cobranças, discriminação, isolamento e omissão provenientes da sociedade, família e amigos. Além disso, estes sentimentos de culpa também podem estar atuando como promotores dos aspectos depressivos. Os comportamentos como “chorar com frequência sem motivo” que aparecem em dois itens direcionados a este grupo mostram-se coerentes com as demais características apresentadas pelo grupo, como as depressivas e os sentimentos de medo e culpa.

Em relação às estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes, identificou-se a estratégia “não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação” como aquela que mais diferenciou os grupos, sendo que ela encontra-se na direção do grupo de jovens portadores do HIV. Faz sentido pensar que os participantes soropositivos apresentem uma pontuação maior para tal item quando confrontamos este resultado aos achados referentes às relações de amizade. As características de menor abertura para as relações extra-familiares provavelmente estão relacionadas a esta forma de enfrentar os problemas.

Faria e Seidel (2006) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de avaliar a influência de estratégias de enfrentamento, incluindo estratégias religiosas, sobre o bem-estar subjetivo de portadores do HIV. As autoras concluíram que estratégias focadas na emoção predisseram negativamente o bem-estar dos participantes de sua amostra, enquanto estratégias focalizadas no problema e estratégias de Enfrentamento Religioso Positivo (ex: religiosidade como forma de amor, cuidado e força) predisseram de forma positiva. Na presente pesquisa, observa-se que os participantes soropositivos também lançaram mão de estratégias relacionadas à religiosidade, como “rezei” e “encontrei novas crenças”. Neste caso, as estratégias não são previamente classificadas como positivas ou negativas, mas demonstram sua importância para o grupo clínico, já que ele fez mais uso delas do que o grupo não-clínico. Outros estudos que avaliaram questões como religiosidade e/ou espiritualidade também mostraram que este é um fator de promoção da saúde (Marques, 2003; Saad, Masiero, & Battistella, 2001).

Destaca-se também o fato dos participantes soropositivos terem apresentado uma pontuação maior para as estratégias de fuga-esquiva e de afastamento que caracterizam comportamentos como o de buscar esquecer a situação problema, e que são relatadas como estratégias vinculadas a uma diminuição da qualidade de vida em pacientes portadores de HIV (Weaver et al., 2004). Apesar disso, percebe-se que estes jovens não deixaram de buscar ajuda para lidar com o evento, o que se evidencia pelo uso da estratégia de suporte social “procurei ajuda profissional”. Seria esperado que eles marcassem esse item, já que todos os participantes foram recrutados em centros de atendimento, o que revela que em algum momento eles procuraram ajuda profissional. Neste estudo este foi o único item do fator suporte social que

diferenciou os grupos, porém é importante destacar que pesquisas demonstram que a presença de apoio social mostra-se relacionada a um aumento de diferentes dimensões da qualidade de vida em portadores do HIV (Brook, 1999; Seidl, Zannon, & Tróccoli, 2005). Além disso, a qualidade do suporte social advindo da rede de profissionais que prestam atendimento aos pacientes soropositivos mostra-se relacionada a um aumento da adesão ao tratamento medicamentoso (Colombrini, Lopes, & Figueiredo, 2006).

Já para os jovens do grupo não-clínico houve uma pontuação mais alta para as estratégias de resolução de problemas, confronto e aceitação de responsabilidade, demonstrando que estes jovens parecem lidar de forma mais direta com seus conflitos, assim como na compreensão da possibilidade de repor os danos ocasionados. É possível também que as diferenças entre os grupos residam no fato do grupo clínico encarar a infecção pelo HIV como um acontecimento cujos danos não possam ser reparados, o que poderia também gerar uma maior desesperança e conseqüente falta de investimento na própria vida. Pode-se vincular o fato destes jovens sentirem-se impotentes para reparar os danos com o uso de estratégias de *coping* Religioso, onde essa capacidade de mudar certos aspectos de vida são de alguma forma percebidos como somente possíveis através de algo ou alguém superior, como as estratégias de *coping* Religioso do tipo Delegação, citadas por Panzini e Bandeira (2007).

Conclusões

A presente pesquisa traz contribuições na medida em que explora um conjunto de aspectos que ainda não haviam sido contemplados em um único estudo com jovens brasileiros portadores e não portadores do HIV. Portanto, seus achados são importantes, pois podem servir de base para compreender melhor as questões psicossociais que permeiam o diagnóstico de HIV/AIDS na vida de um jovem. Entretanto, o estudo apresenta algumas limitações que residiram na dificuldade em equiparar os grupos em relação a todos os aspectos sócio-demográficos. Observa-se, por exemplo, que a escolaridade do grupo clínico é mais baixa do que a dos jovens do grupo não-clínico. Entretanto, esta parece ser uma característica do primeiro grupo: o abandono mais precoce da vida escolar. Porém, a pesquisa procurou suprir este problema igualando os grupos através do nível sócio-econômico. Apesar dessas dificuldades, foram encontradas diferenças importantes entre os grupos clínico e não-clínico. Os achados mais consistentes do estudo demonstram que:

- Os grupo não-clínico apresentou maior satisfação com seus vínculos de amizade do que o grupo clínico, com um nível maior de intimidade e companheirismo.
- Para o grupo não-clínico, as relações com a mãe mostram-se como mais conflitivas do que para o grupo clínico.

- Vários itens do fator depressão do EFN diferenciaram os grupos, tendo o grupo clínico apresentado maior pontuação para todos eles. Percebeu-se através da análise de tais itens uma perda do sentido vital dos jovens soropositivos.

- Estratégias de *coping* com um sentido de busca de religiosidade, afastamento, fuga-esquiva e busca de ajuda profissional diferenciaram os grupos, com maior pontuação do grupo clínico, enquanto estratégias de enfrentamento e aceitação de responsabilidade foram mais pontuadas pelo grupo não-clínico.

Tais resultados nos fazem refletir acerca da importância em se desenvolver programas de intervenção que possam resgatar os objetivos vitais para os jovens soropositivos, assim como criar uma rede de apoio, especialmente extra-familiar, que possa auxiliar no fortalecimento destes jovens. Aspectos positivos como a busca de ajuda profissional e de apoio através da espiritualidade utilizados pelos jovens portadores do HIV devem ser encorajados, pois se mostram importantes para o incremento de aspectos relacionados à qualidade de vida.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa partiu do aprofundamento no estudo teórico acerca do Bem-estar Subjetivo que fez com que houvesse um interesse maior em avaliar o impacto de eventos de vida na adolescência que já é uma fase conflitiva por si só. Assim, pensou-se em qual seria o impacto de ser diagnosticado ou viver com HIV/AIDS nesta etapa da vida e, entre outras questões, como se dariam as relações sociais destes jovens, já que o HIV e a AIDS aparecem sempre permeados pelo preconceito e a discriminação. Poucos estudos foram encontrados, especialmente em nosso país, que avaliassem aspectos psicossociais de jovens portadores do vírus. Este fato foi bastante instigante, pois a necessidade de se estudar estes aspectos, nesta população, torna-se evidente quando considera-se o número de jovens brasileiros infectados nos últimos anos (Programa Nacional de DST e AIDS, 2005). Em face dos questionamentos despertados no momento da escolha do tema a ser explorado por esta tese, e pelo fato de poucos estudos prévios suprirem as questões levantadas, um projeto de pesquisa foi desenvolvido, buscando avaliar satisfação de vida, rede de relações, neuroticismo e estratégias de *coping*, em ambos os grupos separadamente e, posteriormente, comparando-os, já que eram variáveis que se mostravam relacionadas pela literatura (Aldwin, & Revenson, 1987, Diener, & Lucas, 1999, McCullough et al., 2000, Nickerson, & Nagle, 2004).

