



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**EFEITOS DE INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL SOBRE A
PERCEPÇÃO DE DOENÇA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

Graziela Sousa Nogueira

Brasília, fevereiro de 2016.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**EFEITOS DE INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL SOBRE A
PERCEPÇÃO DE DOENÇA DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

Graziela Sousa Nogueira

Área de concentração: Psicologia da Saúde

Linha de pesquisa: Processo saúde-doença

ORIENTADORA: Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl

Brasília, fevereiro de 2016.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

NN778e Nogueira, Graziela Sousa
Efeitos de intervenção cognitivo-comportamental
sobre a percepção de doença de pessoas que vivem com
HIV/aids / Graziela Sousa Nogueira; orientador
Eliane Maria Fleury Seidl. -- Brasília, 2016.
193 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Processos de
Desenvolvimento Humano e Saúde) -- Universidade de
Brasília, 2016.

1. HIV/aids. 2. Percepção de doença. 3. Intervenção
cognitivo-comportamental. I. Seidl, Eliane Maria
Fleury, orient. II. Título.

TESE APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl - Presidente
Universidade de Brasília (UnB) - Instituto de Psicologia

Prof. Dr. Gorki Grinberg - Membro
Universidade de Brasília (UnB) - Faculdade de Medicina

Profa. Dra. Juciléia Rezende Sousa - Membro
Hospital Universitário de Brasília (HUB)

Profa. Dra. Caroline Branco Salles - Membro
Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB)

Profa. Dra. Maristela Rossato - Membro
Universidade de Brasília (UnB) - Instituto de Psicologia

Profa. Dra. Marina Kohlsdorf - Suplente
Centro Universitário de Brasília (UNICEUB)

Brasília, fevereiro de 2016.

“Um cientista ou um psicólogo não nasce do nada, não é fruto só de sua genética, de seu próprio cérebro, de sua educação formal, ou dos livros que lê, mas sim, e principalmente, é o resultado da influência que recebeu de seus mestres” (Gorayeb, 2010).

Agradecimentos

Após essa longa jornada faço uma retrospectiva e sou tomada por um sentimento de imensa gratidão por todos aqueles que me apoiaram, incentivaram e, assim, contribuíram para a finalização de mais essa etapa.

Inicialmente agradeço aos meus pais, João Domingos Nogueira e Marlene Sousa Nogueira, sem eles essa empreitada provavelmente não seria possível. Sempre priorizaram e investiram na minha educação e foram fontes fundamentais de apoio emocional.

Agradeço imensamente ao meu esposo, Raphael Fernandes Lima, por seu companheirismo, incentivo e respeito às minhas escolhas profissionais e acadêmicas. Do nosso amor e amizade retirei muitas vezes a força e a confiança para prosseguir.

Também agradeço aos meus irmãos e sobrinhos pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência, bem como aos amigos que foram fontes inesgotáveis de suporte social e contribuíram de maneira valorosa para o meu bem-estar emocional nos momentos em que os desafios pareciam grandes demais para serem superados, entre eles faço um agradecimento especial à minha amiga Caroline Amado Gobatto.

Agradecimentos mais que especiais são dirigidos à minha querida orientadora, Prof. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl, que acreditou no meu potencial desde o nosso primeiro contato, que fez diferença na minha formação e contribuiu com grande louvor para a consolidação da minha identidade profissional e acadêmica.

Minha eterna gratidão e admiração também é dirigida ao grupo de docentes e profissionais de psicologia da saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP, especialmente Profa. Carla Rodrigues Zanin e à Prof. Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki que me ensinaram muito sobre essa área de atuação e proporcionaram um incentivo fundamental para que prosseguisse rumo aos crescimento profissional e acadêmico.

Outros agradecimentos também são destinados às auxiliares de pesquisa e aos pacientes que se dispuseram a participar da pesquisa, sem elas esse trabalho não seria possível. Ademais agradeço à banca examinadora dessa tese que aceitou gentilmente o convite para compô-la. Finalmente, meus agradecimentos vão para o Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico (CNPq) pelo apoio financeiro.

Resumo

Existe uma carência de estudos que investigam a efetividade de intervenções psicológicas em relação à percepção de doença de pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA). Assim, o objetivo geral desse estudo foi avaliar os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental sobre a percepção de doença de PVHA. Participaram da pesquisa 11 pessoas em tratamento antirretroviral acompanhadas por serviços de saúde do Distrito Federal, que compuseram três grupos: grupo experimental 1 (GE 1) (recebeu a intervenção cognitivo-comportamental em grupo) ($n = 3$); grupo experimental 2 (GE 2) (fez apenas a leitura de um manual psicoeducativo sobre HIV/aids, especialmente desenvolvido para o estudo) ($n = 5$); e grupo controle (GC) (não recebeu nenhuma das intervenções mencionadas) ($n = 3$). A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário de Brasília. O delineamento do estudo foi misto, quase-experimental e longitudinal. Inicialmente, foi conduzida a linha de base (etapa 1), na qual os participantes da pesquisa, selecionados por conveniência, responderam aos instrumentos: questionário sociodemográfico e médico-clínico, entrevista para avaliação da percepção de doença, Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (*Brief IPQ*), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), Escala de Autoeficácia para Seguir Prescrição Antirretroviral e monitoramento dos níveis de CD4 e carga viral, por meio do prontuário. Na etapa seguinte (etapa 2) foi conduzida a intervenção cognitivo-comportamental para o GE 1, composta de seis encontros de aproximadamente duas horas, na qual foi utilizado o manual psicoeducativo e estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais. Logo após a intervenção cognitivo-comportamental os participantes do GE 1 e do GC responderam novamente aos instrumentos da pesquisa (etapa 3). Já o GE 2, após responder aos instrumentos da linha de base, levou o manual psicoeducativo sobre HIV/aids para sua residência para leitura (etapa 2), retornando após 15 dias para nova avaliação (etapa 3). Todos os participantes da pesquisa responderam novamente os instrumentos após seis meses (etapa 4) e após um ano (etapa 5). Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais dos dados por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18,5, bem como análises qualitativas baseadas no método de Bardin. Os resultados indicaram uma tendência à redução do escore médio de percepção de doença no decorrer da pesquisa nos GE 1 (1ª avaliação = 32; 2ª avaliação = 32; 3ª avaliação = 30,3; e 4ª avaliação = 29,3) e GE 2 (1ª avaliação = 28,2; 2ª avaliação = 29,8; 3ª avaliação = 24,4; e 4ª avaliação = 24), tendência não observada no GC (1ª avaliação = 27,3; 2ª avaliação = 30; 3ª avaliação = 25; e 4ª avaliação = 27,7). A análise da entrevista sobre percepção de doença evidenciou efeitos positivos sobre componentes de representação cognitiva e emocional da doença nos GE 1 e GE 2. Nesses dois grupos também ocorreram efeitos positivos sobre as variáveis: ansiedade, enfrentamento e autoeficácia. Apenas o GE 1 obteve redução expressiva de sintomas de depressão. Não ocorreram alterações relevantes nos níveis de CD4 e carga viral. Não foram encontradas diferenças estaticamente significativas entre os grupos e nas variáveis investigadas no decorrer da pesquisa. Em contrapartida, houve relatos de efeitos positivos da intervenção cognitivo-comportamental por todos os participantes do GE 1. Conclui-se que a intervenção cognitivo-comportamental acarretou efeitos positivos sobre variáveis psicológicas de PVHA, sendo superior à leitura exclusiva do manual. Espera-se que este estudo contribua para a implementação de intervenções psicológicas que modifiquem a percepção de doença de maneira a reduzir o sofrimento psíquico, favorecendo a adaptação à enfermidade.

Palavras-chave: HIV/aids, percepção de doença, intervenção cognitivo-comportamental.

Abstract

There is a lack of studies investigating the effectiveness of psychological interventions related to the illness perception of people living with HIV/SIDA (PLWHA). Thus, the main objective of this study was to evaluate the effects of a cognitive-behavioral intervention on the illness perception of PLWHA. The participants of the research were 11 people on antiretroviral treatment accompanied by health services in the Federal District, which composed three groups: experimental group 1 (GE 1) (received cognitive behavioral intervention in group) (n = 3); experimental group 2 (GE 2) (only read the psychoeducational manual on HIV/AIDS, developed especially for the study) (n = 5); and control group (CG) (did not receive neither of the mentioned interventions) (n = 3). The research was conducted at the University Hospital of Brasilia. The study design was mixed, quasi-experimental and longitudinal. Initially, the baseline was conducted (step 1), in which research participants, selected by convenience, answered the instruments: sociodemographic and medical-clinical questionnaire, interview to evaluate the illness perception, Illness Perception Questionnaire Brief Version (Brief IPQ), Hospital Anxiety and Depression (HADS) Scale, Coping Scale (EMEP) (Brazilian version), Self-efficacy Scale for Following Antiretroviral Prescription and monitoring of CD4 levels and viral load through of the records. The next step (step 2) was conducted the cognitive-behavioral intervention for the GE 1, composed of six meetings of approximately two hours, in which was used the psychoeducational manual and strategies and techniques cognitive-behavioral. Immediately after the cognitive-behavioral intervention the participants of the GE 1 and GC answered again the research instruments (step 3). On the other hand, the GE 2, after answering the instruments in baseline, carried the psychoeducational manual on HIV/SIDA to residence for reading (step 2), returning after 15 days for new evaluation (step 3). All participants of the research answered again the instruments after six months (step 4) and after one year (step 5). Descriptive and inferential statistics analyses of the data were performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 18.5, as well as qualitative analysis based on Bardin method. The results showed a tendency to decrease of the average score of illness perception during the research on GE 1 (1st assessment = 32; 2nd evaluation = 32; 3rd assessment = 30.3, and 4th assessment = 29.3) and GE 2 (1st assessment = 28.2; 2nd evaluation = 29.8; 3rd assessment = 24.4, and 4th assessment = 24), a trend not observed in the GC (1st assessment = 27.3; 2nd evaluation = 30; 3rd assessment = 25; and 4th assessment = 27.7). The analysis of the interview about illness perception revealed positive effects on components of cognitive and emotional representation of the disease in GE 1 and GE 2. In both groups there were also positive effects on the variables: anxiety, coping and self-efficacy. Only the GE 1 obtained significant reduction of depression symptoms. It was not found statistically significant changes in CD4 levels and viral load. It were not found statistically significant differences between the groups and on the variables investigated in the course of the study. In contrast, there were reports of the positive effects of cognitive-behavioral intervention by all participants in the GE 1. It was concluded that cognitive-behavioral intervention resulted in positive effects on psychological variables of PLWHA, being superior to the exclusive manual reading. It is expected that this study will contribute to the implementation of psychological interventions that change the illness perception in order to reduce the psychological distress, promoting adaptation to illness.

Keywords: HIV/SIDA, illness perception, cognitive-behavioral intervention.

Sumário

Resumo	VII
Abstract	VIII
Lista de Tabelas	XV
Lista de Figuras	XVI
Lista de Siglas	XVII
Introdução	1
Capítulo 1. Revisão de literatura	3
1.1 HIV/aids: histórico, características gerais, perfil epidemiológico, tratamento e manifestações psicossociais	3
1.1.1 Histórico e características gerais do HIV/aids	3
1.1.2 Perfil epidemiológico	4
1.1.3 Terapia antirretroviral (TARV) e a adesão ao tratamento	6
1.1.4 Manifestações psicossociais no contexto de infecção pelo HIV	9
1.2 Modelos de autorregulação do comportamento	12
1.2.1 Teoria Social Cognitiva	13
1.2.2 Modelos de enfrentamento	14
1.2.3 Modelo de Crenças em Saúde	15
1.2.4 Modelo de Processamento de Informação Social-Cognitivo em Saúde	15
1.2.5 Modelo de Autorregulação de Leventhal	16
1.2.5.1 Percepção de doença e HIV/aids	18
1.3 Terapia cognitivo-comportamental (TCC)	20
1.3.1 Contexto histórico	20
1.3.2 Conceitos e pressupostos teórico	22
1.3.3 Aplicação da TCC em PVHA	23
1.3.3.1 Revisão de literatura: efeitos da TCC sobre variáveis psicológicas de PVHA	27
1.4 Justificativa do estudo	31
Capítulo 2. Objetivos	32
2.1 Questões de pesquisa	32
2.2 Objetivo geral	32
2.3 Objetivos específicos	32
Capítulo 3. Método	34
3.1 Participantes	34
3.1.1 Caracterização sociodemográfica e médico-clínica	34

3.1.1.1 Caracterização sociodemográfica e médico-clínica da amostra global	34
3.1.1.2 Caracterização sociodemográfica e médico-clínica por grupo (grupo experimental 1, grupo experimental 2 e grupo controle)	35
3.1.1.2.1 Grupo experimental 1	35
3.1.1.2.2 Grupo experimental 2	36
3.1.1.2.3 Grupo controle	37
3.2 Local e período de coleta de dados	40
3.3 Delineamento do estudo	40
3.4 Instrumentos	40
3.5 Procedimentos	43
3.5.1 Etapa preliminar do estudo: elaboração de manual psicoeducativo sobre percepção de doença e estudo piloto	43
3.5.1.1 Elaboração de manual psicoeducativo sobre percepção de doença	43
3.5.1.2 Estudo piloto	43
3.5.2 Avaliação inicial (linha de base/etapa 1)	44
3.5.3 Intervenção cognitivo-comportamental em grupo e leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids (etapa 2)	45
3.5.3.1 Intervenção cognitivo-comportamental em grupo	45
3.5.3.1.1 Primeira sessão	45
3.5.3.1.2 Segunda sessão	46
3.5.3.1.3 Terceira sessão	47
3.5.3.1.4 Quarta sessão	47
3.5.3.1.5 Quinta sessão	48
3.5.3.1.6 Sexta sessão	48
3.5.3.2 Leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids	50
3.5.4 Avaliação pós-intervenção (etapas 3, 4 e 5)	50
3.6 Análise dos dados	51
Capítulo 4. Resultados	52
4.1 Estudo piloto	52
4.1.1 Avaliação do manual psicoeducativo sobre HIV/aids	52
4.1.2 Avaliação do protocolo de pesquisa	53
4.2 Resultados quantitativos e qualitativos das etapas 1, 3, 4 e 5	53
4.2.1 Percepção de doença	53
4.2.1.1 Grupo experimental 1	53
4.2.1.1.1 Primeira avaliação de percepção de doença do GE 1	53
4.2.1.1.2 Segunda avaliação de percepção de doença do GE 1	55

4.2.1.1.3 Terceira avaliação de percepção de doença do GE 1	57
4.2.1.1.4 Quarta avaliação de percepção de doença do GE 1	58
4.2.1.2 Grupo experimental 2	62
4.2.1.2.1 Primeira avaliação de percepção de doença do GE 2	62
4.2.1.2.2 Segunda avaliação de percepção de doença do GE 2	63
4.2.1.2.3 Terceira avaliação de percepção de doença do GE 2	65
4.2.1.2.4 Quarta avaliação de percepção de doença do GE 2	66
4.2.1.3 Grupo controle	70
4.2.1.3.1 Primeira avaliação de percepção de doença do GC	70
4.2.1.3.2 Segunda avaliação de percepção de doença do GC	71
4.2.1.3.3 Terceira avaliação de percepção de doença do GC	72
4.2.1.3.4 Quarta avaliação de percepção de doença do GC	73
4.2.2 Ansiedade e depressão	76
4.2.2.1 Grupo experimental 1	76
4.2.2.1.1 Primeira avaliação de ansiedade de depressão do GE 1	76
4.2.2.1.2 Segunda avaliação de ansiedade de depressão do GE 1	76
4.2.2.1.3 Terceira avaliação de ansiedade de depressão do GE 1	76
4.2.2.1.4 Quarta avaliação de ansiedade de depressão do GE 1	77
4.2.2.2 Grupo experimental 2	77
4.2.2.2.1 Primeira avaliação de ansiedade de depressão do GE 2	77
4.2.2.2.2 Segunda avaliação de ansiedade de depressão do GE 2	77
4.2.2.2.3 Terceira avaliação de ansiedade de depressão do GE 2	77
4.2.2.2.4 Quarta avaliação de ansiedade de depressão do GE 2	78
4.2.2.3 Grupo controle	78
4.2.2.3.1 Primeira avaliação de ansiedade de depressão do GC	78
4.2.2.3.2 Segunda avaliação de ansiedade de depressão do GC	79
4.2.2.3.3 Terceira avaliação de ansiedade de depressão do GC	79
4.2.2.3.4 Quarta avaliação de ansiedade de depressão do GC	79
4.2.3 Enfrentamento	81
4.2.3.1 Grupo experimental 1	81
4.2.3.1.1 Primeira avaliação de enfrentamento do GE 1	81
4.2.3.1.2 Segunda avaliação de enfrentamento do GE 1	81
4.2.3.1.3 Terceira avaliação de enfrentamento do GE 1	81
4.2.3.1.4 Quarta avaliação de enfrentamento do GE 1	82
4.2.3.2 Grupo experimental 2	83
4.2.3.2.1 Primeira avaliação de enfrentamento do GE 2	83
4.2.3.2.2 Segunda avaliação de enfrentamento do GE 2	83

4.2.3.2.3 Terceira avaliação de enfrentamento do GE 2	83
4.2.3.2.4 Quarta avaliação de enfrentamento do GE 2	84
4.2.3.3 Grupo controle	85
4.2.3.3.1 Primeira avaliação de enfrentamento do GC	85
4.2.3.3.2 Segunda avaliação de enfrentamento do GC	85
4.2.3.3.3 Terceira avaliação de enfrentamento do GC.....	86
4.2.3.3.4 Quarta avaliação de enfrentamento do GC	86
4.2.4 Autoeficácia para tomar os antirretrovirais.....	87
4.2.4.1 Grupo experimental 1	87
4.2.4.1.1 Primeira avaliação de autoeficácia do GE 1	87
4.2.4.1.2 Segunda avaliação de autoeficácia do GE 1	87
4.2.4.1.3 Terceira avaliação de autoeficácia do GE 1.....	87
4.2.4.1.4 Quarta avaliação de autoeficácia do GE 1	87
4.2.4.2 Grupo experimental 2	88
4.2.4.2.1 Primeira avaliação de autoeficácia do GE 2	88
4.2.4.2.2 Segunda avaliação de autoeficácia do GE 2	88
4.2.4.2.3 Terceira avaliação de autoeficácia do GE 2.....	88
4.2.4.2.4 Quarta avaliação de autoeficácia do GE 2	88
4.2.4.3 Grupo controle	88
4.2.4.3.1 Primeira avaliação de autoeficácia do GC	88
4.2.4.3.2 Segunda avaliação de autoeficácia do GC	88
4.2.4.3.3 Terceira avaliação de autoeficácia do GC.....	89
4.2.4.3.4 Quarta avaliação de autoeficácia do GC.....	89
4.2.5 Contagem de linfócitos T CD4 e da carga viral plasmática.....	89
4.2.5.1 Grupo experimental 1	89
4.2.5.1.1 Primeira contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 1	89
4.2.5.1.2 Segunda contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 1	90
4.2.5.1.3 Terceira contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 1	90
4.2.5.1.4 Quarta contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 1	90
4.2.5.2 Grupo experimental 2	90
4.2.5.2.1 Primeira contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 2	90
4.2.5.2.2 Segunda contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do	

GE 2	91
4.2.5.2.3 Terceira contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 2	91
4.2.5.2.4 Quarta contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 2	91
4.2.5.3 Grupo controle	92
4.2.5.3.1 Primeira contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GC	92
4.2.5.3.2 Segunda contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GC	92
4.2.5.3.3 Terceira contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GC	92
4.2.5.3.4 Quarta contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GC	92
4.2.6 Diferenças entre os grupos (GE 1, GE 2 e GC)	93
4.2.7 Acompanhamento longitudinal dos GE 1 e GE 2	95
Capítulo 5. Discussão	97
5.1 Estudo Piloto	97
5.2 Discussão dos Resultados Quantitativos e Qualitativos das Etapas 1, 2, 3, 4 e 5	98
5.2.1 Percepção de doença	98
5.2.2 Ansiedade e depressão	105
5.2.3 Enfrentamento	107
5.2.4 Autoeficácia	109
5.2.5 Contagem dos linfócitos T CD4 e carga viral plasmática	109
5.2.6 Diferenças entre os grupos (GE 1, GE 2 e GC) e acompanhamento longitudinal do GE 1 e GE 2	110
Capítulo 6. Conclusões e implicações do estudo	112
Referências	131
Anexos	131
Anexo A. Questionário para avaliação do manual psicoeducativo sobre HIV/aids: estudo piloto	131
Anexo B. Entrevista de avaliação do protocolo de pesquisa: estudo piloto	132
Anexo C. Questionário sociodemográfico	133
Anexo D. Questionário médico-clínico	134
Anexo E. Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (<i>Brief IPQ</i>)	135
Anexo F. Roteiro de entrevista sobre percepção de doenças de linha de base	137

Anexo G. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).....	138
Anexo H. Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)	140
Anexo I. Escala de Autoeficácia para Seguir a Prescrição Antirretroviral	143
Anexo J. Roteiro de entrevista sobre percepção de doença pós-intervenção	144
Anexo K. Roteiro de entrevista de avaliação do grupo experimental 1	145
Anexo L. Manual psicoeducativo sobre HIV/aids	146
Anexo M. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: avaliação do manual psicoeducativo sobre HIV/aids	188
Anexo N. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: avaliação do protocolo de pesquisa	189
Anexo O. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: grupo experimental 1, grupo experimental 2 e grupo controle	190
Anexo P. Matriz de vantagens e desvantagens para aderir aos antirretrovirais	191
Anexo Q. Diário de pensamentos disfuncionais	192
Anexo R. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	193

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra total e por grupos	39
Tabela 2. Caracterização médico-clínica da amostra total e por grupos	40
Tabela 3. Resumo das atividades e estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas na intervenção em grupo (GE 1).....	49
Tabela 4. Análise de conteúdo das entrevistas sobre percepção de doença do GE 1.....	61
Tabela 5. Análise de conteúdo das entrevistas sobre percepção de doença do GE 2.....	69
Tabela 6. Análise de conteúdo das entrevistas sobre percepção de doença do GE 2.....	74
Tabela 7. Percepção de doença do GE 1, GE 2 e GC.....	74
Tabela 8. Ansiedade no GE 1, GE2 e GC	80
Tabela 9. Depressão no GE 1, GE2 e GC	80
Tabela 10. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelo GE 1	82
Tabela 11. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelo GE 2	85
Tabela 12. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelo GC	87
Tabela 13. Autoeficácia para tomar os antirretrovirais no GE 1, GE 2 e GC	89
Tabela 14. Contagem dos linfócitos TCD4 do GE 1, GE 2 e GC	93
Tabela 15. Diferenças entre o GE 1, GE 2 e GC (teste de Kruskal Wallis-Rank Médio)	94
Tabela 16. Diferenças entre o GE 1, GE 2 e GC (teste de Kruskal Wallis)	95
Tabela 17. Diferenças entre a carga viral do GE 1, GE 2 e GC (teste qui-quadrado de Pearson).....	95
Tabela 18. Acompanhamento longitudinal do GE 1 e do GE 2 (ANOVA de Friedman)	96

Lista de Figuras

Figura 1. Organograma com os procedimentos do estudo	50
--	----

Lista de Siglas

Aids - *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

ARV- Antirretrovirais

AZT – Zidovudina

Brief IPQ - Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve

CBT- *Cognitive Behavioral Therapy*

CD4- Grupamento de Diferenciação 4

EMEP - Escala Modos de Enfrentamento de Problemas

GE 1 - Grupo experimental 1

GE 2- Grupo experimental 2

GC - Grupo controle

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HIV- *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

HUB - Hospital Universitário de Brasília

IPQ-R - *Revised Illness Perception Questionnaire*

PGPDS - Programa de Pós-Graduação em Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde

PVHA - Pessoas vivendo com HIV/aids

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TARV- Terapia Antirretroviral

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

Introdução

A temática percepção de doenças, com base no referencial teórico do Modelo de Autorregulação de Leventhal, ganhou destaque nas últimas décadas no cenário mundial. Estudiosos têm demonstrado a importância desse construto para a prática de profissionais de saúde, considerando a sua associação com enfrentamento, adesão ao tratamento e humor (Arran, Craufurd, & Simpson, 2014; Chen, Tsai, & Lee, 2009; Colleto & Câmara, 2009; Sousa, Landeiro, Pires, & Santos, 2011; Ziarko, Mojs, Piasecki, & Samborski, 2014).

No entanto, a maioria das pesquisas identificadas em âmbito mundial são de caráter exploratório ou descritivo, havendo um número reduzido de estudos que investigam os efeitos de propostas de intervenção psicológica sobre a percepção de doenças. No Brasil, existe, de maneira geral, uma carência de estudos sobre esse tema.

Assim, com o intuito de estimular futuras investigações, bem como de favorecer a inserção desse construto na prática de profissionais de saúde, a pesquisadora desse estudo, por ocasião do seu curso de mestrado, realizou a adaptação e validação da versão brasileira do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (*Brief IPQ*) (Nogueira, 2012). Com a disponibilização de uma medida para avaliar a percepção de doença com propriedades psicométricas satisfatórias, objetivou-se contribuir para a ampliação de estudos sobre a temática, especialmente aqueles com foco em avaliação de propostas de intervenção psicológica voltadas à promoção de mudanças na percepção de doença.

Nesse contexto, acredita-se que intervenções cognitivo-comportamentais podem ser úteis na promoção de modificações na percepção de doença, contribuindo para o desenvolvimento de uma visão mais realista e promovendo estratégias de enfrentamento adaptativas. Ressalta-se que a preferência pela abordagem cognitivo-comportamental se deve à ampla literatura mundial acerca de evidências de sua efetividade sobre uma série de variáveis psicológicas em pessoas com doenças crônicas, incluindo adesão ao tratamento, ansiedade, depressão, estresse, entre outras (Beck, 2011; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012; Knapp & Beck, 2008; Lopez & Basco, 2015; Wright, Basco, & Thase, 2008). Ademais, a autora dessa tese especializou-se em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP e atuou em serviços de psicologia da saúde na qual essa abordagem psicológica era utilizada, agregando conhecimentos teóricos e práticos sobre a aplicabilidade da TCC.

Defende-se que tais intervenções possam ser realizadas com foco em diferentes doenças, especialmente nas crônicas. Assim, na presente investigação optou-se por avaliar os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo sobre a percepção de doença de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). A ênfase em pessoas soropositivas justifica-se pela trajetória da pesquisadora que atuou em 2011 junto a essa população, em um serviço de referência em HIV/aids do Distrito Federal, atendendo a demandas desses indivíduos, incluindo a necessidade de

intervenção psicológica devido ao impacto emocional do diagnóstico e do início do tratamento, muitas vezes acompanhado de crenças disfuncionais sobre a enfermidade. Assim, durante a prática profissional observou-se também a relevância do desenvolvimento de um material psicoeducativo que abordasse aspectos gerais de HIV/aids e que pudesse ser utilizado em intervenções psicológicas em serviços de atendimento especializado, contribuindo para a reestruturação de crenças disfuncionais sobre a condição de soropositividade.

Assim, a presente tese encontra-se estruturada da seguinte forma: revisão de literatura (Capítulo 1), na qual foram abordados aspectos do HIV/aids, incluindo histórico, características gerais, perfil epidemiológico, tratamento antirretroviral e manifestações psicossociais; em seguida, realizou-se a contextualização no que tange à aplicabilidade dos modelos de autorregulação, com ênfase no Modelo de Autorregulação de Leventhal e na temática percepção de doença no contexto de infecção pelo HIV/aids; no momento seguinte, abordou-se o histórico, conceitos e pressupostos teóricos e aplicação da TCC em pessoas com HIV/aids, bem como apresentou-se uma revisão de literatura sobre seus efeitos sobre variáveis de pessoas que vivem com HIV/aids; e por fim, a justificativa do estudo. Também foram apresentados os objetivos gerais e específicos da pesquisa (Capítulo 2). No método (Capítulo 3) discorreu-se sobre os participantes do estudo, incluindo e detalhamento das características sociodemográficas e médico-clínicas da amostra global, por grupo (grupo experimental 1, grupo experimental 2 e grupo controle), bem como dos sujeitos individualmente. Além disso, nessa seção foram descritos o local de coleta de dados, o delineamento do estudo, os instrumentos utilizados na investigação, os procedimentos da pesquisa e os métodos de análise dos dados. Na seção seguinte, foram apresentados os resultados (Capítulo 4): estudo piloto, análises quantitativas e qualitativas das variáveis investigadas no estudo por grupo (grupo experimental 1, grupo experimental 2 e grupo controle) e por sujeito. Os resultados foram discutidos no Capítulo 5, no qual buscou-se a interlocução entre os dados dessa pesquisa e estudos nacionais e internacionais sobre o tema. O trabalho foi finalizado com as conclusões e implicações do estudo (Capítulo 6) e as referências utilizadas nessa tese.

Espera-se que o presente estudo dê ferramentas para a aplicação de um modelo de intervenção que acarrete efeitos positivos sobre a percepção de doença em pessoas soropositivas, que possa ser replicado em outras investigações e que seja útil para a prática de profissionais de saúde, especialmente psicólogos.

Capítulo 1. Revisão de Literatura

Profissionais de saúde, em âmbito global, dedicam-se há décadas à atenção ao HIV/aids nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde. O empenho desses profissionais pode ser justificado, principalmente, pela elevada prevalência e incidência de HIV/aids, pelo impacto dessa enfermidade sobre o funcionamento biopsicossocial dos indivíduos infectados e pelas repercussões sociais e econômicas para diversas nações que investem grandes somas em pesquisa, tratamento e assistência nessa área desde a descoberta do vírus da imunodeficiência humana (Irffi, Soares, & DeSouza, 2010; Merson, 2006).

Há de mencionar que muitos avanços foram registrados nas últimas décadas, especialmente com o implemento da Terapia Antirretroviral (TARV), que possibilitou a redução na morbimortalidade e acentuada melhora na qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA). Contudo, ainda são muitos os desafios enfrentados por essa população, especialmente na esfera psicossocial, que emergem com grande frequência na assistência em saúde a esse público, como questões relacionadas à adesão ao tratamento, vivência da sexualidade e de preconceito/discriminação (Berger et al., 2015; Greco, 2008; Seidl & Faustino, 2014; Souza, 2008).

Assim, para abordar esse tema de extrema relevância para a prática do psicólogo da saúde, a parte inicial da revisão de literatura contempla o histórico do HIV/aids, características gerais da enfermidade, o perfil epidemiológico da doença, o tratamento e as manifestações psicossociais associadas ao diagnóstico e ao processo de adoecimento.

1.1 HIV/aids: Histórico, Características Gerais, Perfil Epidemiológico, Tratamento e Manifestações Psicossociais

1.1.1 Histórico e características gerais do HIV/aids.

Os primeiros casos de aids foram registrados no fim da década de 70 nos Estados Unidos, Haiti e África Central. Nos Estados Unidos, nesse período, houve a identificação de um elevado número de adultos do sexo masculino que eram homossexuais e apresentavam comprometimento do sistema imunológico com consequentes infecções oportunistas, indicando que se tratava de uma doença infecciosa e transmissível, mas ainda não classificada. Nos anos subsequentes verificou-se uma rápida disseminação da enfermidade para outros países (Galvão, 2002; Lima, Wunsch, Gutierrez, & Leite, 1996; Straub, 2014).

As vias de transmissão do HIV foram identificadas somente em 1982: sexual (relações sexuais vaginais ou anais desprotegidas); sanguínea (receptores de sangue e hemoderivados ou pelo compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis); ou vertical (transmissão do vírus pela mãe soropositiva durante a gestação, parto ou amamentação). Ressalta-se que a principal via de transmissão, desde o início da epidemia, é por contato sexual (Lima et al., 1996; World Health Organization, 2011).

Em 1985 descobriu-se que a aids era a fase final da doença, causada por um retrovírus humano denominado Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (Lima et al., 1996; Ministério da Saúde, 2005). Assim, a aids é uma doença caracterizada por “uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)” (Ministério da Saúde, 2004, p.32).

O HIV é responsável por uma destruição considerável de linfócitos T CD4+ que desempenham um papel fundamental na resposta imunológica (Ministério da Saúde, 2005). Desta forma, o T CD4 + é um dos marcadores utilizados para identificar se um paciente tem risco ou não de progredir para o diagnóstico de aids e, por isso, deve ser monitorado juntamente com a carga viral (Eidam, Lopes, Guimarães, & Oliveira, 2006).

O HIV leva ao grave e progressivo comprometimento imunológico, particularmente da imunidade celular, o que predispõe os indivíduos acometidos a neoplasias e infecções, a maioria de caráter oportunista. Na primeira fase da doença, denominada fase aguda, ocorre a infecção pelo HIV, sendo que os primeiros sinais são muito semelhantes aos de uma gripe comum, incluindo febre e mal-estar. O diagnóstico clínico da infecção aguda pelo HIV é pouco frequente por seu caráter inespecífico ou pela falta de sintomas (Christo & Paula, 2008; Souza, 2008, Straub, 2014).

A segunda fase é chamada de período assintomático, sendo marcada pela forte interação entre as células de defesa e as constantes e rápidas replicações do HIV, havendo risco reduzido do desenvolvimento de doenças oportunistas. O período assintomático pode durar cerca de 10 anos, o que é muito variável de indivíduo para indivíduo (Ministério da Saúde, 2008a, 2013; Straub, 2014).

A terceira fase da doença é a sintomática, caracterizada pela elevada redução dos linfócitos T CD4+, comprometendo a eficiência do sistema imunológico, predispondo a pessoa soropositiva a infecções de caráter oportunista. Nessa fase, a contagem de linfócitos T CD4+ pode ficar abaixo de 200 células por milímetro cúbico de sangue, considerando que em uma pessoa saudável essa contagem varia entre 800 a 1200 cels/mm³ de sangue (Ministério da Saúde, 2008a, 2013; Straub, 2014).

Por fim, a quarta fase é reconhecida como aids, na qual a doença encontra-se em um estágio avançado, havendo grande predisposição para o desenvolvimento de infecções oportunistas, como pneumonia, neurotoxoplasmose, tuberculose, alguns tipos de neoplasias, entre outras (Ministério da Saúde, 2008a, 2013; Straub, 2014).

Assim, a aids pode levar a graves consequências, incluindo sequelas das doenças oportunistas, que podem ser incapacitantes e resultar na morte do indivíduo infectado. Tal fato remete ao impacto negativo na vida das pessoas soropositivas e seus familiares, bem como nos serviços de saúde de países com elevada prevalência dessa doença (Pacheco Filho & Santos, 2008).

1.1.2 Perfil epidemiológico.

A aids é considerada uma pandemia, sendo que mais de 35 milhões de pessoas estão infectadas no plano mundial. Apesar da elevada prevalência, na última década registros

epidemiológicos indicam a queda na incidência e redução de mortes relacionadas a aids. No entanto, cabe ressaltar que trata-se de um fenômeno global, dinâmico e instável, com ocorrência variável em diferentes regiões do mundo (Brito, Castilho, & Szwarcwald, 2000; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2014, 2015a).

Uma das tipologias propostas para descrever as características mundiais da dinâmica epidemiológica da aids inclui a seguinte classificação: a) epidemia nascente (ou de baixo nível) – países com prevalência de infecção pelo HIV abaixo de 5% em todas as populações, com comportamentos de alto risco à exposição do vírus (como na Argélia, Chile, Costa Rica, Cuba, Suriname, Rússia e Polônia); b) epidemia concentrada – nações nas quais a prevalência de infecção pelo HIV é superior a 5% em uma ou mais subpopulações com comportamento de alto risco, mas a prevalência entre as gestantes atendidas em clínicas de pré-natal é inferior a 5% (como no Brasil, Sudão, Tailândia e Etiópia); c) epidemia generalizada – ocorre em países nos quais a infecção pelo HIV ocorre de maneira disseminada e é altamente prevalente, não se restringindo a subpopulações que apresentam comportamentos de risco, além de prevalência superior a 5% entre as gestantes atendidas em clínicas de pré-natal (caso da África Subsaariana e Haiti) (Brito et al., 2000; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2011). Apesar da epidemia no Brasil ser classificada como concentrada (Grangeiro, Escuder, & Castilho, 2010), os dados epidemiológicos permanecem preocupantes.

Informações do Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais revelam que cerca de 798.366 mil casos de aids foram notificados desde o início da epidemia até junho de 2015, com registro de 290.929 óbitos até dezembro de 2014. Os dados desse período revelam importantes variações na prevalência de HIV entre os sexos, havendo maior acometimento no masculino: 519.183 (65%) casos de aids em homens e 278.960 (35%) em mulheres. Com relação à idade, considerando o período de 1980 a junho de 2015, a maior concentração dos casos está entre indivíduos com idades entre 25 e 39 anos em ambos os sexos, faixa etária que corresponde a 53,6% do total de casos entre os homens e a 49,8% entre as mulheres. Contudo, registra-se um aumento estatisticamente significativo de casos, nos últimos 10 anos, entre pessoas com idades entre 15 e 19 anos, 20 a 24 anos, bem como em idosos com mais de 60 anos em ambos os sexos (Ministério da Saúde, 2014a, 2015a).

Quanto à categoria de exposição, a principal via de transmissão, em 2015, entre maiores de 13 anos, foi a sexual, tanto entre os homens (95,4%) quanto entre as mulheres (97,1%). Em ambos os sexos, observa-se um predomínio da categoria de exposição heterossexual, sendo 97,1% em mulheres e 49,9% em homens infectados pelo HIV por meio dessa via de transmissão. Contudo, existe uma tendência de aumento na proporção de casos em homens que fazem sexo com homens nos últimos 10 anos (34,9% em 2005 para 44,9% em 2014). Em contrapartida, houve redução estatisticamente significativa de novos casos de HIV associados ao uso de drogas injetáveis (Ministério da Saúde, 2014a, 2015a).

Com relação à distribuição de casos por região do país nota-se grande variabilidade. O Sul e o Sudeste apresentam a maior taxa de detecção, responsáveis por 53,8% e 20% dos casos dos casos registrados entre 1980 e junho de 2015, respectivamente. As regiões do país com menor prevalência nesse mesmo período foram a região Norte, Centro-Oeste e Norte, responsáveis por 14,6%, 5,9% e 5,7% dos casos registrados, respectivamente, no período de referência. Na região Centro-Oeste cabe destacar os dados epidemiológicos do Distrito Federal, no qual foram notificados 47.049 casos de aids desde o início da epidemia até junho de 2015 e 14.606 óbitos entre 1980 e 2014 (Ministério da Saúde, 2014a, 2015a).

Ressalta-se que a epidemia de aids no Brasil sofreu transformações importantes no seu perfil epidemiológico com o passar dos anos. Inicialmente, ela se restringia a alguns círculos cosmopolitas das metrópoles nacionais (Rio de Janeiro e São Paulo): homens, especialmente homossexuais, e hemofílicos. Hoje, a epidemia tem uma nova identidade, sendo marcada pela heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização (Brito et al., 2000; Silva et al., 2010; Souza, 2008).

Assim, diante da nova “cara” da epidemia, torna-se necessário que sejam dedicados maiores esforços no sentido de incluir pessoas de todos os grupos e seguimentos da sociedade em campanhas preventivas e na detecção precoce do HIV, de maneira a garantir que o início do tratamento antirretroviral se dê antes que ocorra o grave comprometimento do sistema imunológico (Ayres, 2002; Silva et al., 2010; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2015b).

1.1.3 Terapia antirretroviral (TARV) e a adesão ao tratamento.

Importantes avanços foram registrados no que tange ao tratamento do HIV/aids nas últimas décadas, permitindo que houvesse uma mudança na classificação da enfermidade: de doença aguda e fatal para doença crônica (Alencar, Nemes, & Velloso, 2008; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2015c; Souza, 2008).

A partir de 1987, o tratamento da aids passou a ser feito por meio da zidovudina (AZT), um agente antiviróide que torna mais lenta a reprodução do HIV. Contudo, apesar de aumentar a sobrevida de pessoas com HIV/aids, o uso exclusivo dessa medicação resultava em uma série de efeitos adversos, incluindo: anemia, enjojo, dores de cabeça e/ou musculares (Campos & Thomason, 2007; Scheffer, 2000). Em outubro de 1995, foram divulgados estudos apontando a eficácia reduzida do tratamento realizado com essa droga isoladamente (monoterapia), comparado ao uso do AZT combinado com outro medicamento. Em março de 1996, a monoterapia com AZT já havia sido abolida do tratamento do HIV/aids na rede pública de saúde no Brasil (Scheffer, 2000).

A terapia antirretroviral (TARV) altamente ativa foi implementada em 1996, sendo garantido o acesso gratuito ao tratamento a todas as PVHA com indicação para recebê-lo, conforme as orientações terapêuticas vigentes no país (Alencar et al., 2008; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2015c). A TARV possibilitou grandes avanços no tratamento da aids, pois ela retarda o

seu desenvolvimento por meio da supressão viral e restauração do sistema imunológico, reduzindo a morbimortalidade e melhorando a qualidade de vida. No Brasil, no momento, estão disponíveis quatro classes de antirretrovirais, mais potentes, menos tóxicos e com posologia confortável, de maneira que é possível o uso de esquemas terapêuticos com apenas uma ou duas doses diárias. Apesar da menor toxicidade da TARV, alguns efeitos adversos podem ser relatados pelas pessoas em tratamento como: náuseas, vômitos, diarreia, gases e azia, sintomas que surgem geralmente no início ou em troca de medicação; e a síndrome lipodistrófica, marcada alterações anatômicas e metabólicas (Ministério da Saúde, 2008b; Souza, 2008). Atualmente, há indicação de início da TARV para todas as pessoas diagnosticadas com o HIV, independentemente da contagem de T CD4+ (Ministério da Saúde, 2014b).

Iniciada a TARV, para que se alcance a eficácia almejada é necessário que haja adesão ao tratamento medicamentoso, expresso pelo uso igual ou superior a 80% das doses prescritas (Ministério da Saúde, 2014b). Assim, a adesão ao tratamento antirretroviral constitui um importante desafio para os profissionais de saúde no Brasil diretamente envolvidos na assistência a pacientes soropositivos, bem como para os gestores das políticas de DST/HIV/aids (Ministério da Saúde, 2005, 2014b; Remor, Milner-Moskovics, & Preussier, 2007).

A adesão ao tratamento é um fenômeno complexo, fortemente ligado à vivência ao longo do curso da enfermidade e de seu tratamento. Segundo o Ministério da Saúde (2008b), adesão ao tratamento é “um processo colaborativo que facilita a aceitação e integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo” (p.14).

A adesão ao tratamento é um comportamento dinâmico, ou seja, uma pessoa pode apresentá-la em um determinado momento da sua vida e não em outro, e vice-versa. Além disso, o indivíduo participa ativamente do processo, sendo corresponsável pelo estabelecimento do próprio plano de tratamento. Assim, o ideal é que os profissionais de saúde não encarem a falta de adesão como desobediência, atribuindo tal comportamento às características pessoais do paciente, desconsiderando variáveis ambientais e mantendo intervenções que reforçam sentimentos de culpa da pessoa pela sua condição de saúde, negligenciando as concepções integrais de cuidado e atenção preconizadas pela psicologia da saúde (Moraes, Rolim, & Costa Júnior, 2009; Muessig et al., 2015).

Alguns fatores podem facilitar a conduta de adesão, entre eles: conhecimento e compreensão sobre a enfermidade e o tratamento; vínculo com os profissionais, a equipe e o serviço de saúde; atuação interdisciplinar de equipe multiprofissional; e apoio social (Ministério da Saúde, 2008b, 2014b). Outra variável fortemente associada à adesão ao tratamento é a autoeficácia, que se refere à confiança pessoal para tomar os medicamentos conforme a prescrição médica e à crença na capacidade de controlar circunstâncias que possam dificultar o seguimento regular do tratamento (Beger et al., 2015; Santos et al., 2014; Seidl, Melchíades, Farias, & Brito, 2007).

Entre os fatores que podem dificultar a adesão à TARV, pode-se mencionar: complexidade do regime terapêutico; precariedade ou ausência de suporte social, tanto afetivo quanto instrumental; baixa escolaridade, incluindo habilidades cognitivas insuficientes para lidar com as dificuldades e exigências do tratamento; não aceitação da condição de soropositividade; transtornos mentais; efeitos colaterais da medicação antirretroviral; relação insatisfatória com médico e com os demais profissionais de saúde; crenças negativas e informações inadequadas sobre a enfermidade e o tratamento; baixa autoeficácia; dificuldades de organização para adequar as exigências do tratamento às rotinas diárias; e abuso de álcool e/ou outras drogas (Berger et al., 2015; Bofill et al., 2014; Castilho, Szwarcwald, & Brito, 2006; Kalichman, Kalichman, & Cherry, 2015; Ministério da Saúde, 2008a, 2008b, 2014b; Muessig et al., 2015; Seidl et al., 2007; Sharma, Khadga, Dhungana, & Chitrakar, 2013). Além dos fatores mencionados relacionados à baixa adesão ao tratamento, Castilho et al. (2006) destacam que a interrupção do tratamento é um problema nos primeiros seis meses seguintes ao início da terapia antirretroviral em pessoas virgens de tratamento, especialmente em adultos jovens (idade entre 25 e 34 anos), com histórico de transtorno psiquiátrico, que fazem ou fizeram uso de drogas (lícitas ou ilícitas) até um ano antes de iniciar a TARV, e que iniciaram o tratamento antirretroviral após internação hospitalar.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008a), os períodos de início do tratamento, troca de esquema terapêutico e a ocorrência de efeitos adversos são momentos importantes para o reforço da adesão. Além disso, o apoio à adesão deve começar antes mesmo da terapia antirretroviral ser indicada, persistindo durante todo o tratamento, de acordo com as demandas individuais de cada pessoa, devendo incluir mesmo aquelas consideradas com níveis altos de adesão.

Estratégias para auxiliar na adesão a TARV incluem: a) consulta ou atendimento individual com foco em adesão – trata-se de um momento em que são compartilhadas informações entre o profissional e o paciente, que visa a identificação conjunta de fatores de risco que podem levar à falta de adesão, bem como motivações, possibilidades de adaptação e enfrentamento frente ao tratamento; b) interconsulta e consulta conjunta - caracterizadas por uma estratégia de atendimento interdisciplinar no qual dois profissionais de saúde (geralmente com formações distintas) discutem e atuam conjuntamente no que concerne à adesão ao tratamento, na ausência ou na presença do paciente; c) tratamento diretamente observado – consiste na observação, por profissionais de saúde ou familiares, da ingestão da medicação pelo paciente em sua casa ou no serviço de saúde; d) grupos – são atividades nas quais os pacientes trocam experiências, o que favorece a vinculação e o apoio social entre os próprios participantes e entre os mesmos e o serviço de saúde; e) rodas de conversa – podem ser entendidas como espaços que buscam estimular a autonomia por meio de trocas de informações e reflexões direcionadas à ação; f) atividades em sala de espera - realização de ações que favoreçam a construção de um canal de diálogo entre a equipe e os profissionais de saúde, como exposição de vídeos ou outras matérias sobre adesão, debates, etc. Existem também dispositivos e técnicas que podem auxiliar na adesão, como: porta-pílulas, diários, alarmes, tabelas

e mapas de doses, material educativo e recursos técnicos com embasamento teórico-metodológico na ciência psicológica (Ministério da Saúde, 2008b, 2014b).

Em síntese, grandes avanços foram conquistados com relação ao tratamento das PVHA, resultantes da evolução do conhecimento científico sobre a doença. Contudo, trata-se de um vírus de difícil controle, sem perspectivas de eliminação em curto e médio prazos. Tal panorama, aliado ao preconceito e discriminação social, sexual e afetiva, frequentemente vivenciados por pessoas soropositivas, contribuem para o sofrimento psicológico e manifestação de transtornos psiquiátricos, o que pode ser um fator importante de não adesão ao tratamento. Assim, a saúde mental dessas pessoas deve ser alvo constante de atenção e de intervenção por psicólogos da saúde (Ministério da Saúde, 2012, 2014b; Seidl & Faustino, 2014; Souza, 2008).

1.1.4 Manifestações psicossociais no contexto de infecção pelo HIV.

O conhecimento do diagnóstico modifica os projetos de vida dos pacientes soropositivos devido às consequências emocionais e sociais que acarreta. Nos momentos iniciais da doença tendem a prevalecer sentimentos de desesperança e decepção, associados ao medo da morte e insegurança em relação ao futuro. Com o passar do tempo, a dimensão psicológica tende a melhorar, principalmente quando o indivíduo apresenta uma postura otimista e adaptativa frente à nova realidade, que pode ser alcançada por meio de apoio profissional, informações adequadas sobre a doença e eficácia do tratamento antirretroviral. Durante o processo de aceitação, destaca-se a importância do acesso à informação, pois ela favorece a desmistificação de que HIV/aids é sinônimo de morte, além de melhorar a adesão às recomendações médicas e auxiliar na ressignificação de estigmas, conceitos e crenças disfuncionais associadas à doença, contribuindo para o desenvolvimento de estilos de vida mais saudáveis (Arias, 2010; López & Sosa, 2007; Ministério da Saúde, 2012).

Um grave problema que as PVHA enfrentam constantemente é o preconceito e a discriminação em diferentes esferas de suas vidas. Muitos indivíduos carregam consigo conhecimentos ultrapassados e equivocados sobre o HIV/aids, incluindo a ideia de existência de um “grupo de risco”, fazendo com que haja uma associação entre essa doença e promiscuidade, relações homossexuais masculinas e uso de drogas. Em função disso, muitas pessoas soropositivas se isolam devido ao medo de rejeição, enfrentando dificuldades em iniciar novos relacionamentos afetivos, sociais e sexuais, bem como de revelar o diagnóstico. Ademais, aqueles que buscam retomar seus projetos de vida, muitas vezes, se deparam com situações de conflito e de constrangimento, vulnerabilidade e desrespeito à sua cidadania. Em consequência, muitos sofrem rebaixamento da autoestima, sentimentos de falta de pertencimento e perda da identidade psicológica e social, o que pode desencadear sofrimento psíquico e transtorno mental (Chambers et al., 2015; France, 2015; Herrmann et al., 2013; Kamen et al., 2015; Ministério da Saúde, 2008b; 2012; Poletto, Heck, Calsa, & Moskovics, 2015; Straub, 2014).

As alterações psiquiátricas mais comuns em pessoas infectadas pelo HIV incluem depressão e ansiedade. Contudo, apesar de menos frequente, também há registros da ocorrência de mania e psicose (Christo & Paula, 2008; Gaynes et al., 2015; Kee et al., 2015; Ministério da Saúde, 2012; Slot et al., 2015).

Não existe consenso nos estudos sobre a prevalência da depressão em pessoas que vivem com o HIV, havendo variação de 0 a 45%. Tal variabilidade pode ser justificada por fatores como: população estudada, instrumentos de avaliação utilizados, local de realização da pesquisa e estágio da doença. Além disso, o diagnóstico de depressão nessa população pode ser dificultado devido à tendência de profissionais de saúde a considerarem a mesma como uma reação normal ao diagnóstico de HIV, bem como em função da presença de outros sintomas que podem ser confundidores, como fadiga, dor, anorexia e insônia (Christo & Paula, 2008).

O transtorno depressivo pode ser desencadeado devido à inexistência de cura para o HIV/aids, pelo sentimento de falta de controle sobre o futuro, pelos limites impostos pela doença, rejeição de pessoas, autculpabilização e recriminação por haver-se exposto ao vírus, além de sentimentos de culpa pela possibilidade de ter infectado alguém involuntariamente (Remor, 1999; Seidl & Faustino, 2014; Straub, 2014). Os efeitos da depressão na vida de uma pessoa que vive com HIV podem ser devastadores, já que além de estar associado a relevante sofrimento psíquico, pode resultar em alterações no sistema imunológico, contribuindo para a morbidade e mortalidade nessa população (Ministério da Saúde, 2012; Poletto et al., 2015; Skalski et al., 2015).

Um estudo dinamarquês revelou fatores associados ao risco de depressão em pessoas soropositivas para o HIV que incluíram: sintomas de estresse, percepção de que a infecção pelo HIV afeta todos os aspectos da vida, insatisfação com a própria vida, histórico de abuso de álcool, busca de atendimento psicológico devido a problemas prévios à infecção e falta de adesão ao tratamento (Slot et al., 2015). A relação entre depressão e adesão ao tratamento, também foi evidenciada em um estudo norte-americano: de acordo com Zuniga, Yoo-Jeong, Dai, Guo e Waldrop-Valverde (2015), PVHA que apresentam humor negativo tem maior probabilidade de não comparecerem aos retornos médicos. Assim, a identificação e o tratamento de sintomas depressivos em pessoas infectadas pelo HIV são fundamentais, pois pode levar a uma maior adesão ao tratamento, melhora da qualidade de vida e adaptação psicossocial (Ministério da Saúde, 2012; Poletto et al., 2015; Skalski et al., 2015).

A ansiedade também é comum em pessoas com HIV, sendo que aquelas que já possuíam sintomas desse transtorno anteriormente à infecção podem ter os mesmos potencializados devido a fatores estressantes relacionados ao diagnóstico, incluindo: preocupações com a progressão da doença; medo de infectar outras pessoas; e receio de rejeição em diversos aspectos da sua vida, incluindo o contexto social, afetivo/sexual, familiar e ocupacional (Campos & Thomason, 2007; Christo & Paula, 2008; Poletto et al., 2015). Em relação à ocorrência de mania ou psicose em pacientes com HIV, existem indicativos de que tais alterações psiquiátricas podem ser secundárias

à infecção pelo HIV, decorrentes de efeitos adversos da medicação antirretroviral e/ou devido a doenças oportunistas (Christo & Paula, 2008; Ministério da Saúde, 2012).

Além das alterações psiquiátricas mencionadas, a adição a substâncias psicoativas pode ser comum em grupos de alto risco para a infecção pelo HIV, comumente associada a interferências na adesão ao tratamento, aumento do risco de transmissão do vírus para outras pessoas e morbidade diretamente relacionada ao uso de drogas. O consumo de drogas como o crack e a cocaína associa-se significativamente à progressão mais rápida da doença em PVHA, sendo que o uso de drogas injetáveis pode acelerar o desenvolvimento de demência. Além disso, alguns déficits cognitivos comuns em pessoas com HIV – como nas funções de atenção, aprendizagem, memória, fluência verbal, integração visomotora e função executiva – podem se agravar com o uso de drogas ilícitas e álcool (Christo & Paula, 2008; Galligan, 2015; Ministério da Saúde, 2012).

No tratamento de transtornos psiquiátricos na população soropositiva para o HIV devem ser aplicadas estratégias similares às utilizadas na população geral, incluindo tratamento farmacológico e/ou psicoterapia (Christo & Paula, 2008). Desta forma, é fundamental a presença de psicólogos em equipes multidisciplinares que prestam assistência a pacientes que vivem com HIV/aids.

Entre as atividades que o psicólogo pode desenvolver nesse contexto, destaca-se em nível ambulatorial: a) acompanhamento individual de pessoas soropositivas que comparecem pela primeira vez no ambulatório (pré e pós-consulta médica), buscando verificar o nível de informação, identificar estratégias de enfrentamento, avaliar a presença de transtornos mentais e fornecer informações sobre a doença e o tratamento; b) atendimento psicológico em grupo, no qual também são fornecidas informações sobre o HIV/aids, busca-se favorecer o suporte social junto ao grupo e os pacientes são avaliados e orientados com relação à adesão ao tratamento e outros temas que possam ser de interesse comum de PVHA; c) obtenção de informações que possam favorecer o atendimento do paciente pela equipe; e d) encaminhamento do usuário para psicoterapia individual quando necessário. Na enfermaria cabe ao psicólogo: a) avaliar pacientes internados com o intuito de identificar a presença de transtornos mentais ou sofrimento psicológico que possam afetar o funcionamento do mesmo e fornecer atendimento durante todo o período da internação, bem como favorecer a interação entre o paciente, familiares e equipe de saúde; e b) dar suporte psicológico e orientar familiares que acompanham e/ou visitam o paciente durante a internação (Miyazaki, Domingos, & Caballo, 2001).

Em suma, cabe ao psicólogo que presta atendimento a PVHA: fornecer informações, facilitar a comunicação com outros profissionais da equipe, avaliar a presença de transtornos mentais, direcioná-lo para acompanhamento psicoterapêutico e realizar intervenções que possibilitem a essa população lidar de forma mais adaptativa em relação à doença e ao tratamento (Ministério da Saúde, 2008b). Nessa perspectiva, destaca-se a importância de cognições e emoções associadas ao processo saúde-doença, já que influenciam a tomada de decisão e, conseqüentemente, a adoção de comportamentos saudáveis e de autocuidado, na prevenção, no tratamento e na reabilitação de

doenças crônicas, como o HIV/aids (Colleto & Câmara, 2009; Figueiras, Machado, & Alves, 2002; Hirani & Newman, 2005; McIntyre conforme citado em Sousa, 2003; Straub, 2014).

Desta forma, a psicologia da saúde consolida-se no campo da atenção e assistência às PVHA. Segundo Straub (2014), esse campo de atuação do psicólogo pode ser definido como “a aplicação de princípios e pesquisas psicológicas para a melhoria da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças” (p. 3). Trata-se de uma área de contribuições profissionais, científicas e educacionais da psicologia para a promoção e manutenção da saúde (Matarazzo conforme citado por Calvetti, Muller, & Nunes, 2007). Assim, a psicologia da saúde estuda os fatores que determinam como as pessoas permanecem saudáveis, porque ficam doentes e como respondem à enfermidade e aos cuidados de saúde (Seidl & Faustino, 2014).

No âmbito da psicologia da saúde, pesquisadores têm proposto uma ampla gama de modelos teóricos, muitos deles aplicáveis ao contexto de pesquisa e prática associada ao HIV/aids. Esses modelos têm sido delineados com o intuito de compreender melhor a relação entre saúde e comportamento, objetivando a promoção da saúde, tratamento e gerenciamento da doença (Singh, 2011). Nesse contexto de atuação profissional, modelos de autorregulação, especialmente, podem ser utilizados para auxiliar na compreensão de processos de saúde e doença, considerando que tais modelos procuram explicar a relação entre cognições, emoções e comportamentos de saúde (Cameron & Leventhal, 2003). Assim, nessa segunda parte da revisão de literatura, realiza-se a contextualização no que tange à aplicabilidade dos modelos de autorregulação, com ênfase no Modelo de Autorregulação de Leventhal e na temática percepção de doença no âmbito da infecção pelo HIV/aids.

1.2 Modelos de Autorregulação do Comportamento

A noção de autorregulação foi desenvolvida em meados da década de 1970, baseada na teoria sociocognitiva de Bandura. Focaliza essencialmente a intencionalidade do comportamento do indivíduo e o fato deste ser orientado por determinados objetivos. Na década de 1980, um grande número de artigos sobre autorregulação foi publicado, especialmente em revistas científicas das áreas de psicologia social e personalidade. Nos anos de 1990, o conceito de autorregulação foi ampliado para incluir vários aspectos e aplicações do construto, como aprendizagem autorregulada, autocontrole e autogerenciamento (Filipe, 2008; Zimmerman, 2000).

Assim, a teoria da autorregulação emergiu para oferecer uma nova perspectiva para o comportamento humano (Cameron & Leventhal, 2003). A autorregulação é um construto que integra satisfatoriamente vertentes teóricas e de pesquisa dos campos cognitivo, motivacional, social e comportamental. Desta forma, o conceito de autorregulação tem sido utilizado em diversas áreas, como personalidade, motivação/cognição, psicologia social, psicologia clínica, organizacional, experimental, psicologia do desenvolvimento, da saúde, medicina comportamental e da educação (Filipe, 2008; Zimmerman, 2000).

Devido à ampla aplicação dos modelos de autorregulação, certas divergências – especialmente no que tange ao conteúdo enfatizado e ao método de investigação –, marcam a psicologia contemporânea sobre autorregulação. Diante da ausência de consenso paradigmático, torna-se difícil encontrar uma definição global para autorregulação, mas, de maneira geral, ela se refere a pensamentos autogerados, sentimentos e ações que são planejadas e ciclicamente adaptadas para se alcançar objetivos pessoais (Clark, Gong, & Kaciroti, 2014; Filipe, 2008; Karoly, 1993; Zimmerman, 2000).

De modo geral, os modelos de autorregulação destacam o papel ativo e intencional do indivíduo para atingir uma meta almejada. Enquanto processo, a autorregulação integra a seleção e o estabelecimento de objetivos pessoais, o planejamento e a implementação de comportamentos direcionados a um determinado fim, bem como a manutenção daqueles buscados e desejados em diferentes contextos da vida (Filipe, 2008; Karoly, 1993).

Existe um aumento crescente no número de pesquisadores e profissionais dos campos da saúde e das ciências sociais que estão adotando conceitos e princípios das teorias de autorregulação para explicar o comportamento humano e promover mudanças de conduta em diferentes contextos (Leventhal, Brissete, & Leventhal, 2003). Há diversos modelos de autorregulação do comportamento, sendo que eles compartilham algumas propriedades básicas. Praticamente todos os modelos interpretam a autorregulação como um processo sistemático, envolvendo esforços conscientes para modular pensamentos, emoções e comportamentos e, assim, alcançar objetivos diante de mudanças ambientais. Os modelos de autorregulação, tipicamente, descrevem o processamento paralelo de objetivos focados no problema e focados na emoção, com processos comportamentais e cognitivos simultaneamente dedicados a controlar o problema de saúde e regular o *distress* emocional (Cameron & Leventhal, 2003; Clark et al., 2014).

O fator principal que distingue os diferentes modelos de autorregulação utilizados em psicologia da saúde refere-se à sua especificidade, ou seja, se ele representa um modelo geral do comportamento – como a Teoria Social Cognitiva de Bandura, o Modelo de Enfrentamento de Carver e Scheier e o Modelo de Estresse e Enfrentamento de Lazarus e Folkman –, ou se é aplicado especificamente a comportamentos de saúde e doença, como é o caso do Modelo de Processamento de Informação Social-Cognitivo em Saúde, Modelo de Crenças em Saúde e o Modelo de Autorregulação de Leventhal (Cameron & Leventhal, 2003).

1.2.1 Teoria Social Cognitiva.

A Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura foi desenvolvida a partir da teoria de aprendizagem social. Ela estabelece uma ponte entre as teorias pré-cognitivas e as cognitivas. Essa teoria inclui elementos relacionados ao processamento da informação, autocontrole e a autodireção de pensamentos e ações (Azevedo, 1997).

Bandura enfatiza a importância dos esquemas de reforço externo dos processos de pensamento, como crenças, expectativas e autoinstrução. Segundo ele, as respostas comportamentais não são disparadas automaticamente por um estímulo externo, as reações aos estímulos são autoativadas pelo próprio indivíduo. Ademais, demonstrou que as pessoas são capazes de aprender qualquer tipo de comportamento sem obter diretamente qualquer reforço. Também destacou o papel da aprendizagem por meio vicário, ou seja, pela observação do comportamento de outras pessoas e suas consequências (Azevedo, 1997; Bandura, Azzi, & Polydoro, 2008).

Assim, a Teoria Social Cognitiva do comportamento humano é extensivamente motivada e regulada pelo exercício contínuo da autoinfluência. A maioria dos mecanismos autorregulatórios opera por meio de três subfunções principais: automonitoramento do comportamento, seus determinantes e seus efeitos; julgamento do próprio comportamento de acordo com padrões pessoais e circunstâncias ambientais; e autorregulação afetiva. A autorregulação também engloba o mecanismo de autoeficácia, que desempenha um papel central no exercício da agência pessoal pelo seu forte impacto nos pensamentos, afeto, motivação e ação (Azzi, 2010; Bandura, 1991; Bandura et al., 2008).

1.2.2 Modelos de enfrentamento.

O modelo de Carver e Scheier defende a existência de estilos de enfrentamento, que estariam relacionados a formas habituais de lidar com o estresse. Segundo esses autores, haveria uma tendência a se lançar mão de respostas de enfrentamento em menor ou maior grau em determinadas situações de estresse. Os estilos de enfrentamento tem sido mais frequentemente relacionados a características de personalidade ou a resultados de enfrentamento. Ressalta-se que esses estilos não implicam necessariamente na presença subjacente de traços de personalidade que predis põem a pessoa a responder de determinada forma; eles podem refletir uma tendência a responder de uma maneira particular quando o indivíduo é confrontado com circunstâncias específicas (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998).

Já o modelo de Lazarus e Folkman, conhecido como Modelo Transacional de Estresse, em vez de estilos de enfrentamento, aborda estratégias de enfrentamento. Esses estudiosos dividem enfrentamento em duas categorias: enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção. Segundo Lazarus e Folkman, enfrentamento pode ser definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como excedendo seus recursos pessoais. Esse modelo envolve quatro conceitos principais: a) enfrentamento é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; b) sua função é de administração da situação estressora; c) os processos de enfrentamento dependem da noção de avaliação, ou seja, são baseados na percepção, interpretação e representação cognitiva do fenômeno; d) os processos de enfrentamento são caracterizados por uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas e externas (Antoniazzi et al., 1998; Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001; Straub, 2014).

Ressalta-se que grande parte da literatura sobre enfrentamento concentra-se na área de saúde (Faria & Seidl, 2005), considerando que os modelos de enfrentamento podem ser úteis para a compreensão de como os indivíduos lidam com a doença, permitindo que os profissionais de saúde identifiquem comportamentos disfuncionais e não-adaptativos, de maneira a intervir para o desenvolvimento de um repertório cognitivo e comportamental mais funcional. Outro modelo de autorregulação utilizado no âmbito da saúde, especialmente em práticas preventivas, é o Modelo de Crenças em Saúde (*Health Belief Model*) (Straub, 2014).