Ao longo do percurso, porém, algumas mudanças ocorreram. Dificuldades durante a coleta dos dados se mostraram presentes, sendo que para a realização desta etapa com o grupo clínico foi necessário praticamente o período de um ano. Apesar dos centros de atendimento contarem com um número de pacientes cadastrados superior ao que seria necessário para a realização desta pesquisa, o recrutamento não foi fácil, pois muitos dos pacientes não possuíam fontes atualizadas para contato, ou não apareceram para as entrevistas marcadas. Porém, com o auxílio e esforços de vários profissionais dos centros de atendimento e insistência desta

pesquisadora e auxiliares de pesquisa, esta etapa foi concluída. Além disso, a análise dos dados sofreu modificações, incluindo-se a análise discriminante como forma de avaliar as diferenças entre os dois grupos estudados.

Desse modo, muitos dos questionamentos foram respondidos e achados que pareciam inesperados também emergiram. Acredita-se que os resultados desta pesquisa trouxeram contribuições em diferentes âmbitos. O primeiro estudo, com jovens e adolescentes não portadores do HIV, por contar com um grande número de participantes, contribuiu para o conhecimento de fatores relacionados à adolescência normal no Brasil. Seus resultados também revelam dados importantes sobre o que é esperado nas questões relacionadas à satisfação de vida nesta fase, que podem servir de subsídio para que se possa pensar em intervenções mais eficazes na escola, família ou na clínica.

O segundo estudo, por sua vez, trouxe elementos novos. Contrariando estudos anteriores (Battles e Wiener, 2002; Drotar et al., 1995), seus resultados demonstraram que, de uma forma geral, os jovens portadores do HIV mostram-se satisfeitos com suas vidas. Entretanto, algumas questões foram evidenciadas, como uma menor satisfação com relações extra-familiares e um alto nível de neuroticismo. Os resultados também mostraram que estes aspectos interferem de forma negativa para o nível de satisfação de vida e assim devem ser levados em consideração quando se desenvolvem programas de atendimento para esta população.

No terceiro estudo, as diferenças encontradas entre os jovens portadores e os não portadores demonstraram uma necessidade iminente de se desenvolver programas de atendimento que possam resgatar os objetivos vitais para os jovens soropositivos. Além disso, os resultados encontrados podem servir de subsídio para que sejam avaliados que elementos servem como promotores de aspectos relacionados ao bem-estar e aqueles que se mostram nocivos.

Porém, pode-se apontar algumas limitações encontradas nesta pesquisa como o fato do segundo estudo contar com uma amostra de 45 participantes, que é considerada pequena para a realização de diferentes análises que poderiam trazer mais dados sobre esta população. Além disso, quando comparados o grupo de jovens portadores do HIV e os não-portadores, no terceiro estudo, houve certa dificuldade em equipará-los em relação a todos os aspectos sócio-demográficos, como a escolaridade. Entretanto, procurou-se reparar este problema igualando os grupos através do nível sócio-econômico.

Apesar dessas dificuldades, a pesquisa cumpriu os objetivos a que se propôs, trazendo dados relevantes para ambos os contextos: da juventude com ou sem HIV/AIDS. Destaca-se a necessidade de que novos estudos sejam desenvolvidos, não só com a meta de aumentar a

produção científica na área, mas para que também possam trazer dados empíricos para a implementação de intervenções eficazes que possam atender às necessidades e promover o bem-estar dos jovens, portadores ou não portadores do HIV.

REFERÊNCIAS

- ABEP (2003). *Critério de classificação econômica Brasil da associação brasileira de empresas de pesquisa*. Retrieved in march 12, 2006, from ABEP Web Site <http://www.abep.org>.
- Adams, R.E, Bertt, L., & Wilder, D. (2001). Characteristics of closeness in adolescence romantic relationships. *Journal of Adolescence*, 24, 353-363.
- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337-348.
- Albuquerque, F. J. B., Noriega, J. A. V., Coelho, J. A. P. M, Neves, M. T. S., & Martins, C. R. (2006). Valores humanos básicos como preditores do bem-estar subjetivo. *Psico*, 37(2), 131-137.
- Arteche, A. X. (2003). *O Impacto do trabalho nas variáveis coping e bem-estar subjetivo em uma amostra de adolescentes*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Arteche, A. X., & Bandeira, D. R. (2003). Bem-estar subjetivo: Um estudo com adolescentes trabalhadores. *Psico-USF*, 8 (2), 193-202.
- Arteche, Adriane, Bandeira, D.R., & Gozalvo, I. S. (2003). Projetos sociais profissionalizantes: Repercussões nas estratégias de *coping* e no bem-estar subjetivo de participantes adolescentes. *Revista de Psicologia da Universidade do Contestado*, 1 (1), 5-14.
- Asendorpf, J. B., & Wilpers, S. (1998). Personality effects on social relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6), 1531-1544.
- Band, E., & Weiz, J. (1988). How to fell better when it fells bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24(2), 247-253.

- Barcellos, N. T., Fuchs, S. C., & Fuchs, F. D. (2003). Prevalence of and risk factors for HIV infection in individuals testing for HIV at counseling centers in Brazil. *Sexually Transmitted Diseases, 30*(2), 166-173.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lisboa.
- Baron, R. M., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182.
- Barros, M. N., S. (2002). Adolescência e aids. In: M. L. J. Contini, S. H. Koller & M. N. dos S. Barros (Eds.). *Adolescência e Psicologia: Concepções, práticas e reflexões críticas* (p. 99-111). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Bassols, A. M. S. (2003) *Adolescência e infecção pelo HIV: Situações de risco e proteção, autoconceito e sintomatologia psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas : Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Battles, H. B., & Wiener, L. S. (2002). From adolescence through adulthood: Psychosocial adjustment associated with long-term survival of HIV. *Journal of Adolescence Health, 30*, 161-168.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: How parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*(1), 171-209.
- Brook D. W. (1999). Coping strategies of HIV positive and HIV negative female injection drug users: a longitudinal study. *AIDS Education and Prevention, 11* (5), 373-88.
- Brown, L. K., Schultz, J. R., & Gragg, R. A. (1995). HIV-infected adolescents with hemophilia: Adaptation and coping. *Pediatrics, 96*(3), 459-465.
- Buhrmester, D., & Furman, W. (1987). The development of companionship and intimacy. *Child Development, 58*, 1101-1113.
- Câmara, S. G, & Carlotto, M. S. (2007). *Coping e gênero em adolescentes*. *Psicologia em Estudo, 12*(1), 87-93.
- Canini, S. R. M. S, Reis, R. B., Pereira, L. A., Gir, E., & Pelá, N. T. R (2004). Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: Uma revisão de literatura. *Revista Latino Americana de Enfermagem, 12*(6), 940-945.
- Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W., & Ribeiro, C. G. (2007). Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. *Estudos de Psicologia Campinas, 24*(1), 23-31.
- Colombrini, M. R. C., Lopes, M. H. B. M, & Figueiredo, R. M. (2005). Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem USP, 40*(4), 575-581.