1.2.3 Modelo de Crenças em Saúde.

O Modelo de Crenças em Saúde começou a ser desenvolvido no início da década de 1950 por estudiosos que pertenciam a serviços de saúde pública dos Estados Unidos e que tinham uma orientação fenomenológica baseada nas teorias de Kurt Lewin. Inicialmente, seu enfoque era psicossocial e enfatizava a prevenção; em seguida, focou nos comportamentos de evitação da doença; e nos anos 70 do século passado, deu ênfase a tratamentos e a respostas dos pacientes a sintomas manifestos. A partir do Modelo da Teoria Racional de Crenças, desenvolvido por Hochbaum, Leventhal e Rosentock, surgiu o Modelo de Crenças em Saúde de Becker. Esse modelo foi desenvolvido em 1974 e sugere que uma pessoa adotará uma determinada ação de saúde em relação ao interesse que possui na problemática (ou seja, motivação em saúde), bem como sobre sua percepção acerca de: 1) suscetibilidade ou vulnerabilidade à doença; 2) gravidade percebida das consequências, no caso de desenvolver a doença; 3) benefícios potenciais da ação preventiva ou de redução de ameaça; 4) custos e barreiras físicas, psicológicas, econômicas etc., para concretizar a ação preventiva ou de redução da ameaça (Quiceno & Vinaccia, 2010; Straub, 2014).

1.2.4 Modelo de Processamento de Informação Social-Cognitivo em Saúde.

O Modelo de Processamento de Informação Social-Cognitivo em Saúde (*Cognitive-Social Health Information Processing Model*) analisa como o indivíduo processa cognitivamente e afetivamente a informação sobre a saúde, riscos e opções de tratamento, e como essa informação é traduzida em comportamentos que irão melhorar ou piorar o estado de saúde (Miller et al., 2006; Miller, Shoda, & Hurley, 1996).

Trata-se de um modelo especialmente aplicado à área de oncologia e aborda como os indivíduos processam a informação sobre a ameaça de câncer e opções de controle e prevenção. Esse modelo integrativo reconhece que o comportamento é influenciado pela percepção de vulnerabilidade à doença, expectativas de autoeficácia, valores e objetivos relacionados à saúde, emoções e estratégias de enfrentamento, bem como considera aspectos relacionados à ameaça do câncer, como probabilidade e possibilidade de cura (Miller et al., 2006).

Outros modelos de autorregulação em saúde também foram desenvolvidos, sendo destacadas as contribuições de Howard Leventhal, que idealizou um modelo de autorregulação em meados de 1980. Trata-se de um modelo cognitivo especificamente aplicado a comportamentos de saúde e doença que

será descrito com mais detalhes, por ser foco de interesse do presente estudo (Cameron & Leventhal, 2003; Quiceno & Vinaccia, 2010).

1.2.5 Modelo de Autorregulação de Leventhal.

O Modelo de Autorregulação de Leventhal é um modelo de senso comum, também conhecido como modelo cognitivo da doença, percepção de doença ou modelo de representação da doença (Singh, 2011). Ele é centrado nas crenças individuais sobre saúde/doença e nas respostas às ameaças de doença; parte da premissa que o paciente é um agente ativo na resolução de seus problemas, respondendo de forma dinâmica à enfermidade, segundo sua interpretação e avaliação (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; Cameron & Leventhal, 2003; Figueiras, 2008).

O Modelo de Autorregulação de Leventhal, proposto em 1980, derivou de estudos sobre o impacto de mensagens de medo sobre o comportamento preventivo (Sousa, 2003). Howard Leventhal descobriu que as mensagens de medo, independentemente do temor produzido, eram efetivas quando levavam a um plano de ação, inferindo-se, assim, que o fator principal que motivava a adoção de comportamentos preventivos não dizia respeito às mensagens de medo em si, mas sim à forma como as pessoas representavam ou compreendiam a ameaça de doença (Quiceno & Vinaccia, 2010).

Para Howard Leventhal, quando os pacientes recebem o diagnóstico de uma enfermidade, eles geralmente revelam um padrão de crenças sobre a sua condição, que por sua vez, são importantes determinantes dos comportamentos que serão emitidos para o gerenciamento da doença. Trata-se de um processo dinâmico, que muda em resposta às alterações na percepção de doença. Essas percepções ou representações cognitivas influenciam diretamente as respostas emocionais do indivíduo à enfermidade e aos comportamentos de enfrentamento (Figueiras, 2008; Petrie & Weinman, 2006).

Segundo o Modelo de Autorregulação de Leventhal, as respostas às doenças seguem normalmente três etapas (Pacheco-Huergo et al., 2012). A primeira é a representação cognitiva e emocional da ameaça à saúde ou interpretação: a pessoa acometida por algum agravo, ao ser confrontada com uma doença potencial por meio de pistas internas (ex. sintomas) ou externas (ex. informação), tenta atribuir um significado ao problema, com base nas suas cognições preexistentes sobre a enfermidade. Essas cognições organizam-se em cinco dimensões: (1) identidade - refere-se aos rótulos abstratos, às ideias que o paciente possui sobre a sua doença, bem como à interpretação que faz dos sintomas; (2) causa - indica as atribuições que o paciente faz acerca das prováveis causas da sua doença, que podem focalizar fatores internos e externos; (3) dimensão temporal (duração) - refere-se à percepção de duração do problema de saúde, podendo ser aguda, crônica ou cíclica/episódica; (4) consequências - indicam as crenças que o indivíduo possui acerca da gravidade da doença e o provável impacto em aspectos sociais, físicos, psicológicos e financeiros; (5) cura/controla - demonstra o quanto os pacientes acreditam que sua doença pode ser curada ou controlada, bem como reflete as crenças que o indivíduo possui sobre o tratamento da doença (Broadbent et al., 2006; Cameron & Leventhal, 2003; Leite, 2011).

Ademais, os componentes de representação cognitiva apresentam uma interrelação lógica. Por exemplo, uma forte crença que a doença pode ser curada ou controlada tende a associar-se à percepção de que ela será de curta duração e implicará consequências relativamente mais brandas (Petrie, Broadbent, & Kydd, 2008; Sousa, 2003). Estudos com diferentes enfermidades crônicas demonstraram associação entre essas dimensões de representação da doença e aspectos psicológicos (Broadbent, et al., 2006; Brooke, 2013), tais como modalidades de enfrentamento (Colleto & Câmara, 2009; Norcini Pala & Steca, 2015; Sousa et al., 2011), humor (Arran et al., 2014; Keeling, Bambrough, & Simpson, 2013) e comportamento de adesão às recomendações médicas (Chen et al., 2009; Kemppainen, Kim-Godwin, Reynolds, & Spencer, 2008).

A segunda etapa da autorregulação refere-se ao desenvolvimento e implementação das estratégias de enfrentamento. Nesta fase, a pessoa identifica e seleciona estratégias de enfrentamento que lhe permitem adquirir o equilíbrio físico e emocional ameaçado ou perdido. Por fim, na terceira fase ocorre a ponderação ou avaliação das estratégias de enfrentamento empregadas, com fins de adaptação à doença ou às suas consequências, mantendo a qualidade de vida, dentro do possível (Pacheco-Huergo et al., 2012).

Assim, de acordo com Leventhal, quando ocorre uma mudança na saúde física, o indivíduo interpreta seus sintomas e levanta uma hipótese sobre o que a sua doença pode ser. A representação de doença do indivíduo influencia o tipo de estratégia que a pessoa utiliza para enfrentar e controlar os seus sintomas. As hipóteses podem ser expressas por afirmações do tipo “se...então”. Por exemplo, se a pessoa interpreta que sua dor no estômago é indigestão (identidade), causada pelo consumo de determinado alimento (causa), então tomar um medicamento antiácido (controle do tratamento) a fará sentir melhor (consequência) em trinta minutos (dimensão temporal). Após a implementação do tratamento, o indivíduo reavalia seus sintomas, e se ele se sentir melhor, então sua hipótese sobre a doença foi confirmada. Todavia, se o tratamento não resultou em melhora dos sintomas, o indivíduo repete o processo e reinterpreta seus sintomas, reidentifica a doença e seleciona uma nova estratégia de enfrentamento (Figueiras, 2008; Leventhal et al., 2003; Leite, 2011).

Ressalta-se que a interpretação dos sintomas é baseada em vários fatores, incluindo a memória do indivíduo de experiências prévias dele mesmo com sintomas, ou de outras pessoas próximas, conhecimento sobre várias doenças e informações socialmente aprendidas (senso comum). Assim, a influência de fatores culturais e sociais no processo de autorregulação é descrita por Leventhal (Leventhal et al., 1997). Segundo ele, não é necessário que os indivíduos tenham tido uma experiência direta com a doença para que desenvolvam seus modelos de representação cognitiva e emocional, pois eles podem desenvolver suas percepções a partir da experiência de familiares ou de pessoas relevantes do contexto social (Leventhal et al., 2003).

O Modelo de Autorregulação de Leventhal tem sido bem validado no domínio da saúde física, sendo aplicável a diversas doenças (Brooke, 2013; Dempster, Howell, & McCorry, 2015; Figueiras, 2008; Moss-Morris et al., 2002; Petrie, Jago, & Devcich, 2007), como artrite reumatoide

(Moss-Morris & Chalder, 2003), doença de Huntington (Arran et al., 2014), asma (Kaptein et al., 2008), diabetes (Griva, Myers, & Newman., 2000; Sousa, 2003), síndrome da fadiga crônica (Moss-Morris & Chalder, 2003), lúpus eritematoso sistêmico (Barbasio et al., 2015), hipertensão (Ross, Walker, & Macleod, 2004) e cardiopatias (Peleg, Drori, Banai, Finkelstein, & Shiloh, 2015). Também são encontradas evidências de sua aplicabilidade no contexto da saúde mental, especialmente em depressão (Baines, 2011; Care & Kuiper, 2013; Leite, 2011; Petrie et al., 2007) e esquizofrenia (Huang, Li, & Shu, 2015).

Em síntese, o Modelo de Autorregulação de Leventhal é aplicado a comportamentos relacionados à saúde e à doença, considera questões sociais/culturais, apresenta componentes associados com questões que são foco de interesse e investigação em psicologia da saúde, como enfrentamento, autoeficácia e adesão ao tratamento (Baumann, 2003; Broadbent et al., 2006; Brooke, 2013; Dempster et al., 2015; H. Leventhal et al., 1997; H. Leventhal, et al., 2003). Desta forma, estudiosos tem se dedicado a investigações sobre a percepção de doença em função da sua relevância para a prática de profissionais de saúde que prestam assistência a pacientes com doenças crônicas, especialmente aqueles que vivem com HIV/aids.

1.2.5.1 Percepção de doença e HIV/aids.

A percepção de doença de PVHA é uma variável importante a ser considerada no contexto da prática e da pesquisa sobre a aids. Observa-se que essa população de maneira geral apresenta, frequentemente, crenças disfuncionais sobre a enfermidade, sendo que pessoas soropositivas são as mais afetadas por essas concepções equivocadas. Tais crenças podem influenciar práticas de autogerenciamento da doença, além de favorecer a manutenção de comportamentos de risco e do preconceito/discriminação por indivíduos não acometidos pelo agravo. A percepção de doença no que tange ao HIV/aids, até o momento, foi pouco explorada em âmbito mundial e trata-se de um campo de pesquisa extremamente carente no Brasil. Contudo, os resultados de algumas pesquisas contribuem para o fortalecimento da relevância dessa variável no contexto da infecção pelo HIV/aids (Kemppainen et al., 2008; Kossakowska & Zielazny, 2013; Muoghalu & Jegede, 2013; Norcini Pala & Steca, 2015; Peltzer, 2001; Reynolds et al., 2009; Songwathana & Manderson, 1998).

Um estudo polonês comparou a percepção de doença de pessoas que tinham diagnóstico de HIV e aquelas consideradas com aids, evidenciando diferenças na percepção de doença das mesmas. Segundo os pesquisadores, pessoas com aids percebiam a doença como uma maior ameaça em comparação com indivíduos apenas com o diagnóstico de HIV. Para pessoas com aids a doença acarretava maior impacto em suas vidas e elas tinham a percepção de menor capacidade de controlar a enfermidade, bem como de maior gravidade dos sintomas. Ademais, tinham mais preocupações e pior estado emocional, incluindo tristeza e ansiedade (Kossakowska & Zielazny, 2013).

Outra investigação avaliou as crenças pessoais sobre as causas e o significado de ter HIV, bem como sobre a adesão ao tratamento em pessoas que viviam na zona rural do sudeste da Carolina do Norte. A maioria dos participantes tinha crenças de que o HIV era uma doença grave e crônica e que poderia ser controlada por meio de tratamento. Os participantes apresentaram opiniões divergentes sobre se o curso da doença era passível de controle pessoal. As pessoas que manifestaram a crença de que a causa do HIV/aids foi devido ao acaso/azar ou por vontade de Deus foram mais propensas a acreditar que a progressão da doença dependia do acaso ou do destino (Kempainen et al., 2008).

Outro estudo norte-americano demonstrou a relação entre percepção de doença e enfrentamento em PVHA (Norcini Pala & Steca, 2015). Os pesquisadores encontraram associação entre maior percepção de ameaça imposta pela enfermidade, carga viral detectável e estratégias de enfrentamento desadaptativas, como enfrentamento passivo e uso de álcool.

Um outro estudo (Reynolds et al., 2009) destacou o papel da percepção de doença no autocuidado, saúde e qualidade de vida de pessoas soropositivas. Trata-se de um estudo multicêntrico, que envolveu participantes da Noruega, Taiwan, Porto Rico, Colômbia e Estados Unidos. Os pesquisadores constataram que a representação cognitiva do HIV estava associada ao gerenciamento efetivo da doença. Por exemplo, a percepção que pouco poderia ser feito para controlar o HIV esteve significativamente associada com sentimentos de medo, menos atividades de autocuidado efetivas e pior qualidade de vida relacionada à saúde. Assim, concluiu-se que o conceito de representação de doença fornece uma estrutura útil para a compreensão e gerenciamento dos sintomas do HIV e pode contribuir para o direcionamento de intervenções efetivas.

Os estudos citados refletem a importância da percepção de doença sobre HIV/aids. Trata-se de uma variável associada ao enfrentamento (Norcini Pala & Steca, 2015), gerenciamento efetivo da doença (Reynolds et al., 2009) e à adesão ao tratamento de PVHA (Kempainen et al., 2008). As investigações refletem a importância de intervenções psicológicas voltadas para esse público com fins a favorecer a construção de uma percepção de doença mais realista e adaptativa sobre a doença (Nogueira, 2012). Algumas pesquisas indicam outras demandas de atenção do psicólogo da saúde que não apenas incluem a promoção de mudanças na percepção de doença de PVHA.

Estudiosos destacaram o papel da percepção de doença como uma possível variável preditora de atitudes discriminatórias voltadas aos indivíduos soropositivos para o HIV. Em um estudo realizado na Nigéria, com pessoas que não tinham HIV/aids, observou-se que a maioria dos entrevistados consideraram o HIV/aids como uma doença que acomete pessoas imorais, sendo a mesma um castigo de Deus, produto de crenças religiosas e culturais. Observou-se baixo nível de conhecimento e crenças disfuncionais sobre a doença, reforçando a importância de programas eficazes de conscientização sobre essa condição, com o intuito de mudar comportamentos e reduzir

a percepção negativa e, conseqüentemente, o estigma associado à enfermidade (Muoghalu & Jegede, 2013).

Em consonância com a investigação anterior, outro estudo africano, conduzido em uma província de África do Sul, investigou a percepção de doenças de estudantes de ensino médio sobre a malária, tuberculose, etilismo e HIV/aids. Houve relevante distinção entre HIV/aids e as outras enfermidades, havendo também uma percepção negativa da doença: menos passível de cura, de maior transmissão, com progressão gradual e acarretando maior autoculpabilização (Peltzer, 2001).

Da mesma maneira, uma pesquisa realizada na Tailândia, composta por entrevistas individuais com mulheres e grupos focais constituídos por ambos os sexos, avaliou a percepção de doença sobre HIV/aids. Os participantes tinham majoritariamente informações negativas sobre a doença, geralmente obtidas por meio de rádio e televisão. O HIV/aids foi associado a sujeira, perigo e morte, bem como ao *karma* e à prostituição feminina. A maioria das mulheres não se percebia em risco de infecção, alegando que confiava em seus parceiros (Songwathana & Manderson, 1998).

Com base nos estudos anteriores, observa-se a existência de crenças disfuncionais sobre a enfermidade na população de maneira geral, sugerindo a necessidade de campanhas educativas efetivas. No que tange à promoção de mudanças na percepção de doença em pacientes soropositivos, acredita-se que intervenções psicológicas podem contribuir para minimizar distorções cognitivas decorrentes de informações errôneas e crenças disfuncionais sobre a enfermidade e o tratamento. Para tanto, a terapia cognitivo-comportamental pode ser empregada como facilitadora. Desta forma, na fase final da revisão de literatura, aborda-se o histórico, conceitos e pressupostos teóricos e aplicação da TCC em pessoas com HIV/aids, bem como apresenta-se uma revisão de literatura sobre seus efeitos sobre variáveis psicológicas de pessoas que vivem com HIV/aids.

1.3 Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

1.3.1 Contexto histórico.

A TCC é um termo amplo que abarca a terapia cognitiva padrão e estratégias comportamentais. Assim, seu surgimento e desenvolvimento se mesclam aos das teorias cognitivas e comportamentais (Bahls & Navolar, 2004; A. T. Beck, 1993; J. S. Beck, 2011, 2013; Guimarães, 2001; Knapp & A. T. Beck, 2008; Wright et al., 2008).

A teoria comportamental ganhou espaço na década de 1930, a partir de trabalhos clássicos de estudiosos como Pavlov, Thorndike, Hull e Skinner. Assim, as aplicações da terapia comportamental baseiam-se nos princípios da teoria da aprendizagem e da análise experimental do comportamento. Sua consolidação se deu a partir dos anos 50 do século XX, na qual começou a ser reconhecida como uma “abordagem sistemática de intervenção em saúde mental, desenvolvida em oposição à psicanálise e influenciada pelo empirismo crescente da época” (Guimarães, 2001,

p.113). Trata-se de uma abordagem que foca diretamente o comportamento a ser modificado e o ambiente no qual ele ocorre (Bahls & Navolar, 2004; Guimarães, 2001).

Já a terapia cognitiva emergiu a partir, principalmente, dos estudos de Aaron T. Beck e Albert Ellis, desenvolvidos no início da década de 1960, o que culminou em uma “revolução cognitiva”. Aaron Beck partiu de insatisfações com as formulações psicodinâmicas sobre a depressão. Ao observar seus pacientes, esse estudioso não encontrou evidências de que a depressão resultasse de raiva voltada ao *self*. Ao verificar o conteúdo de pensamentos e sonhos de pessoas com depressão, identificou uma tendência a interpretações negativistas dos fatos, ou seja, havia um padrão negativo de processamento cognitivo. Nesse período ele desenvolveu uma conceitualização cognitiva da depressão no qual os sintomas estavam relacionados a um estilo negativo de pensamento em três domínios (triade cognitiva negativa): visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro. Aaron Beck apresentou uma série de trabalhos baseados nas suas primeiras formulações, que centravam no papel do processamento de informações desadaptativo em transtornos de depressão e ansiedade. A proposta de Aaron Beck de uma terapia cognitivamente orientada, com o objetivo de reverter cognições disfuncionais e comportamentos associados, foi testada por diversos pesquisadores. As teorias e métodos descritos por Aaron Beck se estenderam a uma grande variedade de quadros clínicos, incluindo depressão, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, esquizofrenia, transtorno bipolar, dor crônica, transtornos de personalidade e abuso de substâncias (Bahls & Navolar, 2004; J. S. Beck, 2011, 2013; A. T. Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Falcone, 2001; Guimarães, 2001; Knapp & A. T. Beck, 2008; Wright et al., 2008).

À medida que a terapia comportamental se expandia, vários investigadores começaram a incorporar as teorias e estratégias cognitivas a seus tratamentos, por entenderem que a perspectiva cognitiva “acrescentava contexto, profundidade e entendimento às intervenções comportamentais” (Wright et al., 2008, p. 16). Aaron Beck defendia a importância da inclusão dos métodos comportamentais desde o princípio, baseado no reconhecimento da eficácia dos mesmos na redução de sintomas, sustentando a existência de um relacionamento estreito entre cognição e comportamento (J. S. Beck, 2013; Wright et al., 2008).

Assim, desde a década de 1960 houve uma unificação das formulações cognitivas e comportamentais na psicoterapia. Embora existam aqueles que defendem a utilização da abordagem comportamental ou cognitiva isoladas, terapeutas mais pragmáticos entendem que métodos cognitivos e comportamentais são conjuntamente eficazes, tanto na teoria como na prática. Ademais, muitas pesquisas demonstraram a eficácia da combinação de técnicas cognitivas e comportamentais (A. T. Beck, 1993; J. S. Beck, 2011, 2013; Guimarães, 2001; Wright et al., 2008).

Quase cinquenta anos após Aaron T. Beck e Albert Ellis delinearem os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental, a pesquisa clínica e experimental continua demonstrando a sua eficácia no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos e ampliando a sua aplicabilidade além do contexto clínico, consolidando seu espaço especialmente no campo de atuação da psicologia da

saúde (Bahls & Navolar, 2004; A. T. Beck, 1993; J. S. Beck, 2011, 2013; Knapp, 2004; Sage, Snowden, Chorlton, & Edeleanu, 2008).

1.3.2 Conceitos e pressupostos teóricos.

Segundo Kaplan et al., “a terapia cognitivo-comportamental é um termo utilizado para descrever as intervenções psicoterapêuticas que visam reduzir o sofrimento psicológico e o comportamento desajustado” (conforme citado em Stallard, 2004). Ela parte do pressuposto que afeto e comportamento são, fundamentalmente, produtos de cognições. Assim, erros sistemáticos de pensamento e avaliações cognitivas não realistas de eventos podem levar a emoções negativas e comportamentos mal adaptativos (J. S. Beck, 2011, 2013; Knapp & A. T. Beck, 2008; Stallard, 2004; Taylor, 2006).

A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem psicoterapêutica breve, baseada em evidências e em um conjunto de teorias bem-sucedidas que auxiliam na formulação de planos de tratamento, bem como na orientação de ações do terapeuta. Um dos objetivos centrais da TCC é auxiliar o paciente a reconhecer e modificar esquemas e pensamentos automáticos desadaptativos por meio de técnicas cognitivas (A. T. Beck et al., 1979; J. S. Beck, 2013; Knapp & A. T. Beck, 2008; Wright et al., 2008). Técnicas comportamentais também são utilizadas com o propósito de modificar condutas inadequadas relacionadas ao transtorno psiquiátrico ou problema apresentado (Bahls & Navolar, 2004; A. T. Beck et al., 1979).

O termo genérico terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia cognitiva são, frequentemente, utilizados como sinônimos para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo (Bahls & Navolar, 2004; Knapp & A. T. Beck, 2008; J. S. Beck, 2013). Em função da diversidade de abordagens da TCC, uma classificação foi proposta: 1) terapias de habilidades de enfrentamento, cujo foco é no desenvolvimento de habilidades para que o paciente consiga lidar com uma série de situações problemáticas; 2) terapia de solução de problemas, que enfatiza o desenvolvimento de estratégias gerais para lidar com uma série de dificuldades pessoais; e 3) terapias de reestruturação, tendo como meta a reformulação de pensamentos distorcidos e a promoção de pensamentos mais adaptativos (Mahoney conforme citado em Knapp & A. T. Beck, 2008; Taylor, 2006). As abordagens em TCC compartilham bases comuns, mesmo havendo diferenças em princípios e procedimentos, merecendo citar: o papel mediacional da cognição (respostas aos eventos são afetadas pelo processamento cognitivo); o monitoramento, avaliação e medição da atividade cognitiva; e a possibilidade de mediação de mudanças de comportamento por avaliações cognitivas, constituindo evidência indireta de mudança cognitiva (Dobson & Dobson, 2010; Knapp & A. T. Beck, 2008).

A terapia cognitiva identifica três níveis de pensamento: pensamento automático, as crenças intermediárias e as crenças centrais. Esses três níveis de pensamentos estão interligados no funcionamento cognitivo de pessoas com transtornos psicológicos. Os pensamentos automáticos são espontâneos e fluem de acordo com os acontecimentos diários, sendo o nível de pensamento

mais facilmente acessível. Distorções cognitivas são frequentes em pensamentos automáticos de pessoas com transtornos psiquiátricos (A. T. Beck et al., 1979; J. S. Beck, 2013; Falcone, 2001; Taylor, 2006).

As crenças intermediárias ocorrem sob a forma de suposições ou regras, não estando, portanto, relacionadas diretamente às situações. Esse segundo nível de pensamento reflete ideias e entendimentos mais profundos, sendo mais resistentes a mudanças do que os pensamentos automáticos (A. T. Beck et al., 1979; J. S. Beck, 2013; Falcone, 2001; Taylor, 2006).

O terceiro nível de pensamentos refere-se às crenças centrais ou esquemas, constituindo o nível mais profundo da estrutura cognitiva. Elas são compostas por ideias absolutistas, rígidas e globais que uma pessoa tem de si mesmo, dos outros e do mundo (A. T. Beck et al., 1979; J. S. Beck, 2013; Falcone, 2001; Taylor, 2006).

Assim, a terapia cognitiva produz mudanças no pensamento e no sistema de crenças do indivíduo, o que leva a alterações duradouras nas emoções e no comportamento. Para tanto, alguns princípios caracterizam o processo clínico nessa abordagem, apesar do processo terapêutico variar de acordo com o problema apresentado: construção de uma aliança terapêutica segura; abordagem com caráter educativo; terapia baseada nos problemas do indivíduo e no estabelecimento de metas específicas; sessões com estrutura pré-determinada; e preocupação com a prevenção de recaídas (J. S. Beck, 2013; Falcone, 2001; Taylor, 2006).

A TCC tem sido adaptada para pacientes com diversos níveis de escolaridade e renda, culturas e idades (crianças, jovens, adultos e idosos). Também tem sido utilizada em cuidados primários e outros serviços médicos, escolas, programas vocacionais, prisões, entre outros contextos. Além da aplicação em acompanhamentos tradicionalmente individuais, a TCC tem sido empregada no atendimento de casais, famílias e no formato de grupo. Ademais, suas técnicas podem ser usadas pontualmente, fora do ambiente psicoterapêutico, em vários contextos, incluindo a prática em saúde (J. S. Beck, 2011, 2013), sendo uma abordagem aplicável à população com HIV/aids (Brito & Seidl, 2015; Crepaz, Passin, Herbst, Sima, & Malow, 2008; Faustino & Seidl, 2010; Petersen, Koller, Vasconsellos, & Teixeira, 2008).

1.3.3 Aplicação da TCC em PVHA.

Quando uma pessoa é diagnosticada com uma doença crônica, como o HIV/aids, muitas preocupações realistas e medos podem rapidamente surgir em sua mente, incluindo preocupações sobre dor física, qualidade de vida global e mortalidade. Outras preocupações podem incluir: percepções e opiniões de outras pessoas; a situação econômica; como a doença pode afetar a vida diária, seus papéis e responsabilidades; como a enfermidade pode afetar seus relacionamentos social, familiar e conjugal; e sobre como cuidar de dependentes, como filhos, caso os tenha. Essas são somente algumas preocupações potenciais de pessoas com uma enfermidade crônica, como o HIV/aids (Straub, 2014; Taylor, 2006).

De uma maneira geral, existem três razões que justificam a aplicabilidade da terapia cognitivo-comportamental em pessoas com doenças crônicas, incluindo HIV/aids: 1) é uma abordagem útil no tratamento de sintomas psicológicos que podem coexistir com a doença ou ser exacerbados devido a estressores associados com a condição de saúde; 2) aborda prontamente os problemas e desafios vivenciados pelo enfermo; 3) tem sustentação empírica de sua eficácia. Ademais, a TCC facilita a adesão a tratamentos médicos; fornece suporte emocional e estabilidade durante a crise decorrente do diagnóstico recente; previne ou reduz comportamentos que podem ter consequências negativas para a saúde do indivíduo (como fazer sexo sem preservativo e/ou usar drogas); favorece o empoderamento em relação aos cuidados com a saúde; promove o senso de percepção de controle sobre os sintomas e ensina os pacientes a serem seus próprios terapeutas; educa os pacientes com relação à sua saúde, fornecendo uma estrutura para que possam tomar decisões com relação ao seu tratamento; melhora a saúde e o funcionamento imunológico por meio do gerenciamento do estresse; e auxilia na redução do uso excessivo de medicação ou de visitas ao médico decorrentes de erros de interpretação de sintomas, como aqueles associados à ansiedade (Taylor, 2006).

Especificamente no contexto da assistência a PVHA, intervenções cognitivo-comportamentais geralmente centram-se em três elementos principais: reduzir o risco de transmissão do HIV e de reinfecção; melhorar as estratégias de enfrentamento; e fortalecer o apoio social. Programas que visam a redução do risco de transmissão do HIV focam em mudanças de comportamentos – como o uso consistente de preservativo nas relações sexuais e não compartilhamento de seringas –, e na modificação de fatores psicossociais que favorecem o envolvimento do indivíduo em comportamentos de alto risco, tais como: abuso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas); estados emocionais negativos (depressão, tédio e ira); crenças disfuncionais (por exemplo, “vai-me rejeitar se eu insistir em usar a camisinha”); e estilos sociais (por exemplo, não usar preservativo por ser casado e acreditar que vive uma relação monogâmica) (Campos & Thomason, 2007; Miyazaki et al., 2001).

Os principais objetivos da prevenção da transmissão do HIV são reduzir e eliminar comportamentos de risco de exposição ao HIV e de reinfecção de PVHA; e aumentar a frequência de comportamentos alternativos que não oferecem risco. Para que tais objetivos sejam alcançados, além da educação sobre os comportamentos de risco, deve-se incluir nos programas de prevenção estratégias cognitivo-comportamentais que favoreçam mudanças nos antecedentes do comportamento de risco, como reestruturação cognitiva na presença de crenças disfuncionais sobre o uso do preservativo (Campos & Thomason, 2007; Miyazaki et al., 2001).

Outro propósito das intervenções cognitivo-comportamentais em PVHA é auxiliá-las a desenvolver estratégias de enfrentamento com relação à doença e ao tratamento. A psicoeducação pode ser utilizada, tendo em vista que o conhecimento propicia uma sensação de controle sobre os problemas e favorece mudanças nas crenças (Dobson & Dobson, 2010; Poletto et al., 2015).

Ademais, as cognições sobre o HIV/aids de uma pessoa infectada estão relacionadas com as informações que se tem sobre a doença, o que irá influenciar o surgimento e intensidade de alterações emocionais, mediadas pelos erros no processamento de informação (Poletto et al., 2015; Remor, 1999). Para tanto, são utilizados diferentes tipos de materiais educativos e métodos de exposição da informação, sendo materiais breves e concisos, adequados e suficientes para as intenções de psicoeducação básica (Dobson & Dobson, 2010).

Na área da saúde se utilizam frequentemente materiais psicoeducativos, como manuais de cuidados em saúde, folhetos e cartilhas, que visam o fornecimento de informações e a promoção de mudanças de comportamento. Todavia, apesar de sua relevância, existe pouca literatura sobre os procedimentos necessários à elaboração desse tipo de ferramenta. A relevância da sua contribuição está condicionada ao respeito a princípios de comunicação preconizados pela literatura (Echer, 2005; Reberte, Hoga, & Gomes, 2012).

Durante o processo de construção de materiais educativos em saúde se deve estar atento às seguintes recomendações: buscar na literatura científica o conhecimento atualizado e especializado sobre o assunto; abordar o conteúdo com clareza; estar atento à linguagem, de maneira a assegurar que esteja acessível a todas as camadas da sociedade e níveis de instrução; selecionar informações realmente importantes, de maneira a tornar o material atraente e objetivo; assegurar que as informações sejam de fácil compreensão, estimulando a leitura do público alvo; incluir ilustrações que favoreçam o entendimento do conteúdo; abarcar uma etapa de qualificação com avaliação do material construído por profissionais de saúde e pacientes. Os profissionais de saúde funcionam como peritos nesse processo, assegurando a replicação de um conhecimento seguramente especializado. Já os pacientes, permitem a adequação do conteúdo ao seu interesse, bem como viabilizam a adequação dos recursos de comunicação. Respeitadas essas recomendações, os profissionais de saúde e pacientes terão acesso a uma material de qualidade, adequado para ser utilizado durante a psicoeducação no contexto de saúde, incluindo a assistência em HIV/aids (Echer, 2005; Poee et al., 2010; Reberte, Hoga, & Gomes, 2012).

Outro recurso de grande utilidade são os cartões de enfrentamento, que podem auxiliar o paciente a lidar de maneira mais adaptativa com relação à doença e o tratamento. Nesses cartões a pessoa escreve instruções que gostaria de dar a si mesmo para ajudá-las a enfrentar questões ou problemas específicos (Wright et al., 2008). Por exemplo, um indivíduo com dificuldades de adesão ao tratamento pode escrever aspectos que o motive a tomar os antirretrovirais e lê-los diariamente no início do dia.

O tratamento de transtornos psiquiátricos, como ansiedade e depressão, ou seus sintomas, também podem favorecer a adaptação ao tratamento. Para tanto estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais específicas podem ser utilizadas, como reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas, ativação comportamental, treino em respiração, relaxamento muscular

progressivo, entre outras (Campos & Thomason, 2007; Guimarães, 2001; Lobo et al., 2012; Oliveira, 2011; Powell, Abreu, Oliveira, & Sudak, 2008; Wilhelm, Andretta, & Ungaretti, 2015).

Na reestruturação cognitiva busca-se identificar pensamentos automáticos e esquemas nas sessões, ensinar habilidades para mudar cognições, além de propor aos pacientes a realização de uma série de exercícios planejados com o intuito de promover a generalização da aprendizagem ocorrida no contexto da terapia para as situações do dia a dia (Wright et al., 2008). Já o treino em solução de problemas é uma técnica utilizada para ensinar às pessoas formas adequadas de enfrentamento de situações e problemas reais. A aplicação dessa técnica inclui a listagem de possíveis estratégias para o manejo eficaz da situação problemática, seguida da seleção e aplicação da resposta mais adequada para lidar com a situação (Guimarães, 2001). A ativação comportamental é uma técnica que consiste em ajudar o paciente a se envolver em atividades produtivas logo no início da terapia (Wright et al., 2008).

Para alívio de sintomas de ansiedade o treino em respiração e o relaxamento progressivo podem ser úteis. O treino em respiração pode ser utilizado em etapa preliminar ao treino em relaxamento ou isoladamente, e consiste em baixas taxas de respiração, inspiração-expiração profundas e amplas, sendo diafragmáticas; auxilia na distração, favorecendo um senso de controle sobre o organismo. O relaxamento muscular progressivo é um dos principais mecanismos para se alcançar uma resposta de relaxamento mental e físico e consiste na liberação gradual da tensão de grupos musculares. Geralmente, à medida que a tensão muscular diminui o sentimento subjetivo de ansiedade reduz (Guimarães, 2001; Wilhelm et al., 2015; Wright et al., 2008).

Dificuldades no que tange à adesão ao tratamento também podem ser trabalhadas por meio de estratégias e técnicas, como matriz de vantagens e desvantagens e autorregistro da conduta de adesão. O balanço de vantagens e desvantagens consiste em pedir a pessoa em tratamento antirretroviral que aponte vantagens e desvantagens em aderir e não aderir à TARV, registrados em uma matriz. Trata-se de um recurso utilizado em processos de tomada de decisão e favorece a intervenção do profissional de saúde, considerando que permite a identificação de barreiras ou incentivos para a adesão. O autorregistro da adesão também fornece subsídios para a intervenção, pois ele permite que a pessoa em TARV observe e registre o seu comportamento com relação aos medicamentos antirretrovirais, assinalando ocorrências de perdas de doses, atrasos na tomada da medicação, bem como reações e efeitos desconfortáveis observados (Faustino & Seidl, 2010; Ministério da Saúde, 2008b).

Por fim, o apoio social constitui outro importante fator a ser estimulado em intervenções cognitivo-comportamentais. Para que tal feito seja alcançado é necessário incluir no acompanhamento psicológico o(a) companheiro(a), familiares, amigos e outras pessoas relevantes do convívio social do indivíduo soropositivo, fornecendo informações sobre a doença e o tratamento, bem como desmistificando cognições disfuncionais sobre os mesmos. Quando não é possível realizar o aconselhamento conjugal e/ou familiar devido a perdas no convívio social

decorrentes de discriminação, busca-se juntamente com o paciente uma redefinição do sistema social, favorecendo a reconstrução de uma nova rede de apoio. Nos serviços de saúde que prestam assistência à população soropositiva devem ser estimuladas atividades em grupo, já que favorecem o apoio mútuo, fortalecimento do sentimento de pertencimento e a construção de novos vínculos sociais (Campos & Thomason, 2007; Ministério da Saúde, 2012).

Nas atividades em grupo podem ser utilizadas diversas estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais, o que irá depender dos objetivos do grupo e das características dos participantes. Entre outras estratégias e técnicas, o treino em habilidades sociais e o treino em assertividade podem ser favorecidos no contexto grupal, já que permitem o treinamento no próprio grupo para posterior generalização para outros ambientes sociais. O treino em habilidades sociais auxilia indivíduos a emitir respostas eficazes diante de situações específicas, como: iniciar e manter conversações; falar em público, solicitar mudança de comportamento do outro, expressar opiniões, mesmo divergentes, entre outras (Guimarães, 2001). Já o treino em assertividade, incluído no treino em habilidades sociais, refere-se ao exercício de direitos por parte das pessoas. Assim, agir assertivamente diz respeito a defender-se em situações de injustiça ou, pelo menos, buscar reestabelecer uma norma, que quando rompida, acarreta prejuízos pessoais ou grupais (Del Prette & Del Prette, 2003). Trata-se de uma estratégia de suma importância, considerando que pessoas com HIV/aids, muitas vezes, tem seus direitos infringidos devido a atitudes de discriminação e exclusão social (Gunther & Baracat, 2013).

Assim, independentemente da demanda, intervenções cognitivo-comportamentais podem ser de grande utilidade na construção de cognições mais adaptativas, auxiliando pessoas soropositivas a lidar de forma mais funcional com a doença e o tratamento. Estudos demonstraram que a abordagem cognitivo-comportamental acarreta um impacto positivo em variáveis psicológicas de pessoas com HIV/aids, incluindo percepção de controle, manejo do estresse, otimismo, autoeficácia, habilidades de enfrentamento, crenças de saúde e atitudes relacionadas à doença, como adesão ao tratamento (Brito & Seidl, 2015; Crepaz et al., 2008; Faustino & Seidl, 2010; Petersen et al., 2008; Straub, 2014).

1.3.3.1 Revisão de literatura: efeitos da TCC sobre variáveis psicológicas de PVHA.

Os efeitos positivos da TCC sobre diversas variáveis também foi evidenciado em uma revisão sistemática de literatura, realizada pela autora dessa tese de doutorado, em novembro de 2015, sendo incluídos estudos publicados até essa data. Objetivou-se identificar investigações nas quais a TCC foi a abordagem de escolha para tratamento psicológico de pessoas com HIV/aids. As bases de dados selecionadas foram Scielo, Lilacs e PubMed, sendo os descritores: HIV e terapia cognitivo-comportamental (*HIV and cognitive behavioral therapy*); aids e terapia cognitivo-comportamental (*aids and cognitive behavioral therapy*). Na busca foram incluídos artigos em português e inglês que apresentavam aplicações da TCC em pessoas com HIV/aids, sendo excluídos artigos repetidos, não empíricos, que não abordavam intervenções cognitivo-

comportamentais, não tratavam especificamente de pessoas com HIV/aids, bem como aqueles aos quais não foi possível o acesso ao resumo ou texto completo. Não foi feita restrição com relação ao tempo de publicação.

Foram encontrados dois artigos no Scielo, 12 no Lilacs e 1.290 no PubMed, totalizando 1.304 artigos. Ressalta-se que em função do elevado número de artigos encontrados no PubMed, optou-se por restringir a seleção nessa base de dados aos artigos que continham em seus títulos os descritores utilizados, ou seja, HIV ou aids e *cognitive behavioral therapy* - CBT ($n = 16$). Ao se aplicar os critérios de exclusão foram encontrados um total de 17 artigos (um no Scielo e 16 no PubMed), considerando as três bases de dados selecionadas, sendo 14 publicados em língua inglesa e três em português. Os estudos foram desenvolvidos majoritariamente nos Estados Unidos ($n = 10$), três no Brasil, um com latinos na fronteira dos Estados Unidos com o México, um na China, um no Irã e um no Quênia. Os trabalhos selecionados foram publicados entre 1996 e 2015.

Foi encontrada uma grande variabilidade de aplicações da TCC em pessoas com HIV, incluindo investigações sobre os efeitos da TCC nas seguintes variáveis: depressão ($n = 11$); uso de substâncias psicoativas ($n = 3$); qualidade de vida ($n = 2$); adesão ao tratamento ($n = 5$); *distress*/estresse ($n = 2$); ansiedade ($n = 1$); dor crônica ($n = 1$); e estresse pós-traumático ($n = 1$). Ressalta-se que alguns estudos focaram em mais de uma das variáveis mencionadas, por exemplo: adesão e depressão; adesão e uso de substâncias psicoativas; depressão e uso de substâncias psicoativas; depressão, ansiedade e estresse; depressão e estresse pós-traumático; *distress* e qualidade de vida. Todos os estudos tiveram como participantes adultos vivendo com HIV/aids, exceto um que teve como amostra jovens com idades entre 16 e 24 anos. A maioria dos estudos incluiu participantes de ambos os sexos ($n = 15$); um focou exclusivamente em homossexuais masculinos; e um em homens, independentemente da orientação sexual.

Estudos que investigaram os efeitos da TCC sobre a depressão e adesão ao tratamento em pessoas que vivem com HIV apresentaram resultados que sugerem a sua efetividade. Um estudo qualitativo americano utilizou estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais para redução de sintomas depressivos e promoção da adesão ao tratamento, entre elas, cita-se: treinamento em adesão, psicoeducação sobre a TCC, ativação comportamental, reestruturação cognitiva, treino em solução de problemas e treino em relaxamento. Em geral, os participantes do estudo relataram que a intervenção foi efetiva na redução de seus sintomas de depressão e no aumento da adesão (Berg, Raminani, Greer, Harwood, & Safren, 2008). Resultados semelhantes foram encontrados por Safren et al. (2009) em pesquisa conduzida nos Estados Unidos e por Simoni et al. (2013) em amostra de latinos soropositivos na fronteira dos Estados Unidos com o México. Nos dois estudos houve melhora da depressão e da adesão ao tratamento de pessoas com HIV/aids submetidas à TCC.

Em outro estudo de Safren et al. (2012), também conduzido nos Estados Unidos, foi testada novamente a TCC para a adesão e depressão em soropositivos, mas que faziam uso de drogas

injetáveis. A TCC mostrou-se significativamente melhor que o tratamento usual, havendo manutenção dos ganhos no que tange os sintomas depressivos no período de *follow-up* (após três e seis meses da intervenção) e melhora significativa da contagem das células TCD4, o que indica manutenção da adesão ao tratamento. Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo americano, indicando a efetividade da aplicação da TCC para a adesão e depressão em PVHA com histórico de uso de drogas injetáveis (Labbe, O’Cleirigh, Stein, & Safren, 2015).

Efeitos positivos da TCC, como melhora da severidade da depressão, também foram observados no estudo de Kennard et al. (2014) conduzido com jovens norte-americanos vivendo com HIV/aids que tinham diagnóstico de depressão. Himelhoch et al. (2011), da mesma maneira, registraram a redução de sintomas de depressão maior em afro-americanos que viviam com HIV/aids, sendo aplicada a TCC via telefone, ao contrário das intervenções individuais e presenciais dos estudos anteriores. Himelhoch et al. (2013) também comparou, em outra publicação, a aplicação da TCC presencial com a conduzida por telefone no tratamento da depressão maior em afro-americanos e não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os sintomas depressivos dos participantes nas duas modalidades de intervenção, havendo redução dos sintomas de depressão em ambas. Contudo, a intervenção por telefone foi mais eficaz na melhora da adesão aos antirretrovirais em comparação à intervenção presencial.

Já na investigação de Lee, Cohen, Hadley, & Goodwin (1999) a TCC em grupo, combinada ao uso de medicação antidepressiva, foi eficaz no tratamento de depressão maior ou de distímia em homens homossexuais americanos. Outro estudo buscou comparar a efetividade do treino em gerenciamento do estresse em grupo e da TCC na redução da depressão, ansiedade e estresse em homens vivendo com HIV/aids no Irã (Hemmati Sabet, Khalatbari, Ghordbani, Haghghi, & Ahmadpanah, 2013). Ambas as intervenções foram efetivas na redução de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, apesar da superioridade do treino em gerenciamento do estresse. Assim, evidencia-se a eficácia da TCC para o controle de sintomas depressivos em diferentes modalidades de intervenção (intervenção individual presencial, intervenção em grupo e por telefone) e em amostras com características diferentes, incluindo gênero e contexto de dependência química.

Em outro estudo, Rosa e Miyazaki (1996) investigaram os efeitos da terapia cognitivo-comportamental (13 sessões) sobre um homem brasileiro soropositivo de 30 anos, sintomático, com hipóteses diagnósticas de transtorno depressivo maior e transtorno de estresse pós-traumático. Os resultados indicaram redução clinicamente significativa dos sintomas dos transtornos psicológicos, com retorno das atividades diárias e melhora da qualidade de vida. Em consonância com o estudo anterior, Molassiotis et al. (2002) demonstraram que a TCC em grupo é eficaz na melhora do humor e da qualidade de vida de soropositivos sintomáticos chineses, bem como na redução de incertezas relacionadas à doença e ao *distress* psicológico.

Outra pesquisa avaliou os efeitos da terapia cognitivo-comportamental em grupo (*Eurovitha Project*) na promoção da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil. As

variáveis qualidade de vida, estresse, depressão, apoio social, linfócitos T CD4 (contagem das células de defesa do organismo) e carga viral foram mensuradas antes e após a intervenção. Houve redução na depressão e aumento no apoio social no grupo que participou do projeto. As variáveis CD4 e carga viral não mostraram nenhuma relação com a intervenção psicológica realizada. As principais limitações do estudo foram: ausência de uma amostra controlada em relação ao uso de medicamentos antirretrovirais; ausência de randomização da amostra; dificuldades relacionadas à baixa escolaridade durante a aplicação de determinados instrumentos e o uso de técnicas cognitivo-comportamentais (Petersen et al., 2008).

Com relação à adesão a TARV, um estudo investigou os efeitos de intervenção cognitivo-comportamental sobre dificuldades de adesão à terapia antirretroviral. A intervenção psicológica foi realizada em grupo e os resultados indicaram aquisição de repertório de adesão, redução da percepção de barreiras e aumento da percepção de vantagens do tratamento pelos participantes do estudo. Todavia, necessita-se de cautela na generalização de tais resultados em função de limitações, como o reduzido número de participantes (Faustino & Seidl, 2010).

Parsons, Rosof, Punzalan e Di Maria (2005), da mesma maneira, encontraram resultados promissores nos Estados Unidos com relação à aplicação da TCC para promoção de adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com transtornos devido ao abuso de substâncias psicoativas. Foi conduzido um estudo piloto que combinou o uso da TCC e a entrevista motivacional. Houve redução significativa do uso de substâncias após a intervenção. Contudo, não foram encontradas diferenças significativas com relação à adesão ao tratamento, o que foi justificado pela amostra reduzida ($n = 12$), havendo tendência a resultados potencialmente positivos em investigações futuras, segundo os autores da pesquisa.

Papas et al. (2010) conduziram um estudo no Quênia que indicou resultados positivos da aplicação da TCC com o propósito de diminuir o consumo de álcool em soropositivos para o HIV. Houve aumento de dias de abstinência para 96% a 100% em mulheres e 89% a 100% em homens após seis sessões em grupo, sugerindo que a TCC em grupo foi eficaz na redução do consumo de álcool em pessoas com HIV/aids nesse estudo específico.

Por fim, um estudo americano avaliou os efeitos da TCC sobre indivíduos soropositivos com dor crônica. As sessões focaram na reestruturação cognitiva e no relaxamento muscular progressivo. Houve melhora da dor após as sessões de TCC, especialmente nos não caucasianos que relataram altos níveis de dor relacionada à ansiedade (Cucciare, Sorrel, & Trafton, 2009).

Em conclusão à revisão de literatura realizada, existem evidências de que a TCC acarreta efeitos positivos no tratamento de PVHA, no que tange às variáveis depressão, ansiedade, adesão ao tratamento, uso de substâncias psicoativas, qualidade de vida, *distress*/estresse, dor crônica e estresse pós-traumático. Também foram evidenciados efeitos positivos dessa abordagem em diferentes formatos: intervenções individuais presenciais, por telefone e em grupo. Contudo, são necessárias pesquisas em outros países e/ou multicêntricas que repliquem tais estudos verificando

se os resultados positivos se mantêm em outras populações. Ademais, os efeitos da TCC sobre outras variáveis psicológicas de pessoas com HIV/aids, como a percepção de doença, ainda são desconhecidos ou pouco explorados, especialmente no Brasil, indicando futuros caminhos para novas investigações.

1.4 Justificativa do Estudo

Em consonância com o movimento da psicologia baseada em evidências e com a atual demanda de serviços de saúde, que valorizam tratamentos eficazes capazes de proporcionar o atendimento do maior número de pessoas no menor tempo possível, a TCC vem se consolidando como uma forma de terapia viável por ser de curto prazo, focada em resultados e baseada em evidências (Dobson & Dobson, 2010).

Apesar da existência de pesquisas que demonstram a efetividade da terapia cognitivo-comportamental em pacientes que vivem com HIV/aids, observa-se uma carência de estudos que investigam o seu impacto sobre a percepção de doença. Acredita-se que intervenções dessa natureza podem favorecer o emprego de estratégias de enfrentamento mais adaptativas, uma adesão ao tratamento mais satisfatória e também contribuir para o desenvolvimento de cognições mais funcionais e compatíveis com os conhecimentos científicos difundidos sobre HIV/aids, além da melhora do estado emocional. Ressalta-se, também, a importância da construção de ferramentas que auxiliem no direcionamento de intervenções psicológicas, especialmente cognitivo-comportamentais, como um manual psicoeducativo que possa ser utilizado como um facilitador na promoção de mudanças na percepção de doença e que auxilie na replicação do estudo em futuras investigações e intervenções.

Capítulo 2. Objetivos

Nessa seção serão apresentadas as questões de pesquisa, bem como o objetivo geral e os objetivos específicos.

2.1 Questões de Pesquisa

As seguintes questões foram norteadoras do estudo:

- Quais os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo visando à promoção de mudanças na percepção de doença de pessoas soropositivas para o HIV? Ela também acarreta efeitos sobre outras variáveis psicológicas (ansiedade, depressão, enfrentamento, autoeficácia para tomar os antirretrovirais) e/ou biológicas (contagem das células T CD4+ e carga viral plasmática)?
- Um manual psicoeducativo elaborado com base nos componentes de representação cognitiva e emocional do Modelo de Autorregulação de Leventhal é útil na implementação de intervenções cognitivo-comportamentais em grupo em pessoas que vivem com HIV/aids?
- A leitura exclusiva do manual psicoeducativo sobre HIV/aids acarreta mudanças na percepção de doença? A leitura do manual desenvolvido para promoção de mudanças na percepção de doença também acarreta efeitos sobre outras variáveis psicológicas e biológicas, como ansiedade, depressão, enfrentamento, autoeficácia para tomar os antirretrovirais e contagem das células T CD4+ e carga viral plasmática?
- Um grupo de PVHA que recebeu a intervenção cognitivo-comportamental difere dos grupos que não a receberam em relação às variáveis investigadas?
- Ocorreram mudanças no que tange às variáveis investigadas nos grupos que não receberam a intervenção cognitivo-comportamental?
- Os efeitos da intervenção cognitivo-comportamental em grupo ou da leitura do manual se mantêm em longo prazo?

2.2 Objetivo Geral

Este estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo sobre a percepção de doença de pessoas que vivem com HIV/aids.

2.3 Objetivos Específicos

- Desenvolver um manual psicoeducativo para pessoas vivendo com HIV/aids baseado no Modelo de Autorregulação de Leventhal visando a promoção de mudanças na percepção de doença;

- Avaliar os efeitos da leitura do manual psicoeducativo sobre a percepção de doença, bem como sobre outras variáveis ansiedade, depressão, enfrentamento, autoeficácia para aderir aos medicamentos antirretrovirais e níveis de CD4 e carga viral;
- Investigar diferenças na percepção de doença e se essas diferenças também acompanham mudanças nas variáveis ansiedade, depressão, enfrentamento, autoeficácia para aderir aos antirretrovirais, contagem das células T CD4+ e carga viral entre o grupo experimental 1 – GE 1 (recebeu a intervenção cognitivo-comportamental), o grupo experimental 2 – GE 2 (fez a leitura exclusiva do manual psicoeducativo sobre HIV/aids) e o grupo controle - GC (não recebeu nenhuma das intervenções);
- Verificar se efeitos sobre as variáveis investigadas no estudo se mantiveram aos seis e doze meses no GE 1 e GE 2.

Ressalta-se que nesse estudo se esperava redução na percepção de ameaça imposta pela doença, especialmente no grupo que recebeu a intervenção cognitivo-comportamental (GE 1). Estudos indicam que uma percepção de que a doença é uma ameaça relevante associa-se à presença de ansiedade, depressão, estratégias de enfrentamento desadaptativas e pior autoeficácia para tomar os antirretrovirais (Nogueira & Seidl, no prelo; Norcini & Steca, 2015). Assim, acreditava-se que mudanças na percepção de doença também poderiam acarretar efeitos positivos sobre outras variáveis psicológicas do estudo. Esperava-se também a ocorrência de efeitos sobre as variáveis biológicas investigadas (contagem dos linfócitos T CD4 e carga viral). Ademais, era almejado que o GE 1 tivesse resultados mais promissores, se comparados ao GE 2 (que apenas fez a leitura do manual psicoeducativo) e ao GC (que não recebeu nenhuma das intervenções).

Capítulo 3. Método

Nessa seção são descritos inicialmente os participantes do estudo, incluindo os critérios de inclusão e exclusão, bem como a caracterização sociodemográfica e médico-clínica da amostra global, por grupo (GE 1, GE 2 e GC) e por sujeito. Em seguida, são apresentados o local no qual foi desenvolvido o estudo e período da investigação, o delineamento da pesquisa, os instrumentos utilizados na coleta de dados, os procedimentos e os métodos de análise dos dados.

3.1 Participantes

Participaram do estudo 11 pacientes que vivem com HIV/aids e que estavam em tratamento antirretroviral, distribuídos por conveniência em três grupos conforme o interesse e a disponibilidade em participar da pesquisa. O grupo experimental 1 (GE 1) foi composto por três PVHA, o grupo experimental 2 (GE 2) por cinco e o grupo controle (GC) por três indivíduos. Ressalta-se que era almejado cerca de 10 pessoas em cada grupo (GE 1, GE 2 e GC), de maneira a atender as recomendações da literatura que preconizam entre oito e 10 pacientes em grupos fechados de TCC (Heldt, Cordioli, Knijnik, & Manfro, 2008). Contudo, esse número de participantes não foi alcançado, pois houve baixa adesão à pesquisa, havendo também desistências no decorrer do processo.

Na seleção dos participantes não foi feita distinção entre sexo, raça, situação conjugal, condição socioeconômica e tempo de doença. Os participantes eram maiores de 18 anos e alfabetizados. Foram excluídos do estudo os pacientes que não consentiram com a participação, bem como indivíduos com comprometimento intelectual ou outra limitação cognitiva que impossibilitasse a realização da intervenção cognitivo-comportamental. Ressalta-se que a avaliação de possível comprometimento intelectual ou limitação cognitiva foi feita de maneira subjetiva, buscando-se especialmente a identificação de dificuldades de compreensão durante o preenchimento dos instrumentos da pesquisa, que poderiam sinalizar dificuldades futuras de compreensão da intervenção cognitivo-comportamental, bem como limitar a assimilação do conhecimento exposto no manual psicoeducativo sobre HIV/aids, caso fossem selecionados para participação no GE 1 e GE 2. Contudo, nenhum sujeito com evidente comprometimento intelectual ou limitação cognitiva foi identificado no decorrer da pesquisa, não havendo, portanto, exclusões nesse sentido.

3.1.1 Caracterização sociodemográfica e médico-clínica.

3.1.1.1 Caracterização sociodemográfica e médico-clínica da amostra global.

Participaram do estudo 11 PVHA, com idades entre 30 e 56 anos ($M = 44,1$; $DP = 7,4$), havendo predomínio de pessoas do sexo masculino ($n = 7$), que não tinham companheiro(a) ($n = 7$) e não estavam trabalhando ($n = 6$). A escolaridade mais frequente foi o Ensino Médio Completo ($n = 6$), seguida de Ensino Médio Incompleto ($n = 2$). Sobre a renda familiar, a maioria dos

participantes vivia com dois a três salários mínimos ($n = 7$). Por fim, ao serem interrogados sobre a religião, todos eles afirmaram que tinham crenças religiosas vinculadas a uma religião específica.

Com relação aos dados médico-clínicos, a maioria tinha mais de 10 anos de diagnóstico ($n = 8$) e já havia sido internada devido a problemas de saúde relacionados ao HIV ($n = 6$). Comorbidades com o HIV/aids foram negadas por sete participantes. O tempo de TARV mais frequente foi superior a 10 anos ($n = 4$), seguido por seis a 10 anos ($n = 3$). Sobre a adesão autorrelatada, todos os participantes afirmaram que estavam seguindo o tratamento à risca, conforme as recomendações médicas. A maioria dos sujeitos já havia recebido atendimento psicológico em decorrência de questões relacionadas ao diagnóstico de HIV/aids ($n = 9$), sendo que quatro pessoas relataram fazer ou já ter feito acompanhamento psiquiátrico.

3.1.1.2 Caracterização sociodemográfica e médico-clínica por grupo (grupo experimental 1, grupo experimental 2 e grupo controle).

3.1.1.2.1 Grupo experimental 1.

O GE 1, que recebeu a intervenção cognitivo-comportamental em grupo, foi composto por três PVHA, com média de idade igual a 45 anos ($AT = 43-48$; $DP = 2,6$). Houve predomínio de pessoas do sexo masculino ($n = 2$), sem companheiro(a) ($n = 2$) e inativos com relação à situação ocupacional ($n = 2$). Os três participantes do GE 1 tinham Ensino Médio Completo. A renda mais frequente foi de dois a três salários mínimos ($n = 2$). Sobre a religião todos afirmaram que tinham crenças religiosas vinculadas a uma religião específica.

Com relação aos dados médico-clínicos, dois participantes tinham mais de 10 anos de diagnóstico, sendo que um deles tinha menos de um ano. No entanto, dois deles tinham menos de um ano de TARV. A maioria não havia sido internada em função do HIV/aids ($n = 2$) e negou comorbidades ($n = 2$). Sobre a adesão autorrelatada, todos afirmaram que seguiam as recomendações médicas. Por fim, houve predomínio de indivíduos ($n = 2$) que já haviam recebido atendimento psicológico e/ou psiquiátrico devido a questões relacionadas à soropositividade para o HIV.

Também foi realizada a descrição sociodemográfica e médico-clínica de cada um dos participantes do estudo. Abaixo segue a caracterização dos participantes do GE 1, denominados P1, P2 e P3:

- P1 - paciente do sexo feminino, com 44 anos de idade, casada, com Ensino Médio Completo, inativa laboralmente, com renda de dois a três salários mínimos e com relato de religião vinculada a uma doutrina específica. A paciente tinha mais de 10 anos de diagnóstico, tinha histórico de internações relacionadas ao HIV/aids, afirmou ter comorbidades, fazia uso dos antirretrovirais há menos de um ano, relatou ter boa adesão ao tratamento, além de histórico de acompanhamento psiquiátrico e psicológico.
- P2 - participante do sexo masculino, com 43 anos, divorciado, com Ensino Médio Completo, ativo laboralmente, com renda de dois a três salários mínimos e com relato de crenças

religiosas vinculadas a uma religião específica. Disse que tinha menos de um ano de diagnóstico, não possuía histórico de internações associadas ao HIV/aids, não relatou comorbidades, estava há menos de um ano fazendo uso da TARV, afirmou ter boa adesão ao tratamento, não ter histórico de tratamento psiquiátrico, mas já havia feito acompanhamento psicológico devido a questões relacionadas à doença.

- P3 - paciente do sexo masculino, com 48 anos de idade, solteiro, com Ensino Médio Completo, inativo laboralmente, com renda de quatro a seis salários mínimos, com religião específica, relato de mais de 10 anos de diagnóstico, sem histórico de internações devido o HIV/aids, sem comorbidades, em uso dos ARV a menos de cinco anos, com autorrelato de boa adesão ao tratamento, histórico de acompanhamento psiquiátrico devido a problemáticas que passam o diagnóstico de HIV, mas sem acompanhamento psicológico anterior.

3.1.1.2.2 Grupo experimental 2.

O GE 2, que apenas fez a leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids, foi composto por cinco pessoas. A média de idade foi igual a 42,6 anos ($AT = 30-56$; $DP = 11,2$). Houve predomínio de pessoas do sexo masculino ($n = 3$). Sobre a situação conjugal, a maioria não tinha companheiro(a) ($n = 4$). Com relação à situação ocupacional a maior parte do grupo estava trabalhando ($n = 3$). No que tange à escolaridade, duas pessoas tinham Ensino Médio Incompleto, duas Ensino Médio Completo e uma Ensino Superior Incompleto. A renda familiar mais frequente foi de dois a três salários mínimos ($n = 4$). Por fim, os cinco participantes desse grupo afirmaram que tinham crenças religiosas vinculadas a uma religião específica.

Os dados médico-clínicos revelaram que a maioria tinha mais de 10 anos de diagnóstico ($n = 4$), já havia sido internada em decorrência da doença ($n = 3$), não tinha comorbidades ($n = 4$), estava em TARV há mais de 10 anos ($n = 3$), relatou boa adesão às recomendações médicas ($n = 5$) e havia recebido atendimento psicológico devido a questões associadas ao HIV ($n = 5$). Todos os participantes negaram ter recebido atendimento psiquiátrico em decorrência de problemas associados ao diagnóstico de HIV. Os participantes do GE 2 foram denominados P4, P5, P6, P7 e P8. O detalhamento sociodemográfico e médico-clínico dos mesmos pode ser visualizado abaixo:

- P4 - paciente do sexo masculino, com 30 anos, com companheiro(a), com Ensino Superior Incompleto, inserido no mercado de trabalho, com renda de quatro a seis salários mínimos e com relato de religião vinculada a uma doutrina específica. O sujeito tinha sido diagnosticado com HIV há menos de cinco anos, não tinha histórico de internações relacionadas ao HIV/aids, não tinha comorbidades, fazia uso dos antirretrovirais há menos de cinco anos, relatou ter boa adesão ao tratamento, não ter histórico de tratamento psiquiátrico, mas ter recebido acompanhamento psicológico.
- P5 - participante do sexo feminino, com 56 anos de idade, com companheiro(a), com Ensino Médio Completo, inativo laboralmente, com renda de dois a três salários mínimos e com relato de crenças religiosas vinculadas a uma religião específica. Tinha mais de 10 anos de

diagnóstico, possuía histórico de internações associadas ao HIV/aids, tinha comorbidades, estava há mais de 10 anos fazendo uso da TARV, afirmou ter boa adesão ao tratamento, não ter histórico de tratamento psiquiátrico, mas já havia feito acompanhamento psicológico devido a problemas associados ao HIV.

- P6 - paciente do sexo feminino, com 33 anos de idade, sem companheiro(a), com Ensino Médio Incompleto, inativa laboralmente, com renda de dois a três salários mínimos, com religião específica. Relatou ter mais de 10 anos de diagnóstico, ter histórico de internações devido o HIV/aids, não ter comorbidades, estar em uso dos ARV há mais de 10 anos, com autorrelato de boa adesão ao tratamento, sem histórico de tratamento psiquiátrico e com acompanhamento psicológico anterior devido ao HIV.
- P7 - paciente do sexo masculino, com 43 anos de idade, com companheiro(a), com Ensino Médio Completo, trabalhando, com renda de dois a três salários mínimos e com relato de religião vinculada a uma doutrina específica. O paciente tinha mais de 10 anos de diagnóstico, não possuía histórico de internações relacionadas ao HIV/aids, não tinha comorbidades, fazia uso dos antirretrovirais entre seis e 10 anos, relatou ter boa adesão ao tratamento, sem história de acompanhamento psiquiátrico ou psicológico.
- P8 - participante do sexo masculino, com 51 anos de idade, com companheiro(a), com Ensino Médio Incompleto, ativo laboralmente, com renda de dois a três salários mínimos e com relato de crenças religiosas vinculadas a uma religião específica. Afirmou que tinha mais de 10 anos de diagnóstico, não possuía histórico de internações associadas ao HIV/aids, não relatou comorbidades, estava há mais de 10 anos fazendo uso da TARV, afirmou ter boa adesão ao tratamento, não ter histórico de tratamento psiquiátrico, mas já havia feito acompanhamento psicológico devido a questões relacionadas a doença.