- Compas, B. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127 (1), 87-127.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fundacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 405-411.
- Crum, N. F., Riffenburgh, R. H., Wegner, S., Agan, B. K., Tasker, S. A., Spooner, K. M., Armstrong, A. W., Fraser, S., & Wallace, M. R. (2006). Comparisons of causes of death and mortality rates among HIV-infected persons: Analysis of the pre-, early, and late HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) eras. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(2), 194-200.
- Dell'Aglio, D. D., & Hutz, C. S. (2002). Estratégias de *coping* de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e adultos. *Psicologia USP*, 13(2), 203-225.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.
- Diener, E. (1996). Subjective well-being in cross-cultural perspective. In: H. Grad (Eds.), *Key issues in cross-cultural psychology: Selected papers from the Twelfth International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology* (pp. 319-331). Champaign-Urbana, IL.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 40(1), 71-75.
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 926-935.
- Diener, E., & Lucas, R. (1999) Personality and subjective well-being. In: D. Kahneman, E. Diener, N. Schwarz (Eds.). *Well-Being: the foundations of hedonic psychology*. (pp. 213-229). New York: Russel Sage Foundation.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2003). Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E., Suh, E. M., & Oishi, S. (1997) Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.

- Drotar, D. D., Angle, D. P., Eckl, L., & Thompson, P. A. (1995). Psychological response to HIV positivity in hemophilia. *Pediatrics*, *96*(6), 1062-1069.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality*, *58*(5), 844-854.
- Erikson, E. H. (1976). *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Faria, J. B., Seidl, E. M. F. (2006). Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em estudo*, *11*(1).
- Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*(1), 138-150.
- Flora, J. A., & Thoresen, C. E. (1988). Reducing the risk of AIDS in adolescents. *American Psychologist*, *43*(11), 965-970.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*(1), 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(5), 992-1003.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, *63*(1), 103-115.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology*, *21*(6), 1016-1024.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, *12*(1), 43-50.
- Giacomoni, C. H. (2002). *Bem-Estar Subjetivo Infantil: Conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação*. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(4), 731-739.
- Heckman, T. G. (2003). The chronic illness quality of life (CIQOL) model: Explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology*, *22*(2), 140-147.
- Helsen, M., Volebrgh, W., & Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth Adolescence*, *29*(3), 319-333.

- Herman-Stahl, M. A., Stemmler, M., & Petersen, A. C. (1995). Approach and avoidant coping: Implications for adolescent health. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(6), 649-665.
- Horn, K. R. V., & Marques, J. C. (2000). Interpersonal relationships in Brazilian adolescents. *International Journal of Behavioral Development*, 24(2), 199-203.
- Huebner, E. S. (1991). Initial development of the student's life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12, 229-238.
- Huebner, E. S., Drane, W., & Valois, R. F. (2000). Levels and demographic correlates of adolescent life satisfaction reports. *School Psychology International*, 21(3), 281-292.
- Hutz, C. S., & Nunes, C. H. S. (2001). *Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo- EFN*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kelly, J. A., & Murphy, D. A. (1992). Psychological interventions with AIDS and HIV: Prevention and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 576-585.
- King, G. Delaronde, S. R., Dinoi, R., & Forsberg, A. D. (1996) Substance use, coping and safer sex practices among adolescents with hemophilia and human immunodeficiency virus. *Journal of Adolescence Health*, 18, 435-441.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., & Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35(6), 1268-1282.
- Leite, O. H. M., Malbergier, A., Santos, C. P., Nitrini, R., Mathias, S. C., & Nascimento, V. L. V. (1996). Aspectos Clínicos e tratamentos específicos: Manifestações psicológicas e psiquiátricas. In: A. L. Munhoz, C. R. Kieffer, D. Uip, M. S. Oliveira, & O. H. M. Leite (Eds.). *HIV/AIDS: Perguntas e respostas* (pp. 175-199). São Paulo: Atheneu.
- Lent, R. W. (2004). Toward a unifying theoretical and practical Perspective on well-being and psychosocial adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482-509.
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628.
- Malbergier, A., & Schöffel, A. C. (2001). Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 160-167.
- Maj, M. (1996). Depressive syndromes and symptoms in subjects with human immunodeficiency virus (HIV) infection. *The British Journal of Psychiatry*, 30, 117-122.
- Marques, J. C. (1996). Estilos de relações interpessoais na adolescência. *Psico*, 27(1), 47-57.
- Marques, J. C., & Horn, K. R. V. (2002). Relações interpessoais em pré-adolescentes, adolescentes e universitários brasileiros: Um estudo transcultural. *Psico*, 33(2), 245-272.

- Marques, L. F. (2003). A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(2), 56-65.
- Mccullough, G., Huebner, E. S., & Laughlin, J. E. (2000). Live events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37(3), 281-290.
- McGue, M., Elkins, I., Walden, B., & Iacono, W. G. (2005). Perceptions of the parent-adolescent relationship: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 41(6), 971-984.
- Meijer, S. A., Sinnema, G., Bijstra, J. O., Mellenbergh, G. J., & Wolters, W. H. G. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Social Science & Medicine*, 54, 1453-1461.
- Monteiro, K. C. C., & Lage, A. M. V. (2007). A depressão na adolescência. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 257-265.
- Murphy, D. A., Moscicki, A. B., Vermund, S. H., & Muenz, L. R. (2000). Psychological distress among HIV+ adolescents in the REACH study: Effects of life stress, social support, and coping. *Journal of Adolescence Health*, 27, 391-398.
- Neto, S. B. C., & Araújo, T. C. C. F. (2003). A multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida em saúde. *Estudos Goiânia*, 30(1), 165-179.
- Nickerson, A. B., & Nagle, R. J. (2004). The influence of parent and peer attachments on life satisfaction in middle childhood and early adolescence. *Social Indicators Research*, 66, 35-60.
- Oliveira, J. H. B. (2002). Neuroticismo: Algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica*, 4(20), 647-655.
- Oliveira, H. S. S., Dias, M. R., & Silva, M. I. T. (2005). Adolescentes e AIDS: Fatores que influenciam a intenção de uso do preservativo. *DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 17(1), 32-38.
- ONUSIDA (2004) *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA: Cuarto informe mundial*. Ginebra: ONUSIDA.
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the satisfaction with life scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 149-161.
- Pechansky, F., Bassols, A. M. S., & Diemen, L. V. (2002). Gênero, sexualidade e uso de drogas e adolescentes que realizaram o teste anti-HIV em um centro de testagem gratuita de Porto Alegre. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 24(1), 77-84.