3.1.1.2.3 Grupo controle.

No GC, ou seja, aquele que não recebeu nenhuma das intervenções psicológicas propostas no estudo, participaram três pessoas, com média de idade de 45,7 anos ($AT = 44-48$; $DP = 2,1$). Houve predomínio de indivíduos do sexo masculino ($n = 2$), que possuíam companheiro(a) ($n = 2$) e inativos laboralmente ($n = 2$). Sobre a escolaridade, um tinha Ensino Fundamental Incompleto, um Ensino Médio Completo e um Ensino Superior Completo. Com relação à renda familiar, os participantes recebiam até um salário mínimo, de dois a três salários ou mais de seis salários. No que tange à religião, todos os participantes do grupo controle afirmaram que tinham crenças religiosas vinculadas a uma religião específica.

A análise dos dados médico-clínicos do GC revelou que a maioria dos participantes tinha mais de 10 anos de diagnóstico de HIV ($n = 2$), haviam sido internados devido a problemas de saúde associados ao HIV, tinham comorbidades ($n = 2$) e estavam em TARV entre seis e 10 anos. Os três sujeitos do grupo controle afirmaram que seguiam as recomendações médicas e já haviam recebido atendimento psicológico vinculado a questões relacionadas ao HIV/aids, sendo que dois

também receberam atendimento psiquiátrico. Os participantes do GC foram denominados P9, P10 e P11. Segue a caracterização sociodemográfica e médico-clínica dos mesmos:

- P9 - paciente do sexo masculino, com 45 anos de idade, com companheiro(a), com Ensino Médio Completo, inativo laboralmente, com renda de até um salário mínimo e com relato de religião vinculada a uma doutrina específica. O sujeito tinha entre seis e 10 anos de diagnóstico, com histórico de internações relacionadas ao HIV/aids, afirmou ter comorbidades, fazia uso dos antirretrovirais há menos de 10 anos e há mais de seis anos, relatou ter boa adesão ao tratamento e histórico de acompanhamento psiquiátrico e psicológico.
- P10 - participante do sexo feminino, com 44 anos de idade, com companheiro, com Ensino Fundamental Completo, inserida no mercado de trabalho, com renda de dois a três salários mínimos e com relato de crenças religiosas vinculadas a uma religião específica. Tinha mais de 10 anos de diagnóstico, não possuía histórico de internações associadas ao HIV/aids, relatou ter comorbidades, estava fazendo uso de TARV há pelo menos seis anos, afirmou ter boa adesão ao tratamento, não ter histórico de tratamento psiquiátrico, mas já havia feito acompanhamento psicológico devido a questões relacionadas à doença.
- P11 - paciente do sexo masculino, com 48 anos de idade, com companheiro(a), com Ensino Superior Completo, inativo ocupacionalmente, com renda de mais de seis salários mínimos e com religião específica. Relatou ter mais de 10 anos de diagnóstico, sem histórico de internações devido ao HIV/aids, sem comorbidades, em uso dos ARV há mais de 10 anos, com autorrelato de boa adesão, histórico de acompanhamento psiquiátrico e psicológico anterior devido a problemas relacionados à soropositividade. O detalhamento dos dados sociodemográficos e médico-clínicos da amostra global e por grupos (GE 1, GE 2 e GC) pode ser visualizado na Tabela 1 e na Tabela 2, respectivamente.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra Total e por Grupo

Variáveis		Frequência da amostra total e por grupos			
		Amostra total (N = 11)	GE 1 (n = 3)	GE 2 (n = 5)	GC (n = 3)
Idade média (DP)		44,1 (DP = 7,4)	45 (DP = 2,6)	42,6 (DP = 11,2)	45,7 (DP = 2,1)
Sexo	Masculino	7	2	3	2
	Feminino	4	1	2	1
Situação conjugal	Com companheiro(a)	4	1	1	2
	Sem companheiro(a)	7	2	4	1
Situação ocupacional	Ativo	5	1	3	1
	Inativo	6	2	2	2
Escolaridade	EFI	----	----	----	----
	EFC	1	----	----	1
	EMI	2	----	2	----
	EMC	6	3	2	1
	ESI	1	----	1	----
	ESC	1	----	----	1
Renda	Até um SM	1	----	----	1
	De 2 a 3 SM	7	2	4	1
	De 4 a 6 SM	2	1	1	----
	Mais de 6 SM	1	----	----	1
Religião	Com doutrina específica	11	3	5	3
	Sem doutrina específica	----	----	----	----

Nota. EFI = Ensino Fundamental Incompleto, EFC = Ensino Fundamental Completo, EMI = Ensino Médio Incompleto, EMC = Ensino Médio Completo, ESI = Ensino Superior Incompleto, ESC = Ensino Superior Completo, SM = Salários Mínimos.

Tabela 2

Caracterização Médico-Clínica da Amostra Total e por Grupo

Variáveis		Frequência da amostra total e por grupos			
		Amostra Total (N = 11)	GE 1 (n = 3)	GE 2 (n = 5)	GC (n = 3)
Tempo de diagnóstico	Menos de 1 ano	1	1	----	----
	Entre 1 e 5 anos	1	----	1	----
	Entre 6 e 10 anos	1	----	----	1
	Mais de 10 anos	8	2	4	2
Internações	Sim	6	1	3	2
	Não	5	2	2	1
Comorbidades	Sim	4	1	1	2
	Não	7	2	4	1
Tempo de TARV	Menos de 1 ano	2	2	----	----
	Entre 1 e 5 anos	2	1	1	----
	Entre 6 e 10 anos	3	----	1	2
	Mais de 10 anos	4	----	3	1
Adesão	Sim	11	3	5	3
	Não	----	----	----	----
Atendimento psicológico	Sim	9	2	4	3
	Não	2	1	1	----
Acompanhamento psiquiátrico	Sim	4	2	----	2
	Não	7	1	5	1

Nota. Foram conduzidas análises estatísticas (teste de Kruskal Wallis para as variáveis contínuas e ordinais e Anova de Friedman para as variáveis dicotômicas) que evidenciaram que os grupos não diferiram na linha de base, ou seja, eram similares no que tange as variáveis sociodemográficas e médico-clínicas.

3.2 Local e Período de Coleta de Dados

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário de Brasília (HUB), em um serviço que oferece atendimento psicossocial a pacientes que vivem com HIV/aids em nível ambulatorial e hospitalar. Os dados foram coletados de junho de 2013 a junho de 2015, no espaço ambulatorial do serviço.

3.3 Delineamento do Estudo

O estudo teve delineamento misto. Trata-se de uma pesquisa quase-experimental e longitudinal.

3.4 Instrumentos

- Questionário para avaliação do manual psicoeducativo sobre HIV/aids: estudo piloto (Anexo A)
- Questionário elaborado para a pesquisa contendo questões semiabertas e fechadas, respondidas

por PVHA e profissionais de saúde, com o propósito de investigar: 1) opinião geral sobre o manual; 2) pontos fortes e fracos; adequação do conteúdo (adequação científica e sequência dos temas); 3) avaliação da linguagem (clareza), das ilustrações (adequação aos temas e clareza) e da qualidade de impressão do material (avaliados em uma escala de 1-5, onde um era péssimo e cinco excelente); e 4) sugestões para melhoria do manual.

- Entrevista de avaliação do protocolo de pesquisa: estudo piloto (Anexo B) - Entrevista semiestruturada destinada à avaliação da opinião de pessoas soropositivas para o HIV sobre o protocolo de pesquisa, incluindo questões sobre: 1) tempo gasto para preencher o protocolo; 2) dificuldades; 3) pontos positivos e negativos; e 4) sugestões para sua melhoria.
- Questionário sociodemográfico (Anexo C) – Instrumento composto por dados para a caracterização dos participantes, onde foram coletadas as seguintes informações: nome, sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, situação laboral, renda familiar e religião.
- Questionário médico-clínico (Anexo D) – Questionário utilizado para a coleta de informações sobre tempo de diagnóstico, número de internações, data da última internação, presença de comorbidades, tempo de tratamento, terapêutica em curso, histórico de intervenção psicológica relacionada ao HIV/aids e presença de acompanhamento psiquiátrico.
- Níveis de contagem dos linfócitos T CD4+ e da carga viral plasmática - Extraídos do prontuário do paciente os resultados dos exames da contagem de células T CD4+ e carga viral durante o período de realização da pesquisa. Foram selecionados os resultados de exames realizados pelos pacientes que estavam mais próximos aos períodos de avaliação (linha de base, avaliação pós-intervenção, avaliação após seis meses e avaliação após um ano).
- Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (*Brief IPQ*) (Anexo E) – Questionário composto por nove itens ($\alpha = 0,64$), adaptado e validado no Brasil por Nogueira (2012), a partir da versão em língua inglesa (Broadbent et al., 2006). Sete itens são avaliados utilizando uma escala de 0-10. São três itens para avaliação da representação cognitiva da doença: controle individual (item 2), controle do tratamento (item 3) e compreensão (item 6); e quatro itens avaliam a representação emocional: consequências (item 1), identidade (item 4), preocupação (item 5) e emoções (item 7). A avaliação da dimensão temporal (item 8) é feita por uma pergunta aberta na qual as pessoas são interrogadas sobre a percepção acerca da duração da enfermidade. Já a avaliação da representação causal (item 9) é feita por uma pergunta aberta na qual os pacientes são questionados sobre os fatores causais mais importantes associados à doença, segundo a sua percepção. As respostas relacionadas a estes dois últimos itens são analisadas qualitativamente mediante a categorização dos relatos, podendo ser computada a frequência das respostas. Para calcular o escore dos sete itens respondidos mediante escala *Likert*, inverte-se as respostas dos itens 2, 3 e 6 e adiciona-se os escores dos itens 1, 4, 5 e 7. A amplitude do escore global do instrumento é de 0 a 70: quanto mais próximo de zero menor a percepção de ameaça da doença e quanto mais próximo de 70, maior a percepção de ameaça imposta pela enfermidade. A autora da versão validada e adaptada do *Brief*

IPQ para o Brasil sugere que se utilize um ponto de corte de 33 (média dos sujeitos no estudo de validação). Assim, pessoas com um escore igual ou maior que 33 apresentam uma percepção de relevante ameaça imposta pela doença.

- Roteiro de entrevista sobre percepção de doenças de linha de base (Anexo F) - Roteiro de entrevista semiestruturado, para avaliação complementar da percepção de doença, composto por nove itens baseados no *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R), instrumento desenvolvido por Moss Morris et al. (2002). As questões abordam componentes de percepção de doença baseados no Modelo de Autorregulação de Leventhal: identidade (questão 1); controle pessoal (questão 2 e questão 4), controle do tratamento (questão 3), consequências (questão 5), preocupação/emoções (questão 6) e compreensão (questão 7).
- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Anexo G) - Instrumento adaptado e validado para a cultura brasileira, composto por 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A, $\alpha = 0,79$) e sete para a depressão (HADS-D; $\alpha = 0,84$). Os itens podem ser pontuados de zero a três, totalizando 21 pontos para cada escala. Pessoas que obtêm escore igual ou maior a nove são considerados com sintomas de ansiedade e/ou depressão (Marcolino et al., 2007).
- Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (Anexo H) - Escala validada para a população brasileira por Seidl et al., (2001). Trata-se de um instrumento composto por 45 itens, distribuídos em quatro fatores: enfrentamento focalizado no problema (18 itens, $\alpha = 0,84$); enfrentamento focalizado na emoção (15 itens, $\alpha = 0,81$); busca de práticas religiosas (7 itens, $\alpha = 0,74$) e busca de suporte social (5 itens, $\alpha = 0,70$). As respostas são dadas em uma escala Likert de cinco pontos (1 = Eu nunca faço isso; 5 = Eu faço isso sempre). Os escores variam de um a cinco, sendo que os mais elevados indicam maior utilização de determinada estratégia de enfrentamento.
- Escala de Autoeficácia para Seguir a Prescrição Antirretroviral (Anexo I) - Instrumento elaborado e validado por Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro e Amato (2002) que avalia a autoeficácia para seguir o tratamento antirretroviral. Trata-se de uma escala unifatorial, composta por 21 itens. As respostas são dadas numa escala Likert, variando de zero (com certeza não vou tomar) a quatro (vou tomar com certeza). Para análise da escala os escores de cada item são somados e divididos pelo número total de itens da escala, quanto mais próximo de quatro maior a autoeficácia para tomar os antirretrovirais. O instrumento possui boas propriedades psicométricas, com validade de construto e indicador de consistência interna ($\alpha = 0,96$) considerados adequados para medir a autoeficácia para tratamento antirretroviral.
- Roteiro de entrevista sobre percepção de doença pós-intervenção (Anexo J) - Roteiro de entrevista semiestruturada semelhante ao utilizado na linha de base, sendo realizadas adaptações e acrescentada uma questão final (questão 8) que consiste na investigação de possíveis mudanças na percepção de doença ocorridas em virtude da participação no grupo experimental ou atribuíveis a outros fatores.

- Roteiro de entrevista de avaliação do grupo experimental 1 (Anexo K) - Roteiro de entrevista semiestruturada composto por três questões que avaliaram a opinião dos pacientes do grupo experimental 1 sobre a participação na atividade: 1) opinião geral sobre o grupo; 2) pontos fortes e fracos; e 3) sugestões para grupos futuros.

3.5 Procedimentos

Os procedimentos realizados no estudo envolveram: desenvolvimento de um manual psicoeducativo sobre percepção de doença e estudo piloto (etapa preliminar do estudo), avaliação inicial/linha de base (etapa 1), intervenção cognitivo-comportamental em grupo ou leitura exclusiva do manual psicoeducativo sobre HIV/aids (etapa 2), avaliação pós-intervenção (etapa 3), avaliação após seis meses da intervenção (etapa 4) e avaliação após um ano (etapa 5).

3.5.1 Etapa preliminar do estudo: elaboração de manual psicoeducativo sobre percepção de doença e estudo piloto.

3.5.1.1 Elaboração de manual psicoeducativo sobre percepção de doença.

Inicialmente, foi desenvolvido um manual psicoeducativo elaborado especialmente para ser utilizado na intervenção cognitivo-comportamental, favorecendo futuros estudos de replicação. Esse manual foi baseado no Modelo de Autorregulação de Leventhal com informações psicoeducacionais como um recurso para a promoção de mudanças na percepção de doença de PVHA. No manual psicoeducativo, composto por 42 páginas (Anexo L), foram abordados os componentes de representação cognitiva e emocional da doença: identidade da doença (descrição do que é o HIV/aids, sintomas e características essenciais da doença); consequências (informações sobre as consequências da doença e mudanças necessárias no estilo de vida); dimensão temporal (dados sobre o que é uma enfermidade crônica); cura/controle (conhecimentos sobre o controle da doença e sobre o tratamento); causa (descrições acerca das possíveis causas de HIV/aids); preocupação (informações sobre as preocupações mais frequentes e dicas de manejo); emoções (conhecimentos sobre alterações psicológicas comuns em pessoas soropositivas e dicas de manejo) e compreensão da doença (resumo de informações gerais e básicas sobre o HIV/aids). O manual possui ilustrações complementares ao conteúdo escrito com o intuito de facilitar a compreensão das informações educativas e assimilação do conhecimento.

3.5.1.2 Estudo piloto.

Foi conduzido um estudo piloto para verificar a adequação da linguagem e do conteúdo do manual psicoeducativo a ser utilizado na intervenção. Foram convidados a participar do estudo piloto, em sala de espera ambulatorial do Hospital Universitário de Brasília, pacientes soropositivos que estavam aguardando para consulta na infectologia. Cinco pessoas se disponibilizaram a colaborar com a pesquisa, mas apenas quatro concluíram a participação: três homens e uma mulher, com diferentes níveis de escolaridades (Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto, Ensino Superior Incompleto, Ensino Superior Completo).

Também participaram dessa etapa da pesquisa cinco profissionais de saúde especializados em infectologia ou que prestam atendimento a essa população: um médico, uma enfermeira, uma assistente social e duas psicólogas. Aos participantes do estudo piloto foi entregue o manual psicoeducativo sobre HIV/aids e solicitada sua leitura crítica, bem como que respondessem a um questionário com intuito de verificar pontos fortes e inadequações do manual (Anexo A), auxiliando na promoção de melhorias no material. Para tanto, foi dado o prazo de uma semana. Ressalta-se que todos os participantes dessa etapa do estudo piloto assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo M).

Também foram convidados na mesma instituição dois pacientes que vivem com HIV/aids, que estavam aguardando consulta médica ambulatorial na infectologia, a responder ao protocolo de pesquisa, com o intuito de avaliar o tempo gasto para o preenchimento e a viabilidade da utilização de todos os instrumentos que compõem o estudo. Participaram duas pessoas do sexo masculino, uma com Ensino Superior Completo e outra com Ensino Superior Incompleto. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo N) foi solicitado que os participantes respondessem à entrevista inicial e aos demais instrumentos, sendo computado o tempo gasto para realização da atividade. Além disso, foi pedido que emitissem a sua opinião sobre o protocolo de pesquisa, identificando possíveis dificuldades e limitações do mesmo (Anexo B).

3.5.2 Avaliação inicial (linha de base/etapa 1)

Após revisão do manual psicoeducativo e do protocolo de pesquisa com base no estudo piloto, foi realizado o convite para participação da intervenção cognitivo-comportamental em sala de espera ambulatorial e por meio de cartazes afixados em pontos estratégicos do hospital, onde foi conduzido o estudo e em outros centros de referência no Distrito Federal especializados no atendimento em HIV/aids.

Aos pacientes interessados em participar do estudo foram expostos os objetivos da pesquisa e dadas informações de ordem prática, tais como horários e datas definidas para realização da intervenção cognitivo-comportamental, bem como a necessidade de comparecimento após seis meses e um ano para realização de *follow-up*. Aqueles que foram convidados a participar do estudo, mas que não tinham interesse ou indisponibilidade para participar do grupo experimental 1 (intervenção cognitivo-comportamental em grupo), foram convidados a participar do grupo experimental 2 (leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids) ou do grupo controle (caso não tivessem disponibilidade para voltarem em 15 dias para a segunda avaliação). Ressalta-se que os participantes da pesquisa mantiveram acesso durante todo o período de investigação aos serviços oferecidos na unidade na qual foi desenvolvido o estudo, incluindo atendimento psicológico individual.

Durante a avaliação inicial (agendada ou realizada no momento do primeiro contato, conforme disponibilidade do participante e da pesquisadora/auxiliar de pesquisa) todos os participantes (GE 1, GE 2 e GC) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo

O) e, em seguida, responderam aos instrumentos individualmente: questionário sociodemográfico, questionário médico-clínico, *Brief IPQ*, HADS, EMEP, Escala de Autoeficácia para Seguir Prescrição Antirretroviral e roteiro de entrevista semiestruturada sobre a percepção de doença (gravada em áudio). Ressalta-se que os dados referentes ao questionário sociodemográfico, questionário médico-clínico e à entrevista semiestruturada sobre a percepção de doença foram coletados pela pesquisadora ou por auxiliares de pesquisa no formato de entrevista. Os demais instrumentos foram preenchidos pelos participantes do estudo como medidas de autorrelato.

Cabe destacar que nessa etapa da pesquisa 27 pessoas responderam à avaliação inicial (GE 1 = 7, GE 2 = 10 e GC = 10), sendo alcançado o número de participantes desejado apenas no GE 2 e no GC. Contudo, em decorrência das desistências durante o período de condução da pesquisa se chegou ao número final do estudo com 11 participantes (GE 1 = 3, GE 2 = 5 e GC = 3).

Ressalta-se que o grupo experimental 1 foi replicado como uma tentativa de aumentar o número de participantes na pesquisa, tendo em vista que começou com cinco participantes e finalizou com apenas dois. Justificativas (via telefone) para as desistências incluíram: novo emprego que não permitia conciliação com o horário do grupo ($n = 1$), problemas pessoais ($n = 1$) e percepção pessoal de falta de perfil para a participação em atividades de grupo ($n = 1$). No segundo grupo de intervenção cognitivo-comportamental foram utilizadas as mesmas modalidades de divulgação (convite na sala de espera ambulatorial e cartazes). Houve dois participantes interessados no segundo grupo, mas apenas um o finalizou. Assim, o GE 1 ficou com três participantes que concluíram a intervenção cognitivo-comportamental.

3.5.3 Intervenção cognitivo-comportamental em grupo e leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids (etapa 2).

3.5.3.1 Intervenção cognitivo-comportamental em grupo.

As sessões em grupo foram realizadas em seis encontros de aproximadamente duas horas, conduzidas pela pesquisadora com o auxílio de uma auxiliar de pesquisa. Durante as sessões objetivou-se a promoção de mudanças na percepção de doença, especialmente a redução na percepção de ameaça imposta pela condição de soropositividade, visando o desenvolvimento de estratégias mais adaptativas para lidar com a enfermidade e melhora do estado emocional. Ressalta-se que para a mudança de percepção de doença durante as intervenções psicológicas, além do manual psicoeducativo, foram utilizadas estratégias cognitivo-comportamentais, como reestruturação cognitiva, matriz de vantagens e desvantagens para aderir aos antirretrovirais, cartões de enfrentamento, treino em habilidades sociais/assertividade, ativação comportamental, relaxamento progressivo de Jacobson e respiração diafragmática. As intervenções foram gravadas em áudio. A estrutura das sessões foi a seguinte:

3.5.3.1.1 Primeira sessão.

Inicialmente a pesquisadora e a auxiliar de pesquisa se apresentaram e em seguida estimularam a apresentação dos participantes. Posteriormente, foi realizada a dinâmica de abertura

“Quem sou eu?”, na qual os participantes foram incentivados a escrever em uma folha de papel A4 cinco características pessoais suas e apresentar para o grupo.

Após conclusão da dinâmica de abertura foi realizada a exposição dos objetivos do grupo, ou seja, que se tratava de uma parte da pesquisa de doutorado, cujo propósito era favorecer mudanças na percepção de doença, estimulando a adaptação à enfermidade. Também foi explicado que os instrumentos respondidos durante a pesquisa ajudariam a identificar possíveis alterações em pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados à doença. Além disso, foi apresentado o cronograma das atividades e os temas a serem abordados nas sessões. Ademais, foram discutidas as normas de funcionamento do grupo que incluíram: horário de início e finalização (havendo tolerância de atraso de 10 minutos); frequência (sendo permitidas apenas duas faltas); reforçadas informações sobre a importância do sigilo e do respeito à palavra do outro. Além disso, foi informado que toda sessão seria encerrada com um lanche.

Em seguida foi realizada psicoeducação sobre a TCC, dadas explicações gerais sobre o manual psicoeducativo sobre HIV/aids e realizada a leitura em voz alta pelos participantes do grupo e a discussão do tema “identidade” da doença (páginas 1 a 12).

Finalmente, foi conduzida uma dinâmica de encerramento relacionada ao tema abordado na sessão denominada “Onde estou e onde eu quero chegar?”. Nessa atividade os participantes reproduziram suas mãos em uma folha de papel A4 e escreveram na mão esquerda coisas que queriam deixar para trás, que não gostariam que fizessem mais parte de suas vidas, por exemplo: não adesão ao tratamento, falta de atividade física, solidão, etc. Na mão direita eles redigiram o que desejavam para o seu futuro, coisas positivas que estavam buscando, explicitando o papel do grupo para alcançar o que estava sendo almejado. Nessa sessão as estratégias cognitivo-comportamentais incluíram: psicoeducação, identificação e reestruturação de crenças disfuncionais.

3.5.3.1.2 Segunda sessão.

O segundo encontro foi iniciado com a discussão da dinâmica de encerramento do encontro anterior, sendo estimulados a estabelecerem metas realistas a serem alcançadas com o grupo. Também foi realizada a revisão do tema “identidade” abordado na semana anterior.

Nesse encontro foi conduzida a leitura dos temas “causas” e “dimensão temporal” (páginas 13 a 21). Posteriormente, foi realizada a dinâmica de encerramento na qual foi pedido que os participantes olhassem para a ilustração de uma rosa vermelha vistosa e uma rosa vermelha murcha, sendo feita uma analogia de que uma representava a saúde e a outra a doença. Foi pedido que refletissem e falassem sobre com qual se identificavam naquele momento e por quê. Foi então discutido o conceito de saúde utilizado pela Organização Mundial de Saúde, como “o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (Straub, 2014), sendo reforçada na discussão a importância da percepção de saúde e doença.

Para a tarefa de casa foi novamente lido um trecho do manual psicoeducativo: “O diagnóstico de uma doença crônica, entre elas o HIV/aids, não é hoje em dia, na grande maioria

das vezes, estar condenado à morte e sim uma boa oportunidade para o início de uma vida mais saudável”. A partir dessa afirmação foi pedido aos participantes que pensassem sobre mudanças que poderiam fazer em prol de uma vida mais saudável (física, mental, social e/ou espiritual) durante a semana e tentassem implementá-las. Foram orientados a fazer um registro diário de tais esforços. Nessa sessão as estratégias cognitivo-comportamentais utilizadas foram: psicoeducação, identificação e reestruturação de crenças disfuncionais.

3.5.3.1.3 Terceira sessão.

O terceiro encontro foi iniciado com a discussão da dinâmica de encerramento do encontro anterior: registro diário sobre inserção de atividades ou novos hábitos saudáveis em suas vidas. Em seguida foi realizada a leitura e a discussão do tema “consequências” e “cura/controlê” (páginas 22 a 32 do manual psicoeducativo). Foi construída, durante a sessão, a matriz de vantagens e desvantagens para tomar os antirretrovirais, para cada participante (Anexo P).

A tarefa de casa consistiu na elaboração de cartões de enfrentamento para estimular a adequada ingestão dos antirretrovirais. Desta forma, os pacientes foram orientados a fazer desenhos e/ou escreverem bons motivos para uma adesão satisfatória ao uso da medicação. As estratégias e técnicas utilizadas incluíram: psicoeducação; identificação e reestruturação de crenças disfuncionais; matriz de vantagens e desvantagens para tomar os antirretrovirais; e cartões de enfrentamento.

3.5.3.1.4 Quarta sessão.

Essa sessão foi iniciada com a discussão da matriz de vantagens e desvantagens para tomar os antirretrovirais e dos cartões de enfrentamento confeccionados como tarefa de casa, no encontro anterior. Também foi realizada a revisão do tema “consequências” e “cura/controlê” do manual psicoeducativo.

Durante esse encontro foi realizada a leitura e discussão do tópico referente a “preocupações” do manual psicoeducativo (páginas 33 a 35). Também foi conduzida psicoeducação e reflexões sobre o que é ser assertivo, passivo e agressivo. Além disso, foi pedido que refletissem considerando os conceitos apresentados e falassem sobre com qual tipo de comportamento mais se identificavam. Também foi solicitado que dessem exemplos de situações nas quais não foram assertivos. Posteriormente, foi realizado treino em assertividade, com reflexões e dramatização de situações relatadas na qual não foram assertivos e busca por alternativas mais assertivas.

A tarefa de casa consistiu em refletir sobre as barreiras impostas ao se relacionar com os outros e registro de tentativas para serem mais assertivos. A sessão incluiu: psicoeducação; identificação e reestruturação de crenças disfuncionais associadas a preocupações sobre a doença; e treino em habilidades sociais/assertividade.

3.5.3.1.5 Quinta sessão.

Foi realizado o reforço do tema do encontro anterior “preocupações”. Discutida a tarefa de casa: reflexões sobre as barreiras ao se relacionar com os outros e registro de tentativas para serem mais assertivos.

Abordado o tema “emoções” (páginas 36 a 39). Foram ensinadas e discutidas estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais para lidar com sintomas de ansiedade e depressão, incluindo: relaxamento muscular progressivo e respiração diafragmática (ansiedade); e reestruturação cognitiva e ativação comportamental (depressão).

A tarefa de casa envolveu fazer exercícios de relaxamento progressivo e respiração diafragmática diariamente e registro da tensão antes e após a atividade; e diário de pensamentos disfuncionais (Anexo Q). Nessa sessão foram utilizadas as estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais: psicoeducação; reestruturação cognitiva; ativação comportamental (retomada de atividades abandonadas e prazerosas); treino em respiração diafragmática e treino em relaxamento progressivo.

3.5.3.1.6 Sexta sessão.

Realizado reforço do tema do encontro anterior “emoções”. Discutida a tarefa de casa: execução dos exercícios de relaxamento progressivo e respiração diariamente, bem como registro da tensão antes e após a atividade; e o diário de pensamentos disfuncionais.

Abordado o tema “compreensão” do manual psicoeducativo (páginas 40 e 41). A atividade de encerramento envolveu a retomada da dinâmica do primeiro encontro. Foi solicitado, nesse momento, que olhassem seus desenhos/anotações e falassem sobre o quanto avançaram rumo aos seus objetivos.

A tarefa de casa envolveu continuar usando os cartões de enfrentamento, retomar atividades prazerosas, fazer exercícios de respiração e relaxamento, enfim, continuar aplicando as estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais aprendidas durante o grupo. Foi permitido que levassem o manual psicoeducativo para suas residências, caso desejassem. Nessa sessão as estratégias cognitivo-comportamentais utilizadas foram: psicoeducação e reestruturação de crenças disfuncionais. O resumo das sessões e das estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas durante a intervenção cognitivo-comportamental pode ser visualizado na Tabela 3.

Tabela 3

Resumo das Atividades e Estratégias e Técnicas Cognitivo-Comportamentais Utilizadas na Intervenção em Grupo (GE 1)

Sessões	Resumo das atividades/ Estratégias e Técnicas Cognitivo-Comportamentais
1 ^a	<p><u>Atividades</u>: apresentação da pesquisadora, auxiliar de pesquisa e participantes; dinâmica de abertura; exposição dos objetivos do estudo, cronograma das atividades e conteúdo programático; discussão de normas de funcionamento do grupo; psicoeducação sobre a TCC; leitura e discussão dos temas “identidade” da doença do manual psicoeducativo; e dinâmica de encerramento.</p> <p><u>Estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais</u>: psicoeducação; identificação e reestruturação de crenças disfuncionais.</p>
2 ^a	<p><u>Atividades</u>: discussão da dinâmica de encerramento e revisão do tema “identidade” da doença; abordagem dos componentes de percepção de doença “causas” e “dimensão temporal”; dinâmica de encerramento e proposta de tarefa de casa (implementar mudanças em prol de uma vida mais saudável e registrar).</p> <p><u>Estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais</u>: psicoeducação; identificação e reestruturação de crenças disfuncionais.</p>
3 ^a	<p><u>Atividades</u>: discussão da tarefa de casa e revisão dos temas “causas” e “dimensão temporal”; leitura e discussão dos temas “consequências” e “cura/controle” do manual psicoeducativo; preenchimento e discussão da matriz de vantagens e desvantagens para tomar os antirretrovirais; tarefa de casa (cartões de enfrentamento como auxílio na adesão ao tratamento).</p> <p><u>Estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais</u>: psicoeducação, identificação e reestruturação de crenças disfuncionais, matriz de vantagens e desvantagens para tomar os antirretrovirais e cartões de enfrentamento.</p>
4 ^a	<p><u>Atividades</u>: discussão da tarefa de casa e revisão dos temas “consequências” e “cura/controle”; leitura e discussão do tema “preocupações” do manual; psicoeducação e treino em assertividade; tarefa de casa (reflexões acerca das barreiras impostas nos relacionamentos interpessoais e registro de tentativas de emissão de comportamentos assertivos).</p> <p><u>Estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais</u>: psicoeducação; identificação e reestruturação de crenças disfuncionais; e treino em habilidades sociais/assertividade.</p>
5 ^a	<p><u>Atividades</u>: discussão da tarefa de casa e revisão do tema “preocupações”; leitura e discussão do tema “emoções” do manual psicoeducativo; ensinadas e discutidas estratégias e técnicas cognitivo comportamentais para manejo de sintomas de ansiedade e depressão, como relaxamento progressivo e respiração diafragmática (ansiedade) e reestruturação cognitiva e ativação comportamental (depressão); tarefa de casa (exercícios de relaxamento progressivo e respiração diafragmática com registro de tensão antes e após a atividade e diário de pensamentos disfuncionais).</p> <p><u>Estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais</u>: psicoeducação; identificação e reestruturação de cognitiva; ativação comportamental; treino em respiração diafragmática e treino em relaxamento progressivo de Jacobson.</p>
6 ^a	<p><u>Atividades</u>: discussão da tarefa de casa e revisão do tema “emoções” do manual psicoeducativo; leitura e reflexões sobre o tema “compreensão” do manual psicoeducativo; dinâmica de encerramento e tarefa de casa (continuar aplicando as estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais aprendidas no grupo).</p> <p><u>Estratégias e técnicas cognitivo-comportamentais</u>: psicoeducação, identificação e reestruturação de crenças disfuncionais.</p>

3.5.3.2 *Leitura da manual psicoeducativo sobre HIV/aids.*

Os participantes que aceitaram fazer a leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids levaram o mesmo para sua residência após a avaliação inicial e foram informados que deveriam retornar após 15 dias para nova avaliação, com o intuito de verificar os efeitos dessa leitura sobre a percepção de doença e as outras variáveis: ansiedade, depressão, enfrentamento, autoeficácia para aderir aos antirretrovirais e variáveis biológicas (CD4 e carga viral).

3.5.4 *Avaliação pós-intervenção (etapas 3, 4 e 5).*

Para avaliar a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental em grupo, os pacientes do GE 1 e do GC foram avaliados logo após a conclusão da abordagem psicológica e responderam novamente aos seguintes instrumentos: *Brief* IPQ, HADS, EMEP, Escala de Autoeficácia para Seguir Prescrição Antirretroviral e roteiro de entrevista semiestruturada sobre a percepção de doença pós-intervenção (gravada em áudio). Ressalta-se que o GE 1 também respondeu a entrevista de avaliação do grupo. Já o GE 2 foi novamente avaliado com os mesmos instrumentos após leitura do manual, sendo dado o prazo de 15 dias para o retorno (etapa 3). O GE 1, o GE 2 e o GC foram também avaliados após seis meses (etapa 4) e após um ano (etapa 5), com o intuito de verificar se os efeitos da intervenção se manteriam a longo prazo. Também foram monitorados pelo prontuário os níveis de contagem dos linfócitos T CD4 e carga viral. As avaliações de seguimento foram agendadas via telefone. Participantes que faltaram ao agendamento três vezes foram automaticamente excluídos do estudo.

Os procedimentos do estudo encontram-se resumidos no organograma a seguir (Figura 1).

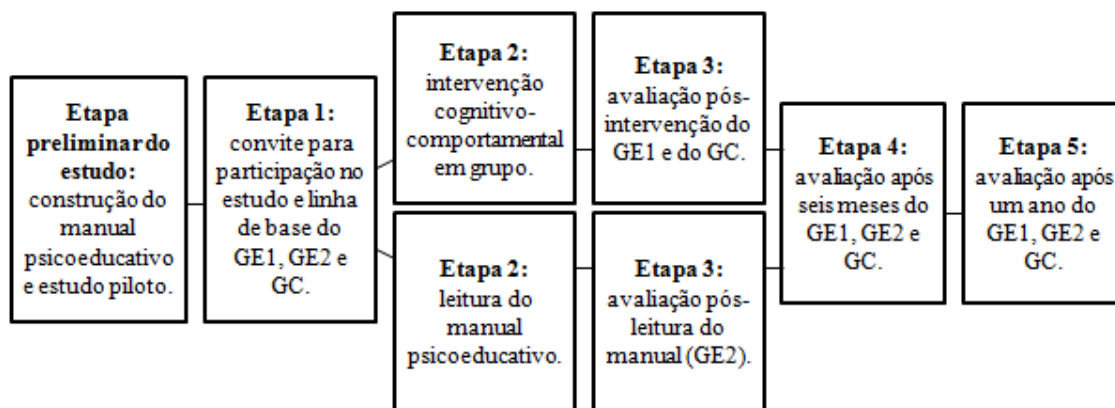


Figura 1. Organograma com os procedimentos do estudo

Ressalta-se que as avaliações referentes às etapas 3, 4 e 5 do GE 1 foram conduzidas por auxiliares de pesquisa (treinadas previamente), com o intuito de minimizar a desejabilidade social dos respondentes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (parecer nº 331.052) (Anexo R).

3.6 Análise dos Dados

Foram realizadas análises quantitativa e qualitativa dos dados. Em relação aos dados quantitativos foi feita análise estatística descritiva e inferencial, por meio do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18,5). Optou-se pela utilização de testes não-paramétricos, tendo em vista a violação do pressuposto de normalidade e em função do baixo número de participantes no estudo (Field, 2009).

O teste de Kruskal Wallis foi utilizado para avaliar a existência de diferenças entre os GE 1, GE 2 e GC com relação às variáveis percepção de doença, ansiedade, depressão, enfrentamento, autoeficácia e níveis de CD4. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para análise da existência de diferenças da carga viral entre o GE 1, GE 2 e GC. O teste ANOVA de Friedman foi conduzido com a finalidade de investigar se ocorreram mudanças estatisticamente significativas nas avaliações do GE 1 e GE 2, no decorrer de um ano, nas variáveis percepção de doença, ansiedade, depressão, enfrentamento, autoeficácia e níveis de CD4.

A análise qualitativa dos dados foi utilizada para análise de conteúdo do questionário/entrevista do estudo piloto, questões 8 e 9 do *Brief IPQ* e das entrevistas sobre percepção de doença e baseou-se no método de Bardin (2006). A análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas utilizadas para análise do sentido da comunicação, incluindo o conteúdo manifesto ou latente e as significações explícitas ou ocultas (Mozzato & Grzybovski, 2011). Assim, inicialmente realizou-se o agrupamento das respostas em categorias das questões semiabertas do questionário/entrevista do estudo piloto, questões qualitativas do *Brief IPQ* e da entrevista sobre percepção de doença, seguida da análise das frequências das respostas. Ressalta-se que, no caso da entrevista sobre percepção de doença, os eixos temáticos foram pré-definidos de acordo com os componentes de representação cognitiva e emocional da doença que foram investigados qualitativamente.

Capítulo 4. Resultados

Nessa seção são inicialmente apresentados os resultados do estudo piloto, incluindo a avaliação do manual psicoeducativo sobre HIV/aids por PVHA e profissionais da saúde, bem como os resultados referentes à avaliação do protocolo de pesquisa por PVHA.

Em um segundo momento, apresenta-se os resultados quantitativos e qualitativos das variáveis estudadas (percepção de doença, ansiedade, depressão, enfrentamento, autoeficácia, CD4 e carga viral), sendo feito o detalhamento por grupo (GE 1, GE 2 e GC). Ao fim, são apresentados os resultados dos testes estatísticos realizados com a finalidade verificar se ocorreram diferenças entre o GE 1, o GE 2 e GC. Ademais, são relatados os resultados da análise estatística acerca do acompanhamento longitudinal do GE 1 e GE 2.

4.1 Estudo Piloto

4.1.1 Avaliação do manual psicoeducativo sobre HIV/aids.

Na etapa preliminar da pesquisa foi verificada a adequação do manual psicoeducativo sobre HIV/aids por PVHA e profissionais de saúde. As PVHA fizeram uma avaliação geral positiva do manual psicoeducativo sobre HIV/aids ($n = 4$): *“importante para a orientação de PVHA”*; *“bem elaborado, claro e esclarecedor”*; *“realista”*; *“informações satisfatórias quanto às dúvidas sobre HIV”*. Entre os pontos fortes foram citados: esclarecimentos sobre o HIV/aids e a vida após o diagnóstico; linguagem simples e fácil de entender. Como ponto fraco foi mencionado apenas uma ilustração que não estava suficientemente clara para um dos participantes. Os outros três não conseguiram identificar pontos fracos no material. A linguagem foi avaliada com um escore médio de 4,3 ($AT = 4-5$) (onde 1 era péssimo e 5 excelente); as ilustrações com um escore médio de 4 ($AT = 3-5$) e a qualidade do material com um escore médio de 4,3 ($AT = 4-5$). Sobre as sugestões para melhoria do material foram citadas: maior detalhamento dos efeitos colaterais da medicação antirretroviral e motivos de ocorrência dos mesmos; ampla divulgação e distribuição do material.

Os profissionais de saúde (duas psicólogas, uma médica, uma assistente social e uma enfermeira) fizeram uma avaliação geral do manual também bastante positiva: ótimo ou muito bom, linguagem clara e direta, de fácil manuseio e compreensão, completo e útil para intervenções em centros de HIV/aids. Um profissional fez menção a *“termos mal colocados”* no texto, dando sugestões de alterações na redação. Como pontos fortes do material foram mencionados: *“bom desenvolvimento do tema, com ilustrações simples e claras”*; *“ilustrações facilitam o aprendizado e deixam o manual mais dinâmico”*; *“didático, leitura fácil, bem ilustrado”*; *“informativo tanto para o profissional como para o paciente”*; *“linguagem clara e direta”*. Os pontos fracos foram mencionados por apenas uma pessoa: possível dificuldade de compreensão de alguns termos por pessoas de baixa escolaridade, como CD4 e célula. Os demais profissionais não identificaram pontos fracos. Os escores médios referentes à avaliação da linguagem, das ilustrações e da

qualidade do material foram, respectivamente: 4,4 ($AT = 4-5$); 4,8 ($AT = 4-5$); e 5 (todos o avaliaram como excelente). Sugestões para aprimoramento do material incluíram: inclusão de algumas informações; alterações nas ilustrações de maneira a torná-las mais realistas e claras; e melhorias na redação. Ressalta-se que as sugestões dos participantes do estudo piloto foram consideradas o que propiciou o aprimoramento do material.

4.1.2 Avaliação do protocolo de pesquisa.

O tempo médio gasto para preenchimento do protocolo de pesquisa foi 57 minutos: uma hora e 24 minutos (1º participante); e 30 minutos (2º participante). Com relação ao grau de dificuldade, ambos negaram dificuldades em preencher o instrumento. Porém, ao serem questionados sobre possíveis dificuldades que outras pessoas poderiam enfrentar ao responder o protocolo de pesquisa, um dos participantes alegou que dependeria do “*grau de conscientização e condição intelectual*”. Já o outro afirmou que acreditava que outros indivíduos não teriam dificuldades para preencher os instrumentos: “*fácil de responder para boa parte das pessoas*”. Pontos positivos do protocolo de pesquisa foram mencionados por um dos participantes: “*claro e pouco repetitivo*”. Não foram apontadas sugestões para aperfeiçoamento do protocolo. Assim, considerou-se o protocolo de pesquisa viável no que tange ao tempo de aplicação e à capacidade de compreensão das pessoas. Contudo, foram realizadas alterações na entrevista (linha de base e pós-intervenção) com a exclusão de algumas perguntas, que revelaram-se repetitivas no momento da coleta de dados, pois já estavam sendo avaliadas qualitativamente no *Brief IPQ* (dimensão temporal e a questão causal). Assim, o estudo piloto favoreceu o aperfeiçoamento e a adequação da entrevista de linha de base e pós-intervenção.

4.2 Resultados Quantitativos e Qualitativos das Etapas 1, 3, 4 e 5

4.2.1 Percepção de doença.

4.2.1.1 Grupo experimental 1.

4.2.1.1.1 Primeira avaliação de percepção de doença do GE 1.

Na primeira avaliação (etapa 1- linha de base) do GE 1 ($n = 3$) o escore médio de percepção de doença foi 32 ($Md = 33$; $DP = 2,6$; $AT = 29-34$), sendo que P1 e P2 apresentaram escores iguais ou maiores que 33 (33 e 34, respectivamente), indicando predomínio no GE 1 de uma percepção de relevante ameaça imposta pela enfermidade. Ressalta-se que P3 apresentou um escore de 29.

Na análise qualitativa das respostas referentes à dimensão temporal (questão 8 do *Brief IPQ*), P1 afirmou que não sabia quanto tempo a doença iria durar; P2 disse que duraria de 12 a 15 anos; e P3 relatou que não podia prever, já que acreditava na evolução da medicina. Com relação às possíveis causas associadas à infecção pelo HIV, observou-se que P1 não compreendeu a questão e respondeu: preconceito, discriminação e medo. Já P2 fez as seguintes atribuições causais: pouca preocupação, irresponsabilidade e falta de prevenção (sexo desprotegido). E por fim P3 respondeu: sexo descontrolado (múltiplos parceiros sem proteção).

Na análise da entrevista de percepção de doença com relação à identidade da doença (questão 1), na qual foi avaliada a percepção de sintomas, as respostas foram: pneumonia (P1 e P2); múltiplos sintomas (urticária, diarreia, dores de cabeça e dores de estômago) (P2); e ausência de sintomas (P3). Sobre os sintomas P1 afirmou: *“Essa pneumonia já é típica da doença...ela aparece do nada”*.

O controle pessoal foi avaliado por duas questões (questão 2 e 4), na primeira foi investigado como a pessoa prevenia ou controlava o aparecimento de sintomas da doença e as respostas categorizadas foram: alimentação saudável (P1 e P2), uso dos antirretrovirais (P2 e P3), ingestão de medicamentos associada a alimentos (P1) e rica ingestão de água (P1). Para ilustrar a percepção de controle pessoal seguem as falas de P1 e P2: *“Eu tomo bastante água. A alimentação controlo com bastante fruta e verdura...nunca tomo ele sozinho (antirretrovirais)”* (P1); *“Tomo os remédios regularmente, não deixo de tomar, cumpro com tudo que tem que ser feito”* (P3). A segunda questão referente ao controle pessoal avaliou a percepção de responsabilidade pela evolução da enfermidade, sendo que todos os participantes do GE 1 acreditavam que eram responsáveis pela evolução da doença: *“Se eu não tomar o remédio na hora certa, se eu não tiver uma boa alimentação, se eu não me hidratar bem...eu sou a responsável por mim”* (P1); *“Eu sou responsável em todos os sentidos”* (P2); *“Depende de mim me alimentar, tomar a medicação corretamente”* (P3).

Sobre a crença no controle do tratamento (questão 3), os participantes do GE 1 foram unânimes ao afirmar que o tratamento antirretroviral é eficaz: *“Ele é a pílula da vida”* (P1); *“Tomando a medicação minha carga viral diminuiu, chegou a ficar indetectável, então isso para mim foi uma vitória”* (P2); *“Nunca tive problema nenhum desde que eu tomo o remédio corretamente”* (P3).

As principais consequências (questão 5) associadas ao diagnóstico de HIV foram: impacto negativo na vida social (P2 e P3) e autopercepção (P1). Sobre o autopercepção, P1 afirmou: *“Não sabia que tinha tanto preconceito...essa doença para mim é de prostituta, de gay”*. O impacto negativo na vida social de P2 e P3 pode ser ilustrado com as seguintes verbalizações: *“Afetou a minha vida social pelo fato de não estar me divertindo como antes...às vezes prefiro tomar o remédio e apagar do que sair”* (P2); *“Me afastei muito das pessoas, por causa da doença, a gente é muito discriminado”* (P3).

Com relação às alterações emocionais (questão 6) relacionadas à aids foram citadas: ansiedade (P1 e P2), tristeza (P1 e P3), preocupação (P2 e P3) e medo (P1). O impacto no estado emocional das PVHA pode ser representado pela fala de P3 que disse: *“Eu fico preocupado com a doença, é uma doença que a gente não acredita que vai acontecer com a gente...as pessoas discriminam a gente, você não se dá para as pessoas como se daria, sinto tristeza por causa disso”*.

Por fim, a compreensão da doença foi investigada (questão 7): duas pessoas afirmaram que compreendiam a enfermidade, mas ainda tinham dúvidas (P1 e P2). P3 disse que não compreendia (P3): *“Estou meio por fora, só sei que é uma doença perigosa que causa a morte e profundamente eu não sei do que se trata”*.

4.2.1.1.2 Segunda avaliação de percepção de doença do GE 1.

Na segunda avaliação do GE 1 (etapa 3), realizada após a intervenção cognitivo-comportamental em grupo (etapa 2) o escore médio de percepção de doença foi novamente 32 ($Md = 36$; $DP = 9,6$; $AT = 21-39$), com ligeiro aumento nos escores de dois participantes (P1 = 39; P2 = 36). Contudo, P3 teve redução na percepção de ameaça imposta pela enfermidade (escore igual a 21).

Com relação à dimensão temporal as respostas também foram muito semelhantes às fornecidas na linha de base: cerca de 30 anos (P1); cerca de 10 anos (P2); sem previsão, pois depende dos avanços na medicina (P3). Sobre as possíveis causas da infecção pelo HIV, P1 novamente não compreendeu a questão e respondeu pneumonia, febre e gripe, sendo suas respostas a essa questão novamente desconsideradas. Também não foram registradas muitas mudanças na forma de pensar sobre a questão: pouca preocupação (P2); irresponsabilidade (P2); bebida exagerada (P2); *“ser muito farrista”* (P3); falta de prevenção (P3); e imaturidade (P3).

Na análise da entrevista de percepção de doença com relação à identidade da doença as respostas foram: ausência de sintomas (P1 e P3) e múltiplos sintomas (urticária, diarreia, gripes fortes, íngua, febre e hipertensão) (P2). Assim, houve alteração na resposta apenas de P1, que não apresentou queixas nessa avaliação ao contrário do observado na linha de base.

No que tange ao controle pessoal, houve relato do uso dos antirretrovirais (P1, P2 e P3); alimentação saudável (P1); abandono da medicação para controle da pressão arterial (P2); e relações sexuais com preservativo (P3). Dessa maneira, houve manutenção de respostas fornecidas por todos os participantes do GE 1, como o uso dos antirretrovirais e alimentação saudável. P1, na segunda avaliação não fez menção a formas de controle citadas na linha de base, como ingestão da medicação associada a alimentos e rica ingestão de água. Porém, houve a inclusão de outras formas de controle dos sintomas por P2 e P3 (abandono da medicação para controle da pressão arterial e relações sexuais com preservativo).

Não foram relatadas mudanças na forma de pensar de nenhum dos participantes do GE 1 com relação à percepção de responsabilidade pela evolução da doença. P1, como os outros participantes, reiterou sua percepção de responsabilidade sobre a evolução da doença com a seguinte frase: *“Procuro ajuda, procuro os médicos, procuro os psicólogos, tratamento, alimentação e conhecimento da doença”*. Também não foram identificadas alterações nas crenças sobre a eficácia do tratamento. Portanto, os participantes do GE 1 continuaram com a crença que eram responsáveis pela evolução da sua doença, bem como que a TARV é eficaz.

Com relação às consequências relacionadas ao HIV/aids, foram relatadas relevantes alterações após a participação no grupo, com destaque para a melhora das relações sociais (P1 e P3): “...*me abri nesses dois meses, essa é a diferença desses 10 anos, tempo que busco terapia, mas esses dois meses me trouxe liberdade, desabrochei*” (P1); “...*me sinto mais capaz de expor meu problema, dividi-lo com outras pessoas, não fico nem um pouco receoso em se tratando da doença*” (P3). Contudo, dois participantes afirmaram que houve piora na situação financeira (P1 e P2) e um deles alegou manutenção de prejuízos nas relações sociais e familiares (P2). Para ilustrar tal problemática seguem as verbalizações de P2: “*Eu não fico muito perto deles (familiares), eu evito, fico isolado*”; “*Impactou (situação econômica), porque eu acho que eu produzia mais...você não dá mais conta de produzir o quanto você produzia antes*”.

Observou-se também melhora do aspecto emocional, tendo em vista que na avaliação de linha de base todos os participantes relataram a presença de algum sintoma psicológico. Já na avaliação após a intervenção cognitivo-comportamental em grupo, duas pessoas (P1 e P3) não apresentaram alterações emocionais relacionadas ao HIV/aids. Somente uma delas relatou ansiedade e preocupação (P2), mas em menor grau: “*Posso dizer que eu tenho melhorado, tenho ainda (ansiedade e preocupação), mas tenho melhorado*”.

Sobre a compreensão, P1 e P2 compreendiam a doença, mas ainda tinham dúvidas: “...*eu acho que a vida toda a gente vai ter que ter mais informações, compreender, que todo dia muda*” (P1). Já P3 afirmou compreender a doença e não ter mais dúvidas, o que sugere que houve melhora da compreensão de P3 após a intervenção em grupo: “*Compreendo, depois de vir aqui no centro Com-vivência eu tive um bom esclarecimento sobre o que é a doença para mim*”.

Entre as mudanças relatadas após a participação no GE 1, foi observado: redução do autopreconceito (P1); percepção de aumento da expectativa de vida (P2); aprendizado de novas informações (P3); e melhora no relacionamento com as pessoas (P3). Com relação às mudanças após o grupo cabe destacar as falas de P1 e P3 que ilustram benefícios decorrentes da participação no GE 1: “...*eu descobri nesses últimos dois meses que eu estava parada no tempo, que eu posso viver muito bem, eu tinha esquecido disso*” (P1); “*Eu aprendi o que é CD4, carga viral, me relacionar com as pessoas*” (P3).

Ao final da segunda avaliação os participantes opinaram sobre a participação no grupo com avaliações positivas: P1 achou maravilhoso e disse que foi bom para o crescimento (P1); P2 gostou de ter a companhia dos integrantes do grupo, bem como elogiou os assuntos abordados; e P3 reiterou o fato de ter tido a oportunidade de esclarecimentos e acesso a informações, além de melhora das habilidades sociais. Foram registradas queixas sobre a extensão dos questionários de avaliação (P2) e da falta de adesão dos participantes (P3). Sugestões para grupos futuros incluíram agrupar um maior número de participantes (P1, P2 e P3) e ampliar os temas abordados (P1).

4.2.1.1.3 Terceira avaliação de percepção de doença do GE 1.

Na terceira avaliação (etapa 4), realizada após seis meses da conclusão do grupo, o escore médio de percepção de doença apresentou uma pequena redução ($M = 30,3$; $Md = 32$; $DP = 6,6$; $AT = 23-36$). Houve decréscimo nos escores de P1 e P2 e aumento da percepção de ameaça de P3 (P1 = 36; P2 = 32; P3 = 23). Apenas P1 manteve-se com uma percepção de que a doença representava uma importante ameaça.

Com relação à dimensão temporal, P1 pareceu mais otimista nessa avaliação e afirmou que a doença duraria apenas dois anos, acreditando na descoberta da cura em breve; P2 não respondeu à questão; e P3, de maneira coerente com as suas respostas nas avaliações anteriores, respondeu que não havia previsão, já que não existia cura para a doença até o momento, e que tudo dependeria dos avanços na medicina.

Na entrevista sobre percepção de doença, todos os participantes relataram sintomas associados ao HIV, diferentemente da última avaliação, na qual apenas P2 apresentou queixas. P1 e P2 relataram múltiplos sintomas, sendo que P1 teve pneumonia, tuberculose, febre, mal estar e suor excessivo; P2 teve aumento da pressão arterial, gripe, inflamação de garganta e diarreia. Já P3 se queixou de queda de cabelo e alergias.

Sobre o controle pessoal todos os participantes mencionaram o uso da medicação antirretroviral para controle do aparecimento de novos sintomas, como na avaliação anterior; P2 relatou ter uma alimentação saudável como forma adicional de controle da doença. P3 também reforçou a importância do acompanhamento médico e de exames periódicos (monitoramento dos níveis de CD4 e carga viral): *“Tomo minha medicação corretamente, faço acompanhamento com a minha médica regularmente, acompanho a minha carga viral e CD4”*. Todos os participantes do GE 1 continuaram acreditando na eficácia da TARV, a exemplo os relatos de P1 e P3: *“O remédio para mim é vida”* (P1); *“Eu não sinto nenhum sintoma, para mim ele age bem”* (P3). Todos também mantiveram a percepção de serem responsáveis pela evolução da doença e apresentaram respostas semelhantes, como P1 que afirmou que é responsável *“tomando a medicação no horário certo, tendo uma boa alimentação, tendo uma boa qualidade de vida”*.

As principais consequências da doença mencionadas foram: afastamento de relacionamentos afetivos (P2 e P3); melhora financeira (P1) (*“...aconteceu uma coisa boa, me aposentei por causa dos bichinhos - vírus HIV”*); impacto financeiro negativo devido aos custos de manutenção de uma alimentação saudável (P2); maior afetividade com os familiares (P2) (*“...procuro ter mais carinho, mais amor, quando tem discussões procuro intervir para não ter mais complicações”*). Assim, observa-se que em comparação com a última avaliação houve manutenção dos ganhos de P1 e melhora no relacionamento familiar de P2. Contudo, P3 se queixou de isolamento afetivo e P2 manteve a percepção de prejuízos associados ao HIV. Em contrapartida, alterações emocionais associadas ao HIV foram negadas por P1 e P3, sugerindo manutenção de possíveis ganhos com o grupo no que tange o aspecto emocional. Somente P2 relatou sintomas psicológicos, incluindo o

medo de se relacionar no sentido sexual e afetivo: “...*medo de transmitir, de receber, de contar, tudo isso aí...mesmo com preservativo fico com aquela preocupação, aquela ansiedade, inseguro*”.

Sobre a compreensão, registra-se alterações na resposta apenas de P3, em comparação com a avaliação anterior, que afirmou que não compreendia a doença e necessitava de mais informações. Desta forma, P1 e P2 continuaram acreditando que compreendiam a doença, sendo que P1 reiterou que sempre surgem novas dúvidas e a necessidade de busca de mais informações para saná-las.

Com relação a possíveis mudanças na forma de pensar e lidar com o HIV/aids, aspectos positivos foram mencionados por todos os participantes. P1 afirmou melhora do preconceito, aumento da autoconfiança e melhor aceitação da doença: “*Mudou o preconceito...quando eu entrei nessa pesquisa eu entrei de cabeça, eu estava precisando, foi um bênção de Deus esse grupo*”. P2 tem procurado fazer atividades prazerosas que antes não fazia ou que havia abandonado, como viajar e ouvir música e afirmou que aprendeu que “*há vida depois do diagnóstico*”. Por fim, P3 sustentou sua opinião fornecida na avaliação anterior, alegando aprendizado de novas informações e a se relacionar melhor com as outras pessoas.

4.2.1.1.4 Quarta avaliação de percepção de doença do GE 1.

A avaliação final (etapa 5) foi realizada após um ano da conclusão da intervenção. O escore médio de percepção de doença do GE 1 foi 29,3 ($Md = 36$; $DP = 12,4$; $AT = 15-37$), indicando uma ligeira queda em comparação com as avaliações anteriores. P1 manteve o mesmo escore da terceira avaliação e P2 teve aumento em seu escore. Ambos apresentaram uma percepção de ameaça relevante imposta pela enfermidade, com escores de 36 e 37, respectivamente. Já P3 reduziu o escore de percepção de doença em comparação com avaliações anteriores ($P3 = 15$). Assim, P1 e P2 mantiveram a tendência a uma percepção de relevante ameaça imposta pela enfermidade no decorrer do estudo, enquanto P3 manteve uma percepção de que a doença não constituía uma ameaça, sendo evidenciada a redução do seu escore no decorrer da pesquisa.

Na análise da dimensão temporal, P1 deu uma resposta muito semelhante à anteriormente fornecida na terceira avaliação: três anos, pois acreditava na descoberta da cura em breve. P2 e P3 mantiveram a linha de resposta das avaliações anteriores: 15 a 20 anos (P2); a doença irá durar enquanto a cura não for descoberta (P3). Sobre a questão causal, P1 afirmou que contraiu o vírus devido à falta de responsabilidade, inocência e excesso de confiança no parceiro; P2 por descuido, imprudência; e P3 devido ao sexo desprotegido. Assim, na questão causal observa-se coerência nas respostas dos participantes no decorrer das avaliações, sem alterações relevantes ao longo da coleta de dados.

Na análise da entrevista, no item sobre a identidade da doença, P1 relatou um novo sintoma, a lipodistrofia; P2 manteve a percepção de sintomas múltiplos (gripe, febre e diarreia) e P3 negou a presença de sintomas associados ao HIV/aids. Assim, durante as avaliações, foram observadas oscilações na percepção de sintomas em P1. Já P2 manteve a percepção de sintomas múltiplos associados à doença durante todas as avaliações; enquanto P3 praticamente não teve queixas

durante todo o período da pesquisa. Assim, não foram identificadas alterações relevantes no decorrer da pesquisa no que tange à identidade da doença.

Sobre o controle pessoal, o uso da medicação antirretroviral para controle dos sintomas foi referido pelos três participantes. Contudo, P1 e P2 acrescentaram a prática de atividade física. Também foram mencionados: psicoterapia e exames periódicos (P1) e cursos para ocupar o tempo livre (P3). Assim, durante a pesquisa a estratégia para controle pessoal mais mencionada foi o uso dos antirretrovirais, sendo adicionadas outras formas de controle no decorrer das avaliações, indicando aumento na percepção da existência de práticas para controlar a doença.

Houve manutenção da percepção de eficácia dos antirretrovirais, já observada nas avaliações anteriores, pelos três participantes: *“Minha carga viral está indetectável e meu CD4 subindo cada vez mais”* (P1); *“Porque quando você não toma já sente outros sintomas, entendeu? Você fica mais exposto a doenças”* (P2); *“Funciona porque a carga viral está sempre indetectável, o CD4 está bom”* (P3). Todos eles também continuaram acreditando que eram responsáveis pela evolução da doença: *“Tenho tomado a medicação, tenho tomado todos os meus cuidados”* (P1); *“Tomo os remédios adequadamente...não bebo mais, não fumo, faço atividade física”* (P3). Desta forma, não foram observadas mudanças na percepção de responsabilidade pela evolução da doença (controle pessoal), nem tampouco sobre a crença na eficácia do tratamento (controle do tratamento) no GE 1.

Sobre as consequências relacionadas ao HIV/aids, apenas P2 manteve o relato de prejuízos no contexto familiar e social: *“Ninguém sabe, procuro me resguardar e com isso tenho sofrido muito”*. P1 e P3 não identificaram consequências associadas à doença na última avaliação. Desta forma, apesar da manutenção do impacto negativo da doença na vida de P2, observou-se melhora na percepção de consequências negativas associadas ao HIV/aids em P1 e P3.

No que tange as alterações emocionais relacionadas à enfermidade, houve relato de tristeza e preocupação por P2. Os demais participantes do GE 1 negaram a presença de alterações emocionais associadas à doença. Assim, com exceção de P2, acredita-se, com base nos relatos, que houve melhora do aspecto emocional de P1 e P3 após a intervenção cognitivo-comportamental.

Sobre a compreensão da doença, todos os participantes mantiveram as respostas fornecidas na terceira avaliação: compreendia, mas dúvidas tendem a surgir à medida que ocorrem novas descobertas (P1); compreendia a doença e negou dúvidas (P2); não compreendia, tendo em vista que ainda tinha dúvidas (P3) (*“Eu tenho dúvidas, é para saber o estágio da doença, a necessidade dos remédios que eu tomo”*). Desta forma, P1 manteve a sua resposta durante toda a investigação; P2 alterou sua resposta nas avaliações de seguimento passando a negar dúvidas acerca do HIV/aids; P3, apesar de compreender a doença logo após a intervenção passou a dizer que não compreendia nas avaliações de seguimento e que necessitava de mais informações. Desta maneira, pode-se dizer que houve efeitos positivos da intervenção cognitivo-comportamental sobre a compreensão de sujeitos do GE 1.

O relato de mudanças na forma de pensar e lidar com a enfermidade foram mantidas por todos do GE 1, o que sugere que a intervenção cognitivo-comportamental em grupo acarretou efeitos positivos sobre a vida dos participantes: P1 referiu aumento da autoconfiança, aprendeu a se defender melhor e a aceitar melhor a doença; P2 passou a ser mais responsável, mais cuidadoso, mais atencioso com os cuidados pessoais, como alimentação e higiene; e P3 esclareceu dúvidas que tinha sobre o HIV/aids. As afirmações dos participantes exemplificam tais efeitos benéficos da intervenção: “Aumentou a confiança em mim mesma...hoje eu sei me defender melhor, aceitar melhor a doença” (P1); “Eu passei a ser mais responsável, mais cuidadoso, alguns exemplos, com a alimentação, com a higiene, uma série de coisas” (P2); “Estou vivendo normal, do jeito que tiver que levar eu levo, não coloco preocupação na minha cabeça não...viver da melhor maneira possível” (P3).

Em suma, no que tange à percepção de doença do GE 1 foram observados efeitos positivos sobre os componentes de representação cognitiva e emocional: controle pessoal (expresso pela percepção de formas de controle pessoal da doença), consequências, emoções e compreensão. Tais efeitos, reforçados pelos relatos de mudanças na forma de pensar e lidar com a enfermidade, sugerem bons resultados da intervenção cognitivo-comportamental sobre a percepção de doença no presente estudo. O resumo da análise das entrevistas sobre percepção de doença do GE 1 pode ser visualizado na Tabela 4.

Tabela 4

Síntese da Análise de Conteúdo das Entrevistas sobre Percepção de Doença do GE 1

Temas	Categorias			
	1ª avaliação (linha de base)	2ª avaliação (pós-intervenção)	3ª avaliação (6 meses)	4ª avaliação (12 meses)
Identidade (questão 1)	Pneumonia (P1 e P2), múltiplos sintomas (P2) e ausência de sintomas (P3).	Ausência de sintomas (P1 e P3) e múltiplos sintomas (P2).	Múltiplos sintomas (P1 e P2), alergias (P3) e queda de cabelo (P3).	Lipodistrofia (P1), múltiplos sintomas (P2) e ausência de sintomas (P3).
Controle pessoal 1 (questão 2)	Uso dos antirretrovirais (P2 e P3), alimentação saudável (P1 e P2), ingestão de medicamentos associada a alimentos (P1) e rica ingestão de água (P1).	Uso dos antirretrovirais (P1, P2 e P3), alimentação saudável (P1), abandono da medicação para controle da pressão arterial (P2) e sexo com preservativo (P3).	Uso dos antirretrovirais (P1, P2 e P3), alimentação saudável (P2), acompanhamento médico e exames periódicos (P3).	Uso dos antirretrovirais (P1, P2 e P3), atividade física (P1 e P2), psicoterapia (P1), exames periódicos (P1) e cursos para ocupar o tempo livre (P3).