- Perry, M. J., & Mandell, W. (1995). Psychosocial factors associated with the initiation of cocaine use among marijuana users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 91-100.
- Programa Nacional de DST e AIDS (2007). Dados epidemiológicos AIDS. *Boletim Epidemiológico - AIDS e DST*, 4, 1. Brasília: Ministério da Saúde.
- Reppold, C. T., Reppold, L. T., Xavier, A. C. M., & Hutz, C. S. (2004). AIDS pediátrica: Aspectos epidemiológicos, clínicos e socioemocionais da síndrome entre crianças e adolescentes infectados e suas famílias. *Psico*, 35 (1), 79-88.
- Ruzany, M. H., Taquette, S. R., Oliveira, R. G., Meirelles, Z. V., & Ricardo, I. B. (2003) A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS? *Jornal de Pediatria*, 79(4), 349-354.
- Saad, M., Masiero, D., & Battistella. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8(3), 107-112.
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1/2), 183-201.
- Schmidt, C., Dell'Aglio, D. D., & Bosa, C. A. (2007). Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: Lidando com dificuldades e com a emoção. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 124-131.
- Schmutte, P. S., & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 594-559.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C, & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.
- Serafini, A. J., & Bandeira, D. R. (2008). *Satisfação de vida e aspectos relacionados: Uma pesquisa com estudantes do ensino médio*. Manuscript in preparation.
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychology*, 56, 216-217.
- Shulman, S. (1993). Close relationships and coping behavior in adolescence. *Journal of Adolescence*, 16, 267-283.
- Silva, R. A., Horta, B. L., Pontes, L. M., Faria, A. D., Souza, L. D. M., Cruzeiro, A. L. S., & Pinheiro, R. T. (). Bem-estar psicológico e adolescência: Fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(5), 1113-1118.
- Simons-Morton, B., Chen, R., Abroms, L., & Haynie, D. L. (2001). Latent growth curve analyses of peer and parent influences on smoking progression among early adolescents. *Health Psychology*, 23 (6), 612-621.
- Steinberg, L. (1985). *Adolescence*. New York: Alfred A. Knopf.

- Sullivan, H. S. (1974). *La teoria interpersonal de la psiquiatria*. Buenos Aires: Editorial Psique.
- Taquette, S. R., Ruzany, M. H., Meirelles, Z. V., & Ricardo, I. B. (2003). Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, *19*(5), 1437-1444.
- Taquette, S. R., Vilhena, M. M., & Paula, M. C. (2004). Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: Um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, *20*(1), 282-290.
- Urberg, K. A., Degirmencioglu, S. M., Tolson, J. M., & Halliday-Scher, K. (1995). The structure of adolescent peer networks. *Developmental Psychology*, *31*(4), 540-547.
- Vieira, M. A. S., Guimarães, E. M. B., Barbosa, M. A., Turchi, M. D., Alves, M. F. C., Seixas, M. S. C., Garcia, M. M. D., & Minamisava, R. (2004). Fatores associados ao uso de preservativo em adolescentes do gênero feminino no município de Goiânia. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, *16*(3), 77-83.
- Wagner, A., Falcke, D., Silveira, L. M. B. O., & Mosmann, C. P. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo*, *7*(1), 75-80.
- Weaver, K. E., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Durán, R. E. F., Penedo, F., Fernandez, M. I., Ironson, G., & Schneiderman, N. (2004). Perceived stress mediates the effects of coping on the quality of life of HIV – positive women and highly active antiretroviral therapy. *AIDS and Behavior*, *8*(2), 175–183.
- Wiener, L., & Septimus, A. (1991) Psychosocial consideration and support for child and family. In: P.A. Pizzo & C.M. Wilfred (Eds.). *Pediatric AIDS: The challenge of HIV infection in infants, children, and adolescents*. (pp. 577–594) Baltimore: Williams & Wilkins.
- Williams, K., & De Lisi, A. M. (1999). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *537-549*.
- Wills, T. A., Blechman, E. A., & McNamara, G.(1996). Family support, coping, and competence. In: E. M. Hetherington, & E. A. Blechman. *Stress, coping and resiliency in children and families* (pp. 107-133). New York: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Wills, T. A., McNamara, G., & Vaccaro, D. (1995). Parental education related to adolescent stress coping and substance use: development of a mediational model. *Health Psychology*, *14*(5), 464-478.
- Wilson, B. J., & Gottman, J. M.(1996). Attention - The shuttle between emotion and cognition: Risk, resiliency, and physiological bases. In: E. M. Hetherington & E. A. Blechman (Eds.).

Stress, coping and resiliency in children and families (pp. 189-228). New York: Lawrence Erlbaum Publishers.

Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering or adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology, 28*, 522-530.

Wong, M. M., & Csikszentmihalyi, M. (1994). Affiliation motivation and daily experience: Some issues on gender differences. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(1), 154-164.

Yarcheski, A., Mahon, N. E., & Yarchesi, T. J. (2001). Social support and well-being in early adolescents. *Clinical Nursing Research, 10*(2), 163-181.

Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., Oeltmann, J. E., & Drane, J. W. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health, 29*, 279-288.

ANEXOS

Anexo A

Questionário de Dados Sócio-Demográficos para Participantes das Escolas

Participante no. _____

1) Idade _____

2) Sexo: () Feminino () Masculino

3) Escolaridade: Série _____ Grau _____

4) Trabalha? () sim () não Ocupação: _____

5) Ocupação da mãe: _____ Ocupação do pai: _____

6) Posse de Itens:

| Itens | Número de Itens | | | | |
|--|-----------------|---|---|---|--------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Televisão em cores | | | | | |
| Rádio | | | | | |
| Banheiro | | | | | |
| Automóvel | | | | | |
| Empregada mensalista | | | | | |
| Aspirador de pó | | | | | |
| Máquina de lavar | | | | | |
| Videocassete e/ou DVD | | | | | |
| Geladeira | | | | | |
| Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) | | | | | |

7) Qual o grau de instrução do chefe da sua família:

() analfabeto

() primeiro grau incompleto. Estudou até a _____ série do 1º grau.

() primeiro grau completo.

() segundo grau incompleto. Estudou até a _____ série do 2º grau.

() segundo grau completo.

() superior incompleto.

() superior completo.

- 8) Tem irmãos? () sim () não Quantos? _____
- 9) Estado Civil: ()Solteiro ()Casado () Com companheiro () separado () divorciado () viúvo
- 10) Caso seja casado ou more com companheiro(a): Qual a ocupação dele(a): _____
Qual a idade do companheiro(a)/esposa/marido? _____
- 12) Caso seja solteiro, atualmente está namorando? () sim () não
Se sim, há quanto tempo? _____
- 13) Com que idade começou a namorar? _____
- 14) Seu namoro mais longo durou quanto tempo? _____
- 15) Já teve a primeira relação sexual? () sim () não Com que idade? _____
- 16) Tem filho(s)? () sim () não Quantos? _____
- 17) Religião: _____ Praticante: () Sim () Às vezes () Não
- 18) Onde Mora: () casa () abrigo () outros
- 19) Quais as pessoas que moram na tua casa?
() mãe () pai () madrasta () padrasto () irmão(s) () avô/avó
() esposa/marido/companheiro(a) () filho(s) () Outros. Quem?
- 20) Tem alguma doença crônica como diabetes, AIDS, ou outras? () sim () não
Qual doença? _____
- 21) É portador de algum vírus como o vírus da hepatite ou vírus HIV, ou outros? () sim () não
Qual? _____
- 22) Toma alguma medicação? () sim () não
Qual? _____
- 23) Já passou por alguma das situações listadas abaixo?
- | | |
|---|------------------------------------|
| () ficar muito doente | () ser rejeitado pelos familiares |
| () sentimentos de raiva ou depressão | () ser rejeitado pelos amigos |
| () sofrer castigos e punições severas | () usar drogas. |
| () ser estuprado | () sentir muita vontade de morrer |
| () ficar grávida/ a namorada ficar grávida | () tentar se matar |
| () morte de algum amigo próximo. | |
| () ser internado no hospital | |
| () ser preso | |
| () morte de alguém da família. Quem? _____ | |
- 24) O que você gostaria de ser/fazer quando for adulto(a)/no futuro? _____
- 25) Você acha que vai conseguir fazer isso? () sim () não. Por que? _____

Anexo B

Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes – EMSV - A

Gostaríamos de saber o que você pensa sobre a sua vida e coisas que fazem parte dela. Por exemplo: Como você tem se sentindo atualmente? O que você gosta de fazer?

Para cada frase escrita abaixo você deve escolher um dos números que melhor representa o quanto você concorda com que esta frase diz sobre você.

Exemplo:

| | | | | |
|----------------------------------|-----------|---------------|----------|------------|
| Eu gosto de ir ao parque. | | | | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| nem um pouco | bem pouco | mais ou menos | bastante | muitíssimo |

| | |
|---|---|
| 1. Eu me divirto com muitas coisas. (1) (2) (3) (4) (5) | 29. Eu sou uma pessoa bem humorada. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 2. Os outros jovens têm mais amigos do que eu. (1) (2) (3) (4) (5) | 30. Meus amigos ganham mais presentes do que eu. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 3. Gosto da minha vida. (1) (2) (3) (4) (5) | 31. Eu me divirto com as coisas que eu tenho. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 4. Tenho pessoas que me ajudam. (1) (2) (3) (4) (5) | 32. Estou satisfeito com os amigos que tenho. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 5. É bom sair com meus amigos. (1) (2) (3) (4) (5) | 33. Meus professores gostam de mim. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 6. Meus amigos passeiam mais do que eu. (1) (2) (3) (4) (5) | 34. Eu sou esperto. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 7. Estou satisfeito com as coisas que tenho. (1) (2) (3) (4) (5) | 35. Os outros jovens são mais alegres do que eu. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 8. Brigar resolve os problemas. (1) (2) (3) (4) (5) | 36. Gosto de brigas. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 9. Eu me relaciono bem com meus colegas. (1) (2) (3) (4) (5) | 37. Eu me divirto com a minha família. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 10. Eu sou alegre. | 38. Gosto de conversar com meus amigos. |

| | |
|---|--|
| (1) (2) (3) (4) (5) | (1) (2) (3) (4) (5) |
| 11. Meus amigos são mais alegres do que eu. (1) (2) (3) (4) (5) | 39. Eu sou feliz. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 12. Minha família se dá bem. (1) (2) (3) (4) (5) | 40. Eu me sinto calmo, tranquilo. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 13. Meus amigos me ajudam quando eu preciso. (1) (2) (3) (4) (5) | 41. Procuro fazer coisas que me deixam feliz. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 14. Tenho tudo o que preciso. (1) (2) (3) (4) (5) | 42. Meus amigos brigam muito comigo. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 15. Eu gosto das atividades da escola. (1) (2) (3) (4) (5) | 43. Eu sou divertido. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 16. Eu sorrio bastante. (1) (2) (3) (4) (5) | 44. Meus pais são carinhosos comigo. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 17. Preciso receber mais atenção. (1) (2) (3) (4) (5) | 45. Sempre encontro ajuda quando preciso. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 18. Brigo muito com meus amigos. (1) (2) (3) (4) (5) | 46. Eu gosto de ir à escola. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 19. Minha família gosta de mim. (1) (2) (3) (4) (5) | 47. Tenho facilidade para fazer amigos. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 20. Eu me divirto com meus amigos. (1) (2) (3) (4) (5) | 48. Meus amigos se divertem mais do que eu. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 21. Eu gosto de ajudar as pessoas. (1) (2) (3) (4) (5) | 49. Gostaria que a minha família fosse diferente. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 22. Estou satisfeito com a minha vida. (1) (2) (3) (4) (5) | 50. A felicidade está dentro de mim. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 23. Mantenho a calma. (1) (2) (3) (4) (5) | 51. Sou irritado. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 24. Minha família me faz feliz. (1) (2) (3) (4) (5) | 52. Meus amigos gostam de mim. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 25. Eu gostaria que meus amigos fossem diferentes. (1) (2) (3) (4) (5) | 53. Eu me sinto bem na minha escola. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 26. Meus amigos podem fazer mais coisas do que eu. (1) (2) (3) (4) (5) | 54. Minha família me ajuda quando preciso. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 27. Eu fico feliz quando a minha família se reúne. (1) (2) (3) (4) (5) | 55. Eu gosto de mim do jeito que sou. (1) (2) (3) (4) (5) |
| 28. Eu me divirto na escola. (1) (2) (3) (4) (5) | 56. Eu aprendo muitas coisas na escola. (1) (2) (3) (4) (5) |

Anexo C

Inventário de Rede de Relações – IRR

Responda cada uma das perguntas seguintes para cada uma das pessoas que você tem uma relação de parentesco ou amizade. Por exemplo, circule um número para mãe, um número para o pai, etc. Se você não tem um irmão ou namorado, ou qualquer outro tipo de relação, deixe a pergunta em branco. Algumas vezes as respostas podem ser as mesmas para duas ou mais pessoas diferentes, mas na maioria das vezes as respostas variam para pessoas diferentes.

Para cada frase escrita abaixo você deve escolher um dos números da coluna da esquerda que melhor representa o quanto esta frase diz sobre a sua relação com cada uma das pessoas listadas na coluna da direita.