(Continua)

Tabela 4

*Síntese da Análise de Conteúdo das Entrevistas sobre Percepção de Doença do GE 1
(Continuação)*

Temas	Categorias			
	1ª avaliação (linha de base)	2ª avaliação (pós-intervenção)	3ª avaliação (6 meses)	4ª avaliação (12 meses)
Controle do tratamento (questão 3)	Crença na eficácia da medicação (P1, P2 e P3).	Crença na eficácia da medicação (P1, P2 e P3).	Crença na eficácia da medicação (P1, P2 e P3).	Crença na eficácia da medicação (P1, P2 e P3).
Controle Pessoal 2 (questão 4)	Crença na responsabilidade pela evolução da doença (P1, P2 e P3).	Crença na responsabilidade pela evolução da doença (P1, P2 e P3).	Crença na responsabilidade pela evolução da doença (P1, P2 e P3).	Crença na responsabilidade pela evolução da doença (P1, P2 e P3).
Consequências (questão 5)	Impacto negativo nas relações sociais (P2 e P3) e autoperceção (P1).	Melhora das relações sociais (P1 e P3), piora da situação financeira (P1 e P2) e prejuízos nas relações sociais e familiares (P2).	Afastamento de relações afetivas (P2 e P3), piora financeira (P2), melhora financeira (P1) e maior afetividade com familiares (P2).	Negaram consequências negativas (P1 e P3), impacto negativo nas relações familiares e sociais (P2).
Emoções (questão 6)	Tristeza (P1 e P3), ansiedade (P1 e P2), preocupação (P2 e P3) e medo (P1).	Negaram alterações emocionais (P1 e P3), ansiedade e preocupação (P2).	Negaram alterações emocionais (P1 e P3) e medo (P2).	Negaram alterações emocionais (P1 e P3), preocupação (P2) e tristeza (P2).
Compreensão (questão 7)	Compreendiam, mas tinham dúvidas ou necessitavam de mais informações (P1 e P2); não compreendia (P3).	Compreendiam, mas tinham dúvidas ou necessitavam de mais informações (P1 e P2); compreendia e negou dúvidas (P3).	Compreendia, mas tinha dúvidas ou necessitavam de mais informações (P1); compreendia e não tinha dúvidas (P2); e não compreendia e necessitava de mais informações (P3).	Compreendia, mas tinha dúvidas ou necessitava de mais informações (P1); compreendia e negou dúvidas (P2); e não compreendia e necessitava de mais informações (P3).
Mudanças na forma de lidar com HIV (questão 8)	-----	Redução do autoperceção (P1); percepção de aumento da expectativa de vida (P2); aprendizado de novas informações (P3); e melhora das habilidades de relacionamento interpessoal (P3).	Melhora do preconceito (P1), melhor aceitação da doença (P1), aumento da autoconfiança (P1); busca de atividades prazerosas (P2); aprendizado de novas informações (P3); e melhora das habilidades de relacionamento interpessoal (P3).	Aumento da autoconfiança (P1), aprendeu a se defender melhor (P1), melhor aceitação da doença (P1); melhora do autocuidado (P2); aprendizado de novas informações (P3).

4.2.1.2 Grupo experimental 2.

4.2.1.2.1 Primeira avaliação de percepção de doença do GE 2.

Na primeira avaliação do GE 2 ($n = 5$) (etapa 1- linha de base) o escore médio de percepção de doença foi 28,2 ($Md = 32$; $DP = 18,5$; $AT = 0-50$), havendo predomínio de pessoas que não percebiam a doença como uma ameaça relevante ($P4 = 32$, $P5 = 50$, $P6 = 23$, $P7 = 36$ e $P8 = 0$). Sobre a dimensão temporal a maioria dos indivíduos afirmou que a doença iria durar para o resto da vida ($P5$, $P7$ e $P8$); $P4$ acreditava que a enfermidade iria durar por pouco tempo, pois acreditava na descoberta da cura em breve; $P6$ afirmou que irá durar cerca de 30 anos, se seguir corretamente o tratamento médico. As causas mais frequentemente associadas à infecção pelo HIV foram: sexo desprotegido ($P5$ e $P6$), “grupo de risco” ($P4$), abuso sexual ($P4$), acidente com objeto cortante ($P4$), informação insuficiente ($P7$) e causa desconhecida (paciente afirmou que sempre se protegeu) ($P8$).

Com relação à identidade da doença, as respostas foram: ausência de sintomas ($P4$, $P5$, $P7$ e $P8$) e múltiplos sintomas, como anemia, alucinação e queda de cabelo ($P6$). Sobre o controle pessoal as respostas foram: uso dos antirretrovirais ($P4$, $P5$, $P7$ e $P8$); acompanhamento médico ($P4$ e $P6$); alimentação saudável ($P4$ e $P7$); vida tranquila, “sem desvios” ($P7$); e viver da melhor forma possível dentro das limitações ($P8$). Na segunda questão referente ao controle pessoal (percepção de responsabilidade pela evolução da enfermidade), como no GE 1, todos os participantes do GE 2 acreditavam que eram responsáveis pela evolução da doença: “Se eu não for atrás, não for consultar direitinho, vou piorar” ($P6$); “Se eu não me cuidar piora e se eu me cuidar eu estou tentando melhorar a situação...os médicos fazem a parte deles e eu tenho que fazer a minha” ($P8$). Todos eles também acreditavam na eficácia do tratamento (controle do tratamento): “O meu CD4 subiu, a minha carga viral está indetectável, eu acredito que funciona” ($P4$); “Se não fosse isso eu já não estava mais aqui” ($P8$).

As principais consequências decorrentes da doença foram: prejuízos relacionados ao contexto laboral ($P4$, $P5$, $P6$ e $P7$), impacto negativo nos relacionamentos interpessoais e afetivos ($P4$, $P5$ e $P6$), prejuízos financeiros ($P5$ e $P6$) e prejuízos no contexto familiar ($P5$ e $P7$). Algumas verbalizações ilustram as consequências associadas ao HIV/aids no GE 2, especialmente com relação ao impacto negativo nos relacionamentos interpessoais e afetivos e prejuízos no relacionamento familiar: “Afetou o relacionamento interpessoal e afetivo, desde que descobri eu não me relaciono com mais ninguém, não converso com ninguém a respeito, me afastei de alguns grupos considerados de risco” ($P4$); “As consequências para a minha vida foram todas...me afastei de todo o mundo” ($P5$); “Minha família que é pouco presente, uns entendem, outros dizem que em parte eu sou culpado...uma das minhas irmãs até me disse, se você adoecer não conte comigo, foi você que procurou isso, se vire”. Apenas $P8$ negou consequências associadas ao HIV/aids.

Sobre as alterações emocionais relacionadas ao HIV/aids foram relatadas: tristeza ($P4$, $P5$, $P6$ e $P7$), ansiedade ($P4$ e $P5$), preocupação ($P4$ e $P5$), desânimo ($P5$ e $P7$), depressão ($P4$), medo

(P4), angústia (P5) e ausência de emoções negativas (P8). As falas de alguns participantes remetem ao impacto emocional negativo da soropositividade: *“Tristeza, depressão, preocupação, ansiedade, medo com o que pode acontecer amanhã”* (P4); *“Eu vivo preocupada, triste, desanimada...quando eu lembro, onde estiver eu estou chorando”* (P5); *“No início eu só chorava, chorava, entrei em depressão, só chorava...quando vem as lembranças ainda bate uma certa tristeza”* (P6).

Com relação à compreensão a maioria disse que compreendia a doença e não tinha dúvidas (P5, P6 e P8): *“Compreendo, pois sempre que eu tenho dúvidas eu pergunto aos médicos, quando não é aqui é lá na farmácia, eu sempre pergunto”* (P6). Os demais participantes compreendiam, mas tinham dúvidas ou necessitam de mais informações (P4 e P7): *“Não 100%, mas eu sei algumas coisas”* (P7).

4.2.1.2.2 Segunda avaliação de percepção de doença do GE 2.

Na segunda avaliação do GE 2 (etapa 2) o escore médio de percepção de doença foi 29,8 ($Md = 33$; $DP = 17,4$; $AT = 0-45$), ligeiramente mais elevado do que aquele encontrado na linha de base. Na análise dos sujeitos individualmente observou-se que P4 e P8 mantiveram o mesmo escore da linha de base ($P4 = 32$ e $P8 = 0$). Para esses sujeitos a doença não constituiu uma ameaça relevante nas primeiras avaliações. Já P5 e P7 apresentaram redução em seus escores, mas ainda assim tinham uma percepção de relevante ameaça imposta pela enfermidade, sendo que P7 foi limítrofe ($P5 = 45$ e $P7 = 33$). E por fim, P6 aumentou consideravelmente seu escore após a leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids, passando a 39 e, portanto, a uma percepção de relevante ameaça imposta pela doença.

Sobre a dimensão temporal, P4 afirmou que não há previsão para a cura, pois dependerá dos avanços nas pesquisas na área; P5 respondeu que a doença irá durar para o resto de sua vida; P6 afirmou que o tempo que a doença irá durar depende de si mesma, de fazer adequadamente a ingestão da medicação e seguir as orientações médicas; P7 não soube dizer, mas relatou que se seguir as orientações médicas poderá prolongar a sua expectativa de vida; P8 não soube quanto tempo a doença poderia durar e que está nas mãos de Deus. Assim, P4, P5 e P6 apresentaram respostas consistentes com a avaliação inicial, enquanto P7 e P8, que inicialmente afirmaram que a doença irá durar para o resto de suas vidas, não souberam precisar a duração nessa avaliação. Sobre as principais causas associadas à infecção pelo HIV as principais foram: relação sexual desprotegida (P5, P6 e P7), abuso sexual (P4), *“grupo de risco”* (P4), acidentes com materiais cortantes (P4) e informação insuficiente (P7). P8 novamente não soube atribuir a causa da sua infecção (P8). Assim, houve manutenção das respostas fornecidas na primeira avaliação, ou seja, não ocorreram mudanças na forma de pensar acerca das formas de infecção do HIV após a leitura do manual psicoeducativo.

Sobre os sintomas da doença, foram mencionados: sem sintomas (P4, P7 e P8), estômago ruim e falta de apetite associados ao uso dos antirretrovirais (P5) e múltiplos sintomas (gripe, enjojo

e conjuntivite) (P6). Observa-se que P4, P7 e P8 mantiveram-se sem queixas, sendo registradas alterações na percepção de sintomas apenas em P5 e P6.

Sobre o controle pessoal as respostas foram similares às fornecidas na linha de base: ingestão dos antirretrovirais (P4, P5, P7 e P8), acompanhamento médico (P4 e P6), alimentação saudável (P4 e P7) e seguir orientações médicas (P8). Com relação à percepção de responsabilidade pela evolução da enfermidade, as respostas de todos os participantes na segunda avaliação se mantiveram, ou seja, continuaram acreditando que eram responsáveis pela evolução da doença: *“Eu sei que eu tenho que fazer o tratamento”* (P4); *“Sou responsável porque se eu não tomar os remédios vai piorar e se eu não vir ao médico não vou poder tratar”* (P6). Todos eles também acreditavam na eficácia do tratamento, o que pode ser exemplificado pelas falas de P4 e P5: *“Tenho visto que está indetectável (carga viral) desde que comecei a tomar, então há eficácia”* (P4); *“Sem ele eu já estava morta, se não tomar o remédio a doença toma conta”* (P5).

As consequências associadas à doença mencionadas foram: impacto negativo nos relacionamentos interpessoais e afetivos (P4, P5 e P6), mudanças no contexto laboral (P4, P5 e P7), piora financeira (P5) e melhora da situação econômica (P7). P8, mais uma vez, negou consequências associadas à doença. Assim, também observa-se manutenção das consequências negativas associadas à doença, sendo que P5 pareceu ser o participante que estava vivenciando mais intensamente as consequências negativas associadas à doença no momento de segunda avaliação: *“Eu não gosto de sair de casa, não gosto que ninguém vá a minha casa, não tenho amigos e não gosto de fazer nada...eu sei das minhas responsabilidades, mas aceitar essa doença eu não dou conta...eu me fechei”*. Alterações positivas foram relatadas apenas por P7 que em decorrência de mudanças no contexto laboral melhorou sua situação econômica: *“Às vezes o encarregado lá estava perturbando, apresentava atestado para ir nas consultas e ficava me chamando atenção...minha patroa achou melhor me transferir para a noite...tem o adicional noturno e melhora um pouquinho”*.

No que tange às alterações emocionais relacionadas ao HIV/aids, houve manutenção de queixas emocionais em todos os participantes que as haviam relatado na primeira avaliação (P4, P5, P6 e P7): preocupação (P4, P5 e P7), tristeza (P4 e P5), medo (P4 e P5), irritabilidade (P5 e P6), ansiedade (P4), depressão (P4), angústia (P5) e desânimo (P7). P8 negou emoções negativas associadas à enfermidade.

Com relação à compreensão da doença, as respostas foram: compreendiam e não tinham dúvidas (P5, P7 e P8); compreendiam, mas tinham dúvidas ou necessitavam de mais informações (P4 e P6). Desta forma, alterações na compreensão foram observadas apenas em P7 que não apresentou dúvidas após a leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids. Mudanças relatadas após a leitura do material incluíram apenas a percepção de aumento da expectativa de vida, relatada por P6: *“Não era como eu pensava, que eu ia morrer daqui cinco anos, dez anos, e não, depende*

de *min*” (P6). Os demais participantes negaram mudanças após leitura do manual (P4, P5, P7 e P8).

4.2.1.2.3 Terceira avaliação de percepção de doença do GE 2.

Na terceira avaliação (etapa 4) o escore médio de percepção de doença foi 24,4 ($Md = 30$; $DP = 13,6$; $AT = 0-31$), indicando redução na percepção de ameaça em comparação com as avaliações anteriores. Comparando a segunda avaliação com a terceira houve redução dos escores de P4, P5, P6 e P7 (P4 = 31, P5 = 30, P6 = 30 e P7 = 31). P8 manteve-se com a percepção de que a doença não representa uma ameaça, com um escore igual a zero.

Referente à dimensão temporal, as respostas nessa avaliação foram: a doença durará para o resto de sua vida (P4 e P5); procura não pensar sobre o assunto e seguir com o tratamento (P6); acredita que viverá por muito tempo se seguir as orientações médicas (P7) e não soube quanto tempo a doença irá durar (P8). As respostas de P5, P6, P7 e P8 foram muito semelhantes às aquelas fornecidas anteriormente. Registrou-se apenas mudança em P4, que na avaliação anterior acreditava que o tempo de duração da doença estava condicionado à descoberta da cura. As causas atribuídas à doença foram: relação sexual desprotegida (P4, P5, P6 e P7), “*grupo de risco*” (P4), ingenuidade (P4), falta de informação (P5), falta de experiência (P5), excesso de confiança no parceiro (P6) e não soube apontar a causa da infecção (P8). Houve manutenção da principal causa atribuída à infecção em comparação com as avaliações anteriores. Outras causas foram incluídas por P4, P5 e P6, como ingenuidade, falta de experiência e excesso de confiança no parceiro.

Com relação à identidade da doença, a maioria dos participantes não apresentou sintomas associados ao HIV/aids (P4, P5, P6 e P8); somente P7, que não referiu sintomas anteriormente, se queixou de diarreia. Cabe ressaltar que P4 e P8 mantiveram-se sem queixas, enquanto P5 e P6, que haviam relatado sintomas nas avaliações pregressas, negaram sintomatologia nessa avaliação.

Sobre o controle pessoal as respostas mais frequentes foram: uso dos antirretrovirais (P4, P5, P6 e P7), alimentação saudável (P4, P5 e P8), acompanhamento médico (P4), “*evitar sereno*” (P5), relações sexuais com preservativo (P7) e dormir mais cedo (P8). Novamente a principal forma de controle da doença citada pelo GE 2 foi o uso da medicação antirretroviral. Outras formas de controle não mencionadas anteriormente foram incluídas, como o “*evitar sereno*”, relações sexuais com preservativo e dormir mais cedo.

Todos os participantes continuaram acreditando que eram responsáveis pela evolução de sua doença e forneceram respostas semelhantes às aquelas das avaliações anteriores: “*O uso da medicação, a alimentação, exposição a grupos...a decisão é minha, responsabilidade total*” (P4); “*Se eu parar o tratamento a tendência é piorar*” (P6). Também sustentaram a opinião de que o tratamento antirretroviral é eficaz: “*Os exames comprovam a eficácia*” (P4); “*A prova que o tratamento ajuda é que quando eu adoeci o meu CD4 era 100, hoje o meu CD4 está normal e a minha carga viral indetectável*” (P5); “*...ele está sendo a minha vida como se fosse a minha alimentação, entendeu? Tenho que me alimentar para poder viver*” (P8).

As consequências associadas à doença foram: impacto negativo nos relacionamentos interpessoais e afetivos (P4 e P5), piora da situação financeira (P4 e P5) e instabilidade profissional (P4). Assim, P4 e P5 reiteraram o impacto negativo da doença em suas vidas, o que pode ser ilustrado com a fala de P5: “...*família, amigos, sociedade houve meio que um distanciamento, eu tenho me reservado...desde o diagnóstico ou não me relaciono com ninguém e no trabalho é meio complicado, eu não tenho tido estabilidade profissional, sempre troco de meio profissional, sempre*”. P6 e P7, diferentemente das avaliações anteriores, negaram consequências negativas nos seis meses anteriores à terceira avaliação. P8 manteve sua resposta e negou consequências associadas à doença.

Emoções vinculadas ao HIV foram relatadas por P4, P5 e P7: tristeza (P4 e P5), ansiedade (P5), preocupações (P5) e desânimo (P7). Os demais participantes não apresentaram queixas, indicando redução de alterações emocionais em comparação com as avaliações anteriores.

No que tange à compreensão, a maioria dos participantes disseram que compreendiam a doença e não tinham dúvidas (P4, P5 e P8), o que pode ser ilustrado pela fala de P5: “*Entendo, tenho informações, sempre leio, sempre procuro me informar, é a melhor forma de manter a cabeça equilibrada*”. Somente P6 e P7 afirmaram que compreendiam, mas tinham dúvidas ou necessitavam de mais informações. Houve manutenção das respostas de P6 e alteração de P7, em comparação com a avaliação anterior: “*Sinceramente, às vezes eu não sei claramente não, preciso esclarecer algumas coisas*” (P7). Mudanças ocorridas após a leitura do manual foram negadas por todos os participantes.

4.2.1.2.4 Quarta avaliação de percepção de doença do GE 2.

Na quarta avaliação (etapa 5), aos doze meses, o escore médio de percepção de doença manteve-se praticamente o mesmo: 24 ($Md = 30$; $DP = 13,9$; $AT = 0-34$). Houve predominantemente a manutenção da percepção de que a doença não representava uma ameaça relevante, já observada na avaliação anterior. Ressalta-se que nas avaliações de seguimento houve uma tendência à queda do escore médio de percepção de doença no GE 2. Com relação aos escores individuais, na avaliação final, apenas P4 passou a perceber a enfermidade como um importante ameaça (escore igual a 34). Os escores de P5, P6, P7 e P8 foram: 30, 24, 32 e 0, respectivamente. Ressalta-se que foram observadas alterações relevantes no decorrer da pesquisa em P5 e P7 que deixaram de perceber a doença como uma ameaça importante após a leitura do manual psicoeducativo.

Na última avaliação, as respostas à dimensão temporal foram: para o resto da vida (P5, P6 e P8); sem previsão de cura, pois dependerá dos avanços nas pesquisas (P4); e viverá por muito tempo, seguindo as orientações médicas (P7). Apenas P5 e P7 forneceram respostas compatíveis com a avaliação anterior, evidenciando-se mudança de opinião de P4, P6 e P8. Assim, no decorrer da pesquisa observou-se grande variabilidade nas respostas do GE 2, exceto P5 que manteve sua opinião de que a doença iria durar para o resto da vida. Não é possível afirmar que a leitura do

manual psicoeducativo sobre HIV/aids acarretou efeitos positivos sobre a dimensão temporal no GE 2.

As respostas categorizadas à questão causal foram: violência sexual (P4), envenenamento (P4), “*grupo de risco*” (P4), relação sexual desprotegida (P5), descuido/imprudência (P6 e P7), excesso de confiança no parceiro (P6) e não soube a causa da infecção (P8). Diferentemente da terceira avaliação, apenas P5 mencionou o sexo desprotegido como possível causa da doença. Foram feitas outras atribuições por P4, P6 e P7, ainda não citadas, como envenenamento e descuido/imprudência. Observou-se também manutenção de respostas fornecidas nas avaliações anteriores por P4 e P6 que incluíram: violência sexual, “*grupo de risco*” e excesso de confiança no(a) parceiro(a). Assim, não foram identificadas mudanças consideráveis nas atribuições causais durante a pesquisa no GE 2.

As respostas à questão sobre a identidade da doença foram: múltiplos sintomas como febre, dor no corpo e infecção de urina (P6) e diarreia (P7). A maioria dos participantes negou sintomas (P4, P5 e P8). Assim, P4 e P8 mantiveram-se sem sintomas durante toda a pesquisa, enquanto P5 teve queixas apenas na segunda avaliação. P6 relatou múltiplos sintomas durante a maior parte da pesquisa. P7 manteve a sua queixa anterior de diarreia. Desta forma, também não foram encontradas alterações relevantes na percepção de sintomas dos sujeitos do GE 2 durante a investigação.

Sobre o controle pessoal as respostas mais frequentes foram: uso dos antirretrovirais (P4, P5, P7 e P8), seguir as orientações médicas (P7 e P8), acompanhamento psicológico e psiquiátrico (P4), “*evitar sereno*” (P5), acompanhamento médico (P6), relações sexuais com preservativo (P7), evitar bebidas alcoólicas (P7), ocupar a mente (P8), dormir mais cedo (P8) e alimentação saudável (P8). Mais uma vez, a principal forma de controle pessoal foi o uso dos antirretrovirais, tendência observada durante toda a pesquisa. Outras formas de controle da doença, não mencionadas em avaliações anteriores foram citadas pelos participantes do GE 2, tais como: seguir as orientações médicas, acompanhamento psicológico e psiquiátrico, evitar bebidas alcoólicas e ocupar a mente. Assim, observou-se durante a investigação a ampliação nas formas de controle pessoal percebidas pelo GE 2.

Todos os participantes continuaram acreditando que eram responsáveis pela evolução de sua doença: “*Se eu tomo eu fico melhor, se eu não tomo eu pioro* (fazendo referência aos antirretrovirais)” (P6). Também sustentaram a opinião de que o tratamento antirretroviral é eficaz: “*Pessoa que chegar falando que está tomando e não está fazendo efeito está mentindo*” (P5).

Na avaliação final as consequências mencionadas foram semelhantes às aquelas identificadas na avaliação anterior: impacto negativo nos relacionamentos interpessoais e afetivos (P4 e P5) e piora da situação econômica (P4 e P5). Contudo, como na terceira avaliação, a maioria negou consequências negativas associadas à doença (P6, P7 e P8). Como na avaliação anterior, P4 reiterou a presença de múltiplos prejuízos decorrentes da enfermidade: “*A família, a gente está um*

pouco mais distante, relações sociais também. Afetiva, praticamente não existe mais e a situação econômica, na verdade nos últimos seis meses piorou, estou tentando contornar a situação, mas está complicado". O relato de P5 também ilustra a manutenção do impacto negativo do HIV em sua vida: *"Afetou 100%, afetou antes e continua afetando...as pessoas falam que não tem preconceito, mas tem"*. Desta forma, P4 e P5 mantiveram a percepção de consequências negativas durante toda a pesquisa; P8 negou consequências nesse período; enquanto P6 e P7 apresentaram relatos que evidenciaram a melhora nesse componente, sugerindo a existência de efeitos positivos após a leitura do manual.

As alterações emocionais citadas incluíram: irritabilidade (P4 e P5), nervosismo (P5 e P6), raiva (P4), preocupação (P4), tristeza (P4), ansiedade (P4), impaciência (P5) e angústia (P5). P7 e P8 negaram alterações emocionais. Desta forma, houve aumento das queixas emocionais em comparação com a última avaliação. Observou-se que para P4 e P5 a doença acarretou relevantes alterações emocionais durante a pesquisa, mencionadas em todo o período de investigação. Assim, não parece ter havido melhora relevante no aspecto emocional do GE 2, pois houve a manutenção de queixas pela maioria dos participantes durante a maior parte da pesquisa.

Sobre a compreensão, foram observadas alterações no entendimento da doença, pois todos os participantes afirmaram que a compreendiam e que não tinham dúvidas. Assim, houve melhora da compreensão de P6 e P7, ao relatarem que ainda tinham dúvidas na avaliação anterior. Apenas P5 e P8 referiram boa compreensão durante toda a pesquisa.

Na última avaliação do GE 2, apenas P6 descreveu mudanças na forma de pensar e lidar com a doença após a leitura do manual psicoeducativo, sendo o único a fazê-lo durante toda a pesquisa: afirmou que tem buscado cada vez mais se informar. Os demais participantes negaram alterações na forma de pensar e lidar sobre o HIV/aids também na avaliação final. Apesar do relato limitado de mudanças após a leitura do manual, efeitos benéficos sobre a percepção de doença foram evidenciados na análise das entrevistas do GE 2, especialmente com relação aos componentes: controle pessoal, consequências e compreensão. A síntese da análise de conteúdo das entrevistas do GE 2 sobre percepção de doença foi descrita na Tabela 5.

Tabela 5

Síntese da Análise de Conteúdo das Entrevistas sobre Percepção de Doença do GE 2

Temas	Categorias			
	1ª avaliação (linha de base)	2ª avaliação (pós-intervenção)	3ª avaliação (seis meses)	4ª avaliação (doze meses)
Identidade (questão 1)	Ausência de sintomas (P4, P5, P7 e P8) e múltiplos sintomas (P6).	Ausência de sintomas (P4, P7, e P8), estômago ruim e falta de apetite (P5) e múltiplos sintomas (P6).	Ausência de sintomas (P4, P5, P6 e P8) e diarreia (P7).	Ausência de sintomas (P4, P5 e P8), múltiplos sintomas (P6) e diarreia (P7).
Controle pessoal 1 (questão 2)	Uso dos antirretrovirais (P4, P5, P7 e P8), acompanhamento médico (P4 e P6), alimentação saudável (P4 e P7), vida tranquila, sem desvios (P7) e viver da melhor forma possível dentro das limitações (P8).	Uso dos antirretrovirais (P4, P5, P7 e P8), acompanhamento médico (P4 e P6), alimentação saudável (P4 e P7) e seguir as orientações médicas (P8).	Uso dos antirretrovirais (P4, P5, P6 e P7), alimentação saudável (P4, P5 e P8), acompanhamento médico (P4), evitar sereno (P5), relações sexuais com preservativo (P7) e dormir mais cedo (P8).	Uso dos antirretrovirais (P4, P5, P7 e P8), seguir as orientações médicas (P7 e P8), acompanhamento psicológico e psiquiátrico (P4), evitar sereno (P5), sexo com preservativo (P7), evitar bebidas alcoólicas (P7), ocupar a mente (P8), alimentação saudável (P8) e dormir cedo (P8).
Controle do tratamento (questão 3)	Crença na eficácia da medicação (P4, P5, P6, P7 e P8).	Crença na eficácia da medicação (P4, P5, P6, P7 e P8).	Crença na eficácia da medicação (P4, P5, P6, P7 e P8).	Crença na eficácia da medicação (P4, P5, P6, P7 e P8).
Controle pessoal 2 (questão 4)	Crença na responsabilidade pela evolução da doença (P4, P5, P6, P7 e P8).	Crença na responsabilidade pela evolução da doença (P4, P5, P6, P7 e P8).	Crença na responsabilidade pela evolução da doença (P4, P5, P6, P7 e P8).	Crença na responsabilidade pela evolução da doença (P4, P5, P6, P7 e P8).
Consequências (questão 5)	Mudanças no contexto laboral (P4, P5, P6 e P7), prejuízos no contexto familiar (P5, P6 e P7) e impacto negativo nos relacionamentos interpessoais e afetivos (P4, P5 e P6), negou consequências (P8).	Mudanças no contexto laboral (P4, P5 e P7), impacto negativo nos relacionamentos interpessoais e afetivos (P4, P5 e P6), piora financeira (P5), melhora financeira (P7) e negou consequências (P8).	Negaram consequências (P6, P7 e P8), impacto negativo nos relacionamentos interpessoais e afetivos (P4 e P5), piora financeira (P4 e P5) e instabilidade profissional (P4).	Negaram consequências (P6, P7 e P8), impacto negativo nos relacionamentos interpessoais e afetivos (P4 e P5) e piora financeira (P4 e P5).
Emoções (questão 6)	Tristeza (P4, P5, P6 e P7), ansiedade (P4 e P5), preocupação (P4 e P5), desânimo (P5 e P7), depressão (P4), medo (P4), angústia (P5) e negou alterações emocionais (P8).	Preocupação (P4, P5 e P7), irritabilidade (P5 e P6), tristeza (P4 e P5), medo (P4 e P5), ansiedade (P4), depressão (P4), angústia (P5), desânimo (P7) e negou alterações emocionais (P8).	Negaram alterações emocionais (P6 e P8), tristeza (P4 e P5), ansiedade (P5), preocupação (P5) e desânimo (P7).	Negaram alterações emocionais (P7 e P8), irritabilidade (P4 e P5), nervosismo (P5 e P6), raiva (P4), preocupação (P4), tristeza (P4), ansiedade (P4), impaciência (P5) e angústia (P5).

(Continua)

Tabela 5

Síntese da Análise de Conteúdo das Entrevistas sobre Percepção de Doença do GE 2 (Continuação)

Temas	Categorias			
	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação
Compreensão (questão 7)	Compreendiam e não tinham dúvidas (P5, P6 e P8); compreendiam, mas tinham dúvidas ou necessitavam de mais informações (P4 e P7).	Compreendiam e não tem dúvidas (P5, P7 e P8); compreendiam, mas tinham dúvidas ou necessitam de mais informações (P4 e P6).	Compreendiam e não tinham dúvidas (P4, P5 e P8); compreendiam, mas tinham dúvidas ou necessitavam de mais informações (P6 e P7).	Compreendiam e não tinham dúvidas (P4, P5, P6, P7 e P8).
Mudanças na forma de lidar com HIV (questão 8)		Negaram mudanças (P4, P5, P7 e P8); aumento da percepção de expectativa de vida (P6).	Negaram mudanças (P4, P5, P7 e P8).	Negaram mudanças (P4, P5, P7 e P8); aumento da busca de informações (P6).

4.2.1.3 Grupo controle.

4.2.1.3.1 Primeira avaliação de percepção de doença do GC.

Na primeira avaliação do GC ($n = 3$) (etapa 1 - linha de base), o escore médio de percepção de doença foi 27,3 ($Md = 32$; $DP = 8,1$; $AT = 8-32$). Para todos os participantes do GC a enfermidade não pareceu constituir um ameaça relevante na primeira avaliação da pesquisa (P9 = 32, P10 = 32 e P11 = 8). Com relação às questões qualitativas do *Brief IPQ*, as respostas categorizadas da dimensão temporal foram: não pode prever, mas coloca na mão de Deus (P9); não sabe, mas crê que a cura está próxima (P10); e não pensa sobre o assunto (P11). As causas associadas à infecção pelo HIV mencionadas foram: sexo desprotegido (P9), “*promiscuidade*” (P11), falta de informação (P11) e falta de educação (P11). Ressalta-se que P10 não compreendeu a questão e suas respostas foram desconsideradas.

Com relação à identidade, os principais sintomas citados foram: perda muscular (P9 e P11), pneumonia (P10) e herpes zoster (P11). As formas de controle pessoal citadas incluíram: relações sexuais com preservativo (P9, P10 e P11) e uso dos antirretrovirais (P9 e P10). Todos os participantes acreditavam que eram responsáveis pela evolução da doença, o que pode ser ilustrado com a fala de P9: “*Depende muito de mim, eu tenho que fazer a minha parte*”. Todos eles também acreditavam na eficácia da medicação antirretroviral, para exemplificar seguem as verbalizações de P10 e P11: “*Para eu estar bem até hoje, trabalhar, eu acho que funciona sim*” (P10); “*Não tive mais nenhum problema depois que iniciei o uso dos medicamentos*” (P11).