1. Quanto tempo livre você passa com esta pessoa?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nenhum | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algum tempo | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) muito tempo | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitíssimo tempo | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) o máximo de tempo | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). Quem? |

2. Quanto tempo você e esta pessoa ficam chateadas ou brabas um com o outro?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

3. Quanto esta pessoa lhe ensina a fazer coisas que você não sabe fazer?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

4. Qual o seu nível de satisfação na relação que você tem com esta pessoa?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). Quem? |

5. Quanto você conta para essa pessoa suas coisas pessoais?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). Quem? |

6. Quanto você ajuda esta pessoa a fazer coisas que ele/ela não consegue fazer sozinho(a)?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). Quem? |

7. Quanto você acha que esta pessoa gosta de você?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). Quem? |

8. Quanto esta pessoa pune você?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

9. Quanto esta pessoa lhe trata com admiração e respeito?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

10. Quem diz mais freqüentemente o que vocês irão fazer, você ou esta pessoa?

| | |
|--------------------------|--|
| (1) ele/ela quase sempre | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) ele/ela seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) a mesma coisa | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) eu seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) eu quase sempre | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). Quem? |

11. Quanto seguro(a) você está de que esta relação é duradoura?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). Quem? |

12. Quanto você se diverte com esta pessoa?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). Quem? |

13. Quanto você e esta pessoa discutem ou têm desacordos?

| | |
|-------------------|-------------------------|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |

| | |
|-----------------------|--|
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). Quem? |

14. Quanto esta pessoa lhe ajuda a consertar coisas ou compreender situações?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). Quem? |

15. Quanto contente você se sente com seu relacionamento com esta pessoa?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). Quem? |

16. Quanto você conta de seus segredos e sentimentos para esta pessoa?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

17. Quanto você protege esta pessoa e cuida para que as coisas corram bem para ela?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

18. Quanto você acha que esta pessoa realmente se importa contigo?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

19. Quanto esta pessoa lhe disciplina quando você lhe desobedece?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

20. Quanto esta pessoa lhe trata como se você fosse bom/boa em muitas coisas?

| | |
|-------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) sempre | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

21. Entre você e esta pessoa, quem tem mais tendência de ser o “comandante”?

| | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| (1) ele/ela quase sempre | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) ele/ela seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) a mesma coisa | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |

| | |
|---------------------|--|
| (4) eu seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) eu quase sempre | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

22. Quanto você está seguro(a) de que esta relação vai durar apesar das brigas?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) um pouco | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) muito seguro | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitíssimo seguro | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) totalmente seguro | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

23. Quanto seguido vocês saem ou fazem coisas junto(a)s que são divertidas?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

24. Quanto você e esta pessoa discutem?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) o máximo | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

25. Quanto esta pessoa lhe ajuda quando você tem de fazer alguma coisa?

| | |
|-----------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) o máximo | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

26. Quanto a sua relação com esta pessoa é boa?

| | |
|-------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) sempre | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

27. Quanto você fala com esta pessoa coisas que você não quer que os outros saibam?

| | |
|------------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) alguma coisa | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) muitas coisas | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitíssimas coisas | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) tudo | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

28. Você cuida desta pessoa?

| | |
|----------------|--|
| (1) nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) um pouco | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) muito | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitíssimo | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) sempre | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

29. Quanto você acha que esta pessoa tem um sentimento forte de afeição (amor ou carinho) por você?

| | |
|--------------|-------------------------|
| (1) nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) um pouco | (1) (2) (3) (4) (5) pai |

| | |
|-----------------------|--|
| (3) muito | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitíssimo | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) o máximo | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

30. Quanto seguido esta pessoa lhe critica por coisas que você fez e que ela acha que você não deveria ter feito?

| | |
|------------------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) algumas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) muitas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitíssimas vezes | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) sempre | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

31. Quanto esta pessoa gosta ou aprova as coisas que você faz?

| | |
|--------------------------|--|
| (1) pouco ou nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) alguma coisa | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) muito | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitíssimo | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) o máximo | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

32. Na sua relação com esta pessoa, quem é que controla mais o que deve ser feito?

| | |
|---------------------------------|--|
| (1) ele/ela quase sempre | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) ele/ela seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) a mesma coisa | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) eu seguidamente | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) eu quase sempre | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

33. Quanto você está seguro(a) de que esta relação vai durar por muitos anos

| | |
|------------------------------|--|
| (1) nada | (1) (2) (3) (4) (5) mãe |
| (2) um pouco | (1) (2) (3) (4) (5) pai |
| (3) muito seguro | (1) (2) (3) (4) (5) melhor amigo(a) |
| (4) muitíssimo seguro | (1) (2) (3) (4) (5) namorado(a); marido(esposa)/companheiro(a) |
| (5) totalmente seguro | (1) (2) (3) (4) (5) Outro(a). |

Anexo D

Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus

Gostaríamos de saber como você lida com situações de *stress*. O *stress* ocorre quando você percebe que algum acontecimento é difícil ou lhe causa problemas, porque é maior do que você acha que pode suportar, ameaçando seu bem-estar. Esse acontecimento pode envolver você, sua família, seus amigos, sua escola ou trabalho, ou então outra coisa que seja importante para você.

Agora, pense em uma situação de maior *stress* pela qual você tenha passado ao longo de sua vida. Por favor descreva-a em poucas palavras: _____

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de *stress*. Leia cada uma delas e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação estressante que você descreveu acima, de acordo com a seguinte classificação:

- | |
|-------------------------------|
| (0) não usei essa estratégia |
| (1) usei um pouco |
| (2) usei bastante |
| (3) usei em grande quantidade |

| | |
|---|-----------------|
| 1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo. | (0) (1) (2) (3) |
| 2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor. | (0) (1) (2) (3) |
| 3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair. | (0) (1) (2) (3) |
| 4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio. | (0) (1) (2) (3) |
| 5. Procurei tirar alguma vantagem da situação. | (0) (1) (2) (3) |
| 6. Fiz alguma coisa que acreditava que não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa. | (0) (1) (2) (3) |
| 7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar as suas idéias. | (0) (1) (2) (3) |
| 8. Conversei com outras pessoas sobre o problema procurando mais dados sobre a situação. | (0) (1) (2) (3) |
| 9. Me critiquei, me repreendi. | (0) (1) (2) (3) |
| 10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando outras opções. | (0) (1) (2) (3) |
| 11. Esperei que um milagre acontecesse. | (0) (1) (2) (3) |
| 12. Concordei com o fato, aceitei meu destino. | (0) (1) (2) (3) |
| 13. Fiz como se nada tivesse acontecido. | (0) (1) (2) (3) |
| 14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos | (0) (1) (2) (3) |
| 15. Procurei encontrar o lado bom da situação. | (0) (1) (2) (3) |

| | |
|--|-----------------|
| 16. Dormi mais que o normal. | (0) (1) (2) (3) |
| 17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema. | (0) (1) (2) (3) |
| 18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas. | (0) (1) (2) (3) |
| 19. Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a me sentir bem. | (0) (1) (2) (3) |
| 20. Me inspirei a fazer algo criativo. | (0) (1) (2) (3) |
| 21. Procurei esquecer a situação desagradável. | (0) (1) (2) (3) |
| 22. Procurei ajuda profissional. | (0) (1) (2) (3) |
| 23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva. | (0) (1) (2) (3) |
| 24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa. | (0) (1) (2) (3) |
| 25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos. | (0) (1) (2) (3) |
| 26. Fiz um plano de ação e o segui. | (0) (1) (2) (3) |
| 27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado. | (0) (1) (2) (3) |
| 28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos. | (0) (1) (2) (3) |
| 29. Compreendi que o problema foi provocado por mim. | (0) (1) (2) (3) |
| 30. Saí da experiência melhor do que eu esperava. | (0) (1) (2) (3) |
| 31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema. | (0) (1) (2) (3) |
| 32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema. | (0) (1) (2) (3) |
| 33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação. | (0) (1) (2) (3) |
| 34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado. | (0) (1) (2) (3) |
| 35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir meu impulso. | (0) (1) (2) (3) |
| 36. Encontrei novas crenças. | (0) (1) (2) (3) |
| 37. Mantive meu orgulho não demonstrando meus sentimentos. | (0) (1) (2) (3) |
| 38. Redescobri o que é importante na vida. | (0) (1) (2) (3) |
| 39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final. | (0) (1) (2) (3) |
| 40. Procurei fugir das pessoas em geral. | (0) (1) (2) (3) |
| 41. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação. | (0) (1) (2) (3) |
| 42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos. | (0) (1) (2) (3) |
| 43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação. | (0) (1) (2) (3) |
| 44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela. | (0) (1) (2) (3) |
| 45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo. | (0) (1) (2) (3) |
| 46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria. | (0) (1) (2) (3) |
| 47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s). | (0) (1) (2) (3) |
| 48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar. | (0) (1) (2) (3) |
| 49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário. | (0) (1) (2) (3) |
| 50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo. | (0) (1) (2) (3) |
| 51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez. | (0) (1) (2) (3) |
| 52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema. | (0) (1) (2) (3) |
| 53. Aceitei, nada poderia ser feito. | (0) (1) (2) (3) |
| 54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo | (0) (1) (2) (3) |
| 55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como me senti. | (0) (1) (2) (3) |
| 56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma. | (0) (1) (2) (3) |

| | |
|--|-----------------|
| 57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava. | (0) (1) (2) (3) |
| 58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse. | (0) (1) (2) (3) |
| 59. Tinha fantasias de como as coisas | (0) (1) (2) (3) |
| 60. Rezei. | (0) (1) (2) (3) |
| 61. Me preparei para o pior. | (0) (1) (2) (3) |
| 62. Analisei mentalmente o que dizer e o que fazer. | (0) (1) (2) (3) |
| 63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo. | (0) (1) (2) (3) |
| 64. Procurei ver as coisas sobre o ponto de vista da outra pessoa. | (0) (1) (2) (3) |
| 65. Eu disse a mim mesmo(a) “que as coisas poderiam ter sido piores”. | (0) (1) (2) (3) |
| 66. Corri ou fiz exercícios | (0) (1) (2) (3) |

Anexo E

Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do RS

Of. CEPS/ESP –091/2006

Porto Alegre, 24 de outubro de 2006.

Senhora Pesquisadora

O Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, apreciou e **aprovou** o seu protocolo de pesquisa intitulado: **“Satisfação de vida em adolescentes portadores e não portadores do vírus da Imunodeficiência Humana-HIV”**, considerando que o mesmo tem relevância para a ciência e está metodológica e eticamente adequado.

Solicitamos que, após a conclusão da pesquisa seja encaminhada uma cópia ao Comitê de Ética da ESP/SES.



Nara Regina Moura de Castilhos
Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
ESP/SES/RS

Ilma. Sra.
Adriana Jung Serafini
Instituto de Psicologia da UFRGS
N/C

Av. Ipiranga, 6311 - Bairro Partenon - CEP 90.610-001 - Porto Alegre - RS
Telefone: (51) 3339.1155 - Fax: 3336.8142 - E-mail: esp@saude.rs.gov.br

Anexo F

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - estudantes com idade a partir de 18 anos

A escola _____, na qual você está cursando a _____ do _____, estará colaborando nos próximos dias com uma pesquisa de doutorado do Instituto de Psicologia da UFRGS, que vem sendo realizada pela psicóloga Adriana Jung Serafini (CRP 07/10552). O objetivo da pesquisa é entender o quanto os jovens sentem-se satisfeitos com suas vidas. Será avaliado também como as relações que os jovens estabelecem com outras pessoas (por exemplo, familiares e amigos), e a forma como encaram os problemas pelos quais passam, podem interferir nessa avaliação que fazem de suas vidas. Para isso serão aplicados 5 (cinco) questionários.

A sua participação nessa pesquisa não irá trazer prejuízos para as suas atividades escolares e você poderá desistir de fazer parte do estudo em qualquer momento. A aplicação dos questionários ocorrerá em dia e horário que será cedido pela escola, a qual concorda com a realização da pesquisa. O nome das pessoas que participarem desse estudo será guardado em segredo, e os dados obtidos através dos questionários não serão divulgados. Tais dados serão utilizados apenas para atividades científicas. Após a conclusão da pesquisa a escola receberá os resultados de uma forma geral, não sendo expostas informações individuais dos participantes.

Desse modo, solicitamos a sua participação em nossa pesquisa. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo são a doutoranda Adriana Jung Serafini e a Professora Doutora Denise Ruschel Bandeira. Outras informações ou esclarecimentos podem ser obtidos pelo telefone 3316.5352.

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa acima descrita.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - estudantes com idade inferior a 18 anos

A escola _____, na qual seu filho está cursando a _____ do _____, estará colaborando nos próximos dias com uma pesquisa de doutorado do Instituto de Psicologia da UFRGS, que vem sendo realizada pela psicóloga Adriana Jung Serafini (CRP 07/10552). O objetivo da pesquisa é entender o quanto os adolescentes sentem-se satisfeitos com suas vidas. Será avaliado também como as relações que os jovens estabelecem com outras pessoas (por exemplo, familiares e amigos) e a forma como encaram os problemas pelos quais passam podem interferir nessa avaliação que fazem de suas vidas. Para isso serão aplicados 5 (cinco) questionários.

A participação dos alunos nessa pesquisa não irá trazer prejuízos para as suas atividades escolares e o aluno poderá desistir de fazer parte do estudo em qualquer momento. A aplicação dos questionários ocorrerá em dia e horário que será cedido pela escola, a qual concorda com a realização da pesquisa. A identidade dos adolescentes que participarem desse estudo será guardada em segredo, e os dados obtidos através dos questionários não serão divulgados. Tais dados serão utilizados apenas para atividades científicas. Após a conclusão da pesquisa a escola receberá os resultados de uma forma geral, não sendo expostas informações individuais dos participantes.

Desse modo, solicitamos a sua autorização para a participação do aluno sob sua responsabilidade, em nossa pesquisa. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo são a doutoranda Adriana Jung Serafini e a Professora Doutora Denise Ruschel Bandeira. Outras informações ou esclarecimentos podem ser obtidos pelo telefone 3316.5352.

Autorizo o aluno(a) _____ a participar da pesquisa acima descrita.

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável: _____

Questionário de dados sócio-demográficos para os participantes portadores do HIV

Participante no. _____

1) Idade _____

2) Sexo: () Feminino () Masculino

3) Escolaridade: Série _____ Grau _____

4) Tipo de escola () pública () privada

5) Trabalha? () sim () não Ocupação: _____

6) Ocupação da mãe: _____ Ocupação do pai: _____

7) Posse de Itens:

| Itens | Número de Itens | | | | |
|--|-----------------|---|---|---|--------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Televisão em cores | | | | | |
| Rádio | | | | | |
| Banheiro | | | | | |
| Automóvel | | | | | |
| Empregada mensalista | | | | | |
| Aspirador de pó | | | | | |
| Máquina de lavar | | | | | |
| Videocassete e/ou DVD | | | | | |
| Geladeira | | | | | |
| Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) | | | | | |

8) Grau de Instrução do Chefe da Família

() analfabeto

() primeiro grau incompleto. Estudou até a _____ série do 1º grau.

() primeiro grau completo.

() segundo grau incompleto. Estudou até a _____ série do 2º grau.

() segundo grau completo.

() superior incompleto.

() superior completo.

9) Tem irmãos? () sim () não Quantos? _____

10) Estado Civil: () Solteiro () Casado () Com companheiro () separado () divorciado () viúvo

11) Caso seja casado ou more com companheiro(a): Qual a ocupação dele(a): _____

Qual a idade do companheiro(a)/esposa/marido? _____

12) Caso seja solteiro, atualmente está namorando? () sim () não

Se sim, há quanto tempo? _____

13) Com que idade começou a namorar? _____

- 14) Seu namoro mais longo durou quanto tempo? _____
- 15) Já teve a primeira relação sexual? () sim () não Com que idade? _____
- 16) Tem filho(s)? () sim () não Quantos? _____
- 17) Religião: _____ Praticante: () Sim () Às vezes () Não
- 18) Onde Mora: () casa () abrigo () outros
- 19) Quais as pessoas que moram na tua casa?
 () mãe () pai () madrasta () padrasto () irmão(s) () avô/avó () filho(s)
 () esposa/marido/companheiro(a) () Outros. Quem? _____
- 20) Há quanto tempo recebeu o diagnóstico de HIV positivo? _____
- 21) Motivo do contágio pelo vírus HIV: () relação sexual () uso de seringa contaminada
 () transfusão de sangue () infectado pela mãe na gravidez ou parto () outro: _____
- 22) Quem mais sabe do diagnóstico? () mãe () pai () irmã/irmão () namorado(a)
 () marido/esposa/companheiro(a) () melhor amigo(a) () outros amigos(as) () professor
 () colegas de escola/trabalho () Outro(s) Quem? _____
- 23) Toma alguma medicação? () sim () não
 Qual? _____
- Tem efeitos colaterais? () sim () não Quais? _____
- 24) Teve alguma doença desde que soube que tem o vírus HIV? () sim () não Quais? _____
-
- 25) Teve alterações dos seus hábitos de vida por causa do HIV (ex: do sono, alimentação...)?
 () sim () não Quais? _____
- 26) Já passou por alguma das situações listadas abaixo?
 () ficar muito doente
 () Sentimentos de raiva ou depressão
 () sofrer castigos e punições severas
 () ser estuprado
 () morte de alguém da família. Quem? _____
 () ficar grávida/ a namorada ficar grávida
 () ser preso
 () morte de algum amigo próximo.
 () ser internado no hospital
 () ser rejeitado pelos familiares por ser portador do vírus HIV
 () ser rejeitado pelos amigos por ser portador do vírus HIV
 () usar drogas
 () ter uma vontade muito grande de morrer
 () tentar se matar
- 27) O que você gostaria de ser/fazer quando for adulto(a)/no futuro? _____
- 28) Você acha que vai conseguir fazer isso? () sim () não. Por que? _____

Anexo I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – jovens portadores do HIV com idade a partir de 18 anos

Através do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, estamos realizando uma pesquisa com o objetivo entender o quanto os jovens portadores do vírus HIV sentem-se satisfeitos com suas vidas. Será avaliado também como as relações que os jovens estabelecem com outras pessoas (por exemplo, familiares e amigos) e a forma como encaram os problemas pelos quais passam, podem interferir nessa avaliação que os jovens fazem de suas vidas. Para isso serão aplicados 5 (cinco) questionários.

A sua participação nessa pesquisa é voluntária e você pode desistir de fazer parte do estudo em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo ao atendimento recebido na sua instituição de assistência. A identidade dos jovens que participarem desse estudo será guardada em segredo, e os dados obtidos através dos questionários não serão divulgados. Tais dados serão utilizados apenas para atividades científicas. Após a conclusão da pesquisa a instituição de assistência receberá os resultados de uma forma geral, não sendo expostas informações individuais dos participantes.

Desse modo, solicitamos a sua participação em nossa pesquisa. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo são as psicólogas Adriana Jung Serafini e Denise Ruschel Bandeira. Outras informações ou esclarecimentos podem ser obtidos pelo telefone 3316.5352.

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa acima descrita.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Anexo J

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - jovens portadores do HIV com idade inferior a 18 anos

Através do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de entender o quanto os jovens portadores do vírus HIV sentem-se satisfeitos com suas vidas. Será avaliado também como as relações que os jovens estabelecem com outras pessoas (por exemplo, familiares e amigos) e a forma como encaram os problemas pelos quais passam, podem interferir nessa avaliação que os jovens fazem de suas vidas. Para isso serão aplicados 5 (cinco) questionários.

A participação do adolescente nessa pesquisa é voluntária e ele pode desistir de fazer parte do estudo em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo ao atendimento recebido na sua instituição de assistência. A identidade dos adolescentes que participarem desse estudo será guardada em segredo, e os dados obtidos através dos questionários não serão divulgados. Tais dados serão utilizados apenas para atividades científicas. Após a conclusão da pesquisa a instituição de assistência receberá os resultados de uma forma geral, não sendo expostas informações individuais dos participantes.

Desse modo, solicitamos a sua autorização para a participação do adolescente sob sua responsabilidade em nossa pesquisa. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo são as psicólogas Adriana Jung Serafini e Denise Ruschel Bandeira. Outras informações ou esclarecimentos podem ser obtidos pelo telefone 3316.5352.

Autorizo _____ a participar da pesquisa acima descrita.

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do responsável: _____