As consequências mencionadas associadas à soropositividade foram: mudanças nas relações familiares (P9, P10 e P11), afastamento de algumas amigadas (P9 e P11), alteração da dinâmica conjugal (P10) e relações afetivas mais concretas (P11). O medo foi a alteração emocional mais

mencionada, citada por P9 e P10: “*Medo de quando vai trocar a medicação...medo da minha família descobrir*” (P9); “*Medo de você não poder esperar nada do amanhã*” (P10). P11 afirmou que durante as primeiras 48 horas após o recebimento do diagnóstico teve todos os sentimentos negativos possíveis, mas negou alterações emocionais associadas à doença no momento da linha de base. Por fim, P9 afirmou que compreendia bem a doença (P9), enquanto P10 e P11 disseram que ainda tinham dúvidas ou necessitavam de mais informações: “*Sei tudo, leio tudo, pesquiso...*” (P9); “*Eu sempre tive dúvida em saber como a medicação age no organismo*” (P10); “*Eu acho que eu preciso sempre de mais informações...*” (P11).

4.2.1.3.2 Segunda avaliação de percepção de doença do GC.

Na segunda avaliação do GC (etapa 3) o escore médio de percepção de doença foi 30 ($Md = 31$; $DP = 13,5$; $AT = 16-43$). Houve aumento no escore de P10 que apresentou uma percepção de ameaça relevante imposta pela enfermidade, com um escore igual a 43; para os outros participantes do GC a enfermidade não pareceu constituir uma ameaça relevante na segunda avaliação da pesquisa, havendo redução nos escores ($P9 = 31$ e $P11 = 6$).

Com relação às questões qualitativas do *Brief IPQ*, as respostas categorizadas da dimensão temporal foram: “*Só Deus sabe*” (P9); não sabe, mas crê que a cura está próxima (P10); e para o resto da vida (P11). Observou-se alteração apenas na resposta de P11, que na linha de base afirmou que não pensava sobre o assunto. As causas associadas à infecção pelo HIV mencionadas foram: descuido/negligência (P9); destino (P9); irresponsabilidade (P10); falta de informação (P10 e P11); e relações sexuais sem preservativo (P11). Foram evidenciadas alterações nas respostas de todos os participantes, sendo incluídas atribuições não mencionadas na linha de base, entre elas: descuido/negligência, destino e falta de responsabilidade.

Quanto à análise da entrevista sobre identidade da doença, os principais sintomas citados foram: pneumonia (P10) e perda muscular (P11). P9 negou sintomas associados ao HIV/aids. Assim, P9 e P10 mantiveram-se com queixas, enquanto P9, diferentemente da linha de base, não referiu a presença de sintomas.

Sobre as formas de controle pessoal foi citado apenas o uso dos antirretrovirais (P9, P10 e P11), não havendo menção nessa avaliação a relações sexuais com preservativo, como foi observado na avaliação inicial. Todos os participantes continuaram acreditando que eram responsáveis pela evolução da doença: “*Porque eu acho que eu estou tomando a medicação certo, estou fazendo a minha parte*” (P9). Também mantiveram suas respostas no que tange à crença na eficácia da medicação antirretroviral: “*A medicação vai reduzir a minha carga viral e fazer com que a minha imunidade continue boa*” (P9); “*Eu acho que a gente se mantém bem mesmo só por causa do tratamento*” (P10).

Consequências associadas à soropositividade nos últimos seis meses foram negadas pelos três participantes, diferente do que foi evidenciado na linha de base quando todos os integrantes do GC apontaram alguma consequência relacionada à doença. Sobre as alterações emocionais que

acompanharam o diagnóstico e o processo de adoecimento foram citadas: preocupação (P9 e P10), medo (P9), nervosismo (P9) e ansiedade (P9). P11 novamente negou alterações emocionais. P9 atribuiu a preocupação, o medo e a ansiedade à proximidade da coleta de sangue para exames de rotina, incluindo a carga viral e o CD4: “*A gente sempre fica assim meio nervoso, um pouco ansioso, preocupado, na semana que vai colher material*”. Já P10 teve problemas de saúde (pneumonia), o que justificou sua preocupação: “*Fico preocupada quando tenho qualquer problema de saúde, mesmo não relacionado à imunidade, que está alta*”.

Com relação à compreensão, os participantes do GC mantiveram suas respostas fornecidas na linha de base: compreendia bem a doença (P9); compreendiam, mas tinham dúvidas e necessitavam de mais informações (P10 e P11). Não foram relatadas mudanças na forma de pensar e lidar com o HIV ocorridas entre a primeira e a segunda avaliação.

4.2.1.3.3 Terceira avaliação de percepção de doença do GC.

Na terceira avaliação do GC (etapa 4), aos seis meses, o escore médio de percepção de doença foi 25 ($Md = 23$; $DP = 8,2$; $AT = 18-34$), havendo redução do escore médio em comparação com as avaliações anteriores. Houve redução no escore de P10, que manteve-se com a percepção de doença como uma ameaça relevante (escore igual a 34). Houve redução do escore de P9 e aumento de P11 ($P9 = 23$ e $P11 = 9$), ambos permaneceram com escores que indicavam que a doença não constituía uma ameaça relevante naquele momento.

Com relação às questões qualitativas do *Brief IPQ*, as respostas categorizadas da dimensão temporal se repetiram: crença que apenas Deus tem a resposta (P9); não sabe, mas crê que a cura está próxima (P10); e para o resto da vida (P11). As causas associadas à infecção pelo HIV mencionadas foram: falta de prevenção (P9 e P11); falta de informação (P10 e P11); descuido (P9); excesso de confiança no parceiro(a) (P9); e irresponsabilidade (P10). Desta forma, observou-se manutenção de respostas já anteriormente fornecidas por P10 e P11, sendo que P9 incluiu a falta de prevenção e o excesso de confiança no parceiro nas atribuições causais.

Na análise da entrevista sobre percepção de doença, a respeito da identidade da doença, não houve menção por nenhum dos participantes a sintomas relacionados ao HIV, diferentemente das avaliações anteriores nas quais todos do GC apresentaram queixas. As formas de controle pessoal citadas incluíram: uso dos antirretrovirais (P9, P10 e P11) e alimentação saudável (P11). Assim, houve novamente predomínio da menção ao uso dos antirretrovirais como a principal estratégia de controle da doença, sendo incluída mais uma forma de controle ainda não mencionada: alimentação saudável. No que tange à percepção de responsabilidade sobre a doença, bem como a crença na eficácia do tratamento, observou-se novamente manutenção das respostas fornecidas nas avaliações anteriores: “*Eu acho que a gente se mantém bem mesmo só por causa do tratamento*” (P10).

Consequências associadas ao HIV foram negadas novamente pela maioria dos participantes (P10 e P11). Apenas P9 referiu isolamento social: “*Eu percebo que eu sempre tenho me afastado das pessoas, às vezes me isolado*”. Alterações emocionais também só foram relatadas por P9, que

afirmou que sentia medo: “*Tenho um medo interno, medo de que aconteça algo, medo dos exames que tem que fazer a cada quatro meses*”.

Sobre a compreensão, as respostas foram mais uma vez mantidas: compreendia bem a doença (P9); compreendiam, mas tinham dúvidas e necessitavam de mais informações (P10 e P11). Nessa avaliação também não foram relatadas mudanças na forma de pensar e lidar com o HIV/aids.

4.2.1.3.4 Quarta avaliação de percepção de doença do GC.

Por fim, na quarta avaliação do GC (etapa 5), aos 12 meses, o escore médio de percepção de doença foi 27,7 ($Md = 34$; $DP = 19,3$; $AT = 6-43$), havendo ligeiro aumento em comparação com o escore médio da avaliação anterior. Houve aumento dos escores de P9 e P10, que passaram a 34 e 43, respectivamente, indicando que a doença constituía, naquele momento, uma ameaça relevante para esses indivíduos. Já P11, manteve seu escore anterior (igual a 9). Comparando-se as avaliações anteriores observou-se uma tendência a um aumento na percepção de ameaça imposta pela enfermidade nesse grupo.

Sobre a dimensão temporal as respostas foram: acha que apenas Deus tem a resposta (P9); não sabe, mas crê que a cura está próxima (P10); e para o resto da vida (P11). Assim, observa-se consistência nas respostas dos participantes a essa questão no decorrer das avaliações, não havendo variabilidade relevante nas respostas fornecidas.

As causas associadas à infecção pelo HIV mencionadas foram: fatalidade (P9); relações sexuais sem preservativo (P9); excesso de confiança no parceiro(a) (P9); falta de estrutura familiar (P10); falta de informação (P11); falta de atuação do poder público (P11); e irresponsabilidade (P11). Assim, respostas semelhantes às anteriores foram fornecidas por P9, enquanto P10 e P11 citaram atribuições causais ainda não mencionadas que incluíram a responsabilização de familiares e do poder público. Não foram registradas alterações relevantes no GC no que tange às atribuições causais mencionadas durante a pesquisa.

Na análise sobre percepção de doença na quarta avaliação houve a inclusão de sintomas por P9 e P10, ainda não mencionados anteriormente: lipodistrofia. P11 manteve-se sem queixas. Também não foram observadas mudanças relevantes nos relatos dos participantes do GC no que se refere à identidade da doença no decorrer da investigação.

As formas de controle pessoal citadas incluíram: uso de medicação antirretroviral (P9, P10 e P11), atividade física (P9 e P10) e alimentação saudável (P9). Assim, mais uma vez, a principal forma de controle da doença citada foi o uso dos antirretrovirais, havendo a inclusão da atividade física por P9 e P10. Sobre a percepção de responsabilidade e a crença na eficácia do tratamento, observou-se novamente manutenção das respostas fornecidas nas avaliações anteriores. Assim, não foram observadas durante a pesquisa variabilidade nas respostas referentes a esses dois itens no GC.

Consequências associadas ao HIV foram mencionadas novamente apenas por P9, mantendo sua resposta fornecida na avaliação anterior: isolamento social. Alterações emocionais foram

relatadas por P9 e por P10: tristeza (P9 e P10) e ansiedade (P9). Assim, um número superior de queixas emocionais foram identificadas em comparação com a avaliação anterior. P9 disse que sua tristeza estava associada ao isolamento social, enquanto P10 afirmou que estava associada à lipodistrofia: “*Eu me isolo um pouco e fico meio triste* (P9); “*Tudo que você veste fica estranho*” (P10).

Sobre a compreensão, as respostas foram mantidas, indicando consistência no decorrer das avaliações: compreendia bem a doença (P9); compreendiam, mas tinham dúvidas e necessitavam de mais informações (P10 e P11). Na avaliação final também não foram relatadas mudanças na forma de pensar e lidar com o HIV/aids.

Em síntese, com base na análise da entrevista sobre percepção de doença, evidenciou-se efeitos positivos sobre o GE 1 e o GE 2 nos componentes: controle pessoal (expresso pelas formas empregadas de controle pessoal da doença), consequências, e compreensão. Já no GC houve impacto positivo apenas no controle pessoal, mas piora do componente emocional. Tal fato demonstra que a intervenção cognitivo-comportamental e a leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids acarretaram efeitos positivos sobre a percepção de doença, sugerindo que ambos são superiores à ausência de intervenção. A síntese da análise da entrevista sobre percepção de doença do GC pode ser visualizada na Tabela 6. Os resultados quantitativos de percepção de doença dos três grupos investigados foram descritos na Tabela 7.

Tabela 6

Síntese da Análise de Conteúdo das Entrevistas sobre Percepção de Doença do GC

Temas	Categorias			
	1ª avaliação (linha de base)	2ª avaliação (pós-intervenção)	3ª avaliação (após seis meses)	4ª avaliação (após um ano)
Identidade (questão 1)	Perda muscular (P9 e P11), pneumonia (P10) e herpes zoster (P11).	Ausência de sintomas (P9), pneumonia (P10) e perda muscular (P11).	Ausência de sintomas (P9, P10 e P11).	Lipodistrofia (P9 e P10) e ausência de sintomas (P11).
Controle pessoal 1 (questão 2)	Relações sexuais com preservativo (P9, P10 e P11) e uso dos antirretrovirais (P9 e P10).	Uso dos antirretrovirais (P9, P10 e P11).	Uso dos antirretrovirais (P9, P10 e P11) e alimentação saudável (P11).	Uso dos antirretrovirais (P9, P10 e P11), atividade física (P9 e P10) e alimentação saudável (P9).
Controle do tratamento (questão 3)	Crença na eficácia da medicação (P9, P10 e P11).	Crença na eficácia da medicação (P9, P10 e P11).	Crença na eficácia da medicação (P9, P10 e P11).	Crença na eficácia da medicação (P9, P10 e P11).
Controle pessoal 2 (questão 4)	Crença na responsabilidade pela evolução da doença (P9, P10 e P11).	Crença na responsabilidade pela evolução da doença (P9, P10 e P11).	Crença na responsabilidade pela evolução da doença (P9, P10 e P11).	Crença na responsabilidade pela evolução da doença (P9, P10 e P11).

(Continua)

Tabela 6

Síntese da Análise de Conteúdo das Entrevistas sobre Percepção de Doença do GC (Continuação)

Temas	Categorias			
	1ª avaliação (linha de base)	2ª avaliação (pós-intervenção)	3ª avaliação (após seis meses)	4ª avaliação (após um ano)
Consequências (questão 5)	Prejuízos nas relações familiares após revelação do diagnóstico (P9, P10 e P11), afastamento de amizades (P9 e P11), alterações na dinâmica conjugal (P10) e relações afetivas mais concretas (P11).	Negaram consequências (P10 e P11); prejuízos nas relações familiares (P9).	Negaram consequências (P10 e P11) e isolamento social (P9).	Negaram consequências (P10 e P11) e isolamento social (P9).
Emoções (questão 6)	Medo (P9 e P10) e negou alterações emocionais (P11).	Preocupação (P9 e P10), nervosismo (P9), ansiedade (P9) e negou alterações emocionais (P11).	Negaram alterações emocionais (P10 e P11) e medo (P9).	Tristeza (P9 e P10), ansiedade (P9) e negou alterações emocionais (P11).
Compreensão (questão 7)	Compreendia e não tinha dúvidas (P9); compreendiam, mas tinham dúvidas ou necessitavam de mais informações (P10 e P11).	Compreendia e não tinha dúvidas (P9); compreendiam, mas tinham dúvidas ou necessitavam de mais informações (P10 e P11).	Compreendia e não tinha dúvidas (P9); compreendiam, mas tinham dúvidas ou necessitavam de mais informações (P10 e P11).	Compreendia e não tinha dúvidas (P9); compreendiam, mas tinham dúvidas ou necessitavam de mais informações (P10 e P11).
Mudanças na forma de lidar com HIV (questão 8)	----	Negaram mudanças (P9, P10 e P11).	Negaram mudanças (P9, P10 e P11).	Negaram mudanças (P9, P10 e P11).

Tabela 7

Percepção de Doença do GE 1, GE 2 e GC

Grupos	Participantes	Percepção de doença			
		1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação
GE 1	Escore médio (DP)	32 (2,6)	32 (9,6)	30,3 (6,6)	29,3 (12,4)
	P1	33	39	36	36
	P2	34	36	32	37
	P3	29	21	23	15
GE 2	Escore médio (DP)	28,2 (18,5)	29,8 (17,4)	24,4 (13,6)	24 (13,9)
	P4	32	32	31	34
	P5	50	45	30	30
	P6	23	39	30	24
	P7	36	33	31	32
	P8	0	0	0	0
GC	Escore médio (DP)	27,3 (8,1)	30 (13,5)	25 (8,2)	27,7 (19,3)
	P9	32	31	23	34
	P10	32	43	34	43
	P11	8	6	9	9

4.2.2 Ansiedade e depressão.

4.2.2.1 Grupo experimental 1.

4.2.2.1.1 Primeira avaliação de ansiedade e depressão do GE 1.

Na primeira avaliação do GE 1 (etapa 1 - linha de base), o escore médio de ansiedade do GE 1 foi 11,3 ($Md = 10$; $DP = 4,2$; $AT = 8-16$), com P1 e P3 apresentando escores indicativos de ansiedade, ou seja, iguais ou maiores que nove ($P1 = 16$; $P3 = 10$). P2 apresentou um escore igual a 8.

O escore médio de depressão do GE 1 na linha de base foi 11,7 ($Md = 11$; $DP = 2,1$; $AT = 10-14$), sendo que todos os participantes apresentaram escores indicativos de depressão pela HADS, ou seja, iguais ou maiores que nove ($P1 = 14$; $P2 = 10$; $P3 = 11$).

4.2.2.1.2 Segunda avaliação de ansiedade e depressão do GE 1.

Na segunda avaliação do GE 1 (etapa 3), realizada logo após a intervenção cognitivo-comportamental (etapa 2), houve redução nos escores de ansiedade ($M = 9$; $Md = 10$; $DP = 4,6$; $AT = 4-13$). Contudo, P1 apesar do decréscimo em seu escore, permaneceu com ansiedade ($P1 = 13$). Houve aumento no escore de P2, que passou a ter ansiedade após a participação na intervenção ($P2 = 10$). Em contrapartida, P3 apresentou importante redução no seu escore indicativo de ansiedade na segunda avaliação ($P3 = 4$).

Sobre a depressão, o escore médio foi igual a 8,3 ($Md = 9$; $DP = 2,1$; $AT = 6-10$), com a permanência de dois indivíduos com depressão ($P1 = 9$; $P2 = 10$), mas com escores limítrofes. Ressalta-se que apesar de continuar com depressão houve relevante redução no escore de P1 em comparação com a linha de base; P2 permaneceu com o mesmo escore de depressão da primeira avaliação. Já P3, apresentou importante redução no seu escore, não apresentando depressão na segunda avaliação ($P3 = 6$). Assim, houve redução de sintomas de depressão em P1 e P3 após a intervenção psicológica.

4.2.2.1.3 Terceira avaliação de ansiedade e depressão do GE 1.

Na terceira avaliação do GE 1 (etapa 4), o escore médio de ansiedade foi igual a nove ($Md = 9$; $DP = 1$; $AT = 8-10$). Observou-se manutenção dos resultados da avaliação anterior, ou seja, P1 e P2 mantiveram escores indicativos de ansiedade ($P1 = 10$; $P2 = 9$), apesar de discreta redução nos sintomas. P3 apresentou um ligeiro aumento em seu escore ($P3 = 8$), mas ainda manteve-se sem ansiedade, segundo a HADS.

Ao se analisar os dados referentes à depressão, o escore médio foi de 7,7 ($Md = 7$; $DP = 1,1$; $AT = 7-9$). Nessa avaliação, apenas P1 teve escores indicativos de depressão (escore igual a nove), mantendo o mesmo valor da avaliação anterior. Houve redução do escore de P2 (escore igual a sete), não possuindo nessa avaliação um escore indicativo de depressão. P3 apresentou um ligeiro aumento em seu escore (escore igual a sete), mas ainda assim manteve-se sem depressão.

4.2.2.1.4 Quarta avaliação de ansiedade e depressão do GE 1.

Por fim, na última avaliação do GE 1 (etapa 5), aos doze meses, houve considerável redução do escore médio de ansiedade ($M = 3,7$; $Md = 3$; $DP = 2,1$; $AT = 2-6$), não sendo registrado nenhum escore indicativo de ansiedade ($P1 = 2$, $P2 = 3$ e $P3 = 6$). Em comparação com as avaliações anteriores, a última avaliação foi a que os sujeitos tiveram o menor número de sintomas de ansiedade. Observa-se também que houve uma gradativa melhora desse aspecto no decorrer das avaliações, sugerindo que a intervenção cognitivo-comportamental possa ter tido efeitos positivos sobre essa variável.

No que tange à depressão, o escore médio foi de 6,7 ($Md = 7$; $DP = 3,5$; $AT = 3-10$). Ressalta-se que apenas P2 teve escores indicativos de depressão ($P1 = 7$, $P2 = 10$ e $P3 = 3$). Assim, em comparação com a terceira avaliação houve aumento do escore de P2 e redução de P1 e P3. De maneira geral, ao se analisar todas as avaliações, observa-se melhora dos sintomas de depressão em P1 e P3, indicando a existência de efeitos positivos também sobre essa variável.

4.2.2.2 Grupo experimental 2.

4.2.2.2.1 Primeira avaliação de ansiedade e depressão do GE 2.

Na primeira avaliação do GE 2 (etapa 1), o escore médio de ansiedade foi igual a 8,8 ($Md = 9$; $DP = 5,3$; $AT = 3-14$), havendo predomínio de pessoas com ansiedade ($P4 = 14$; $P5 = 14$ e $P6 = 9$). P7 e P8 não tiveram escores indicativos de ansiedade ($P7 = 4$; $P8 = 3$).

O escore médio de depressão do GE 2 foi 8,6 ($Md = 9$; $DP = 5,7$; $AT = 1-15$), com maior prevalência de indivíduos com depressão ($P4 = 13$, $P5 = 15$ e $P7 = 9$); P6 e P8 não apresentaram escores indicativos de depressão ($P6 = 5$ e $P8 = 1$).

4.2.2.2.2 Segunda avaliação de ansiedade e depressão do GE 2.

Na segunda avaliação do GE 2, após a leitura do manual psicoeducativo (etapa 2), o escore médio de ansiedade foi 7,8 ($Md = 8$; $DP = 5,9$; $AT = 0-16$). Observou-se redução no escore de ansiedade de três pessoas ($P5 = 10$, $P6 = 8$ e $P8 = 0$). No entanto, apenas P6 deixou de ter sintomas indicativos de ansiedade. P4 e P7 tiveram ligeiro aumento em seus escores ($P4 = 16$ e $P7 = 5$).

Nessa avaliação, o escore médio de depressão foi 9,2 ($Md = 8$; $DP = 7$; $AT = 1-18$). Após a leitura do manual psicoeducativo, apenas P7 sofreu alterações no status de depressão, deixando de ter um escore indicativo de depressão ($P7 = 8$). Os demais sujeitos mantiveram seu status anterior, apesar de discretas alterações em seus escores: P4 e P5 com depressão ($P4 = 14$ e $P5 = 18$); P6 e P8 sem depressão ($P6 = 8$ e $P8 = 0$).

4.2.2.2.3 Terceira avaliação de ansiedade e depressão do GE 2.

Na terceira avaliação do GE 2 (etapa 4), o escore médio de ansiedade foi 7,2 ($Md = 7$; $DP = 5,1$; $AT = 1-15$), inferior aos encontrados nas avaliações anteriores. Analisando os casos individualmente, as alterações mais relevantes foram observadas em P5, que deixou de apresentar um escore indicativo de ansiedade ($P5 = 7$). Os demais sujeitos mantiveram seus escores iguais ou muito próximos aos encontrados na segunda avaliação ($P4 = 15$; $P6 = 8$; $P7 = 5$; e $P8 =$

1), não havendo mudança do status de ansiedade para nenhum deles. Desta forma, nessa avaliação houve predomínio de pessoas sem ansiedade ($n = 4$).

A respeito da depressão, o escore médio do GE 2 na terceira avaliação foi 9,2 ($Md = 10$; $DP = 6,5$; $AT = 0-17$), o mesmo da segunda avaliação. Alterações importantes foram registradas apenas em P7, que foi o único a mudar seu status, já que voltou a ter um escore indicativo de depressão nessa avaliação ($P7 = 10$). Os demais participantes obtiveram escores iguais ou próximos aos encontrados na segunda avaliação ($P4 = 13$; $P5 = 17$; $P6 = 6$; e $P8 = 0$). Assim, nessa avaliação três participantes tinham escores indicativos de depressão.

4.2.2.2.4 Quarta avaliação de ansiedade e depressão do GE 2.

Na última avaliação do GE 2 (etapa 5), aos doze meses, o escore médio de ansiedade foi 7 ($Md = 6$; $DP = 4,9$; $AT = 3-15$), praticamente igual àquele encontrado na terceira avaliação. Contudo, evidenciou-se redução do escore médio de ansiedade no decorrer das avaliações, sugerindo a existência de efeitos positivos da leitura do manual psicoeducativo sobre essa variável. Nessa avaliação apenas P4 tinha escore indicativo de ansiedade (escore igual a 15), mantendo-se com sintomas de ansiedade durante toda a pesquisa, com pouca variabilidade entre as avaliações. Os demais participantes mantiveram escores iguais ou próximos aos encontrados na terceira avaliação ($P5 = 6$; $P6 = 8$; $P7 = 3$; e $P8 = 3$). Ressalta-se que P5 e P6 parecem ter se beneficiado da leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids, considerando a redução dos escores no decorrer da avaliação, bem como devido à mudança de status de com ansiedade (linha de base) para sem ansiedade ao longo da pesquisa.

Na quarta avaliação o escore médio de depressão do GE 2 foi 8,4 ($Md = 6$; $DP = 6,3$; $AT = 1-16$), inferior ao da avaliação anterior. Dois sujeitos mantiveram escores indicativos de depressão ($P4 = 14$ e $P5 = 16$), apresentado pouca variabilidade no decorrer das avaliações. P6 teve discreto decréscimo em seus escores e continuou sem depressão ($P6 = 5$). P7 obteve redução de seus escores em comparação com a terceira avaliação e mudou seu status para sem depressão ($P7 = 6$). Ressalta-se que P7 foi o único sujeito que mudou seu status de depressão durante a pesquisa, pois iniciou a pesquisa com escores indicativos de depressão. P8 teve discreto aumento em seu escore, voltando ao escore inicial, mantendo-se sem depressão ($P8 = 1$). Desta maneira, não foram identificadas alterações relevantes nos níveis de depressão do GE 2 após leitura do manual psicoeducativo, já que houve pouca variabilidade no escore médio e apenas P7 alterou seu status para sem depressão.

4.2.2.3 Grupo controle.

4.2.2.3.1 Primeira avaliação de ansiedade e depressão do GC.

No GC o escore médio de ansiedade na linha de base (etapa 1) foi igual a 3,3 ($Md = 2$; $DP = 2,3$; $AT = 2-6$). Os escores de ansiedade individuais foram: $P9 = 6$, $P10 = 2$ e $P11 = 2$. Assim, nenhum dos participantes do GC tinha ansiedade na primeira avaliação.

O escore médio de depressão foi 3,7 ($Md = 5$; $DP = 3,2$; $AT = 0-6$). Nenhum dos participantes apresentou escores indicativos de depressão: P9 = 6, P10 = 5 e P11 = 0.

4.2.2.3.2 Segunda avaliação de ansiedade de depressão do GC.

Na segunda avaliação do GC (etapa 3) o escore médio foi 6 ($Md = 7$; $DP = 2,6$; $AT = 3-8$), superior ao da linha de base. Apesar do aumento do escore médio, tendência também observada na análise dos escores individuais dos sujeitos, os participantes do GC se mantiveram sem ansiedade: P9 = 8, P10 = 7 e P11 = 3.

O escore médio de depressão na segunda avaliação foi 5,7 ($Md = 6$; $DP = 3,5$; $AT = 2-9$). Assim, houve piora dos sintomas de depressão no GC em comparação com a avaliação anterior. Analisando-se os escores individuais, observou-se manutenção do escore da linha de base em P9 (P9 = 6), aumento em P10 (P10 = 9) e redução em P11 (P11 = 2). P10 apresentou a alteração mais relevante, tendo em vista que passou a ter um escore indicativo de depressão.

4.2.2.3.3 Terceira avaliação de ansiedade e depressão do GC.

Na terceira avaliação do GC (etapa 4) o escore médio de ansiedade foi igual a 5 ($Md = 5$; $DP = 3$; $AT = 2-8$), ou seja, ligeiramente inferior ao da segunda avaliação. Os escores individuais foram: P9 = 8, P10 = 5 e P11 = 2. Dessa maneira, os participantes permaneceram sem escores indicativos de ansiedade.

O escore médio de depressão na terceira avaliação do GC foi 4,3 ($Md = 5$; $DP = 2,1$; $AT = 2-6$), indicando redução em comparação com o escore médio da segunda avaliação. Não foram registrados escores indicativos de depressão nessa avaliação, havendo, portanto, redução do escore de P10. Os escores de depressão nessa avaliação foram: P9 = 5, P10 = 6 e P11 = 2.

4.2.2.3.4 Quarta avaliação de ansiedade e depressão do GC.

Na avaliação final (etapa 5) o escore médio de ansiedade do GC foi igual a 6 ($Md = 7$; $DP = 3,6$; $AT = 2-9$), o que indica leve aumento em comparação com a avaliação anterior. Houve elevação no escore de P10 que passou a ter um escore indicativo de ansiedade na última avaliação. P9 e P11 mantiveram-se sem ansiedade durante toda a pesquisa. Os escores individuais de ansiedade na avaliação final foram: P9 = 7, P10 = 9 e P11 = 2.

O escore médio de depressão nessa avaliação foi 6,3 ($Md = 6$; $DP = 5,5$; $AT = 1-12$), que aumentou novamente. Houve elevação também do escore de depressão em P10 nessa avaliação, que retornou ao status com depressão. Os escores de depressão nessa avaliação foram: P9 = 6, P10 = 12 e P11 = 1. Observa-se que P6 e P11 não apresentaram muita variabilidade nos seus escores no decorrer das avaliações: mantiveram-se em todas as avaliações sem ansiedade e sem depressão. Já P10 sofreu alterações importantes no decorrer da pesquisa, considerando que iniciou a investigação sem ansiedade e sem depressão e terminou com escores indicativos da presença de ambas. Os resultados para os três grupos sobre ansiedade estão na Tabela 8 e para depressão na Tabela 9.

Tabela 8

Ansiedade no GE 1, GE 2 e GC

Grupos	Participantes	Ansiedade			
		1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação
GE 1	Escore médio (<i>DP</i>)	11,3 (4,2)	9 (4,6)	9 (1)	3,7 (2,1)
	P1	16	13	10	2
	P2	8	10	9	6
	P3	10	4	8	3
GE 2	Escore médio (<i>DP</i>)	8,8 (5,3)	7,8 (5,9)	7,2 (5,1)	7 (4,9)
	P4	14	16	15	15
	P5	14	10	7	6
	P6	9	8	8	8
	P7	4	5	5	3
	P8	3	0	1	3
GC	Escore médio (<i>DP</i>)	3,3 (2,3)	6 (2,6)	5 (3)	6 (3,6)
	P9	6	8	8	7
	P10	2	7	5	9
	P11	2	3	2	2

Tabela 9

Depressão no GE 1, GE 2 e GC

Grupos	Participantes	Depressão			
		1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação
GE 1	Escore médio (<i>DP</i>)	11,7 (2,1)	8,3 (2,1)	7,7 (1,1)	6,7 (3,5)
	P1	14	9	9	7
	P2	10	10	7	10
	P3	11	6	7	3
GE 2	Escore médio (<i>DP</i>)	8,6 (5,7)	9,2 (7)	9,2 (6,5)	8,4 (6,3)
	P4	13	14	13	14
	P5	15	18	17	16
	P6	5	6	6	5
	P7	9	8	10	6
	P8	1	0	0	1
GC	Escore médio (<i>DP</i>)	3,7 (3,2)	5,7 (3,5)	4,3 (2,1)	6,3 (5,5)
	P9	6	6	5	6
	P10	5	9	6	12
	P11	0	2	2	1

4.2.3 Enfrentamento.

4.2.3.1 Grupo experimental 1.

4.2.3.1.1 Primeira avaliação de enfrentamento do GE 1.

Sobre o enfrentamento, a estratégia mais utilizada pelo GE 1 na linha de base (etapa 1) foi a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, com um escore médio de 4,1 ($Md = 4,6$; $DP = 1,2$; $AT = 2,8-5$), seguida de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ($M = 3,7$; $Md = 3,3$; $DP = 0,7$; $AT = 3,3- 4,6$). As estratégias menos usadas foram enfrentamento focalizado na emoção ($M = 2,6$; $Md = 2,8$; $DP = 0,5$; $AT = 2,1-3$) e busca de suporte social ($M = 2,6$; $Md = 3$; $DP = 1,1$; $AT = 1,4-3,4$). A estratégia de enfrentamento mais utilizada por P1 e P3 foi a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, com um escore de 5 e 4,6, respectivamente; P2 recorreu predominantemente estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (escore igual a 3,3). Cabe destacar que na Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) quanto maior é o escore, maior o uso de determinada estratégia de enfrentamento, sendo a amplitude de 0-5.

4.2.3.1.2 Segunda avaliação de enfrentamento do GE 1.

Na segunda avaliação (etapa 3), após a intervenção cognitivo-comportamental (etapa 2), como na linha de base, a busca de prática religiosa/pensamento fantasioso manteve-se como a estratégia de enfrentamento mais utilizada pelo GE 1 ($M = 4,4$; $Md = 4,7$; $DP = 0,6$; $AT = 3,7-4,7$), seguida de enfrentamento focalizado no problema ($M = 3,8$; $Md = 4,2$; $DP = 0,9$; $AT = 2,8-4,4$). As estratégias de enfrentamento menos utilizadas foram, novamente, enfrentamento focalizado na emoção ($M = 2,7$; $Md = 2,7$; $DP = 0,6$; $AT = 2,2-3,3$) e busca de suporte social ($M = 2,5$; $Md = 2,4$; $DP = 0,4$; $AT = 2,2-3$). Nessa avaliação todos os participantes recorreram predominantemente à busca de prática religiosa/pensamento fantasioso como estratégia de enfrentamento (P1 = 4,7; P2 = 3,7; P3 = 4,7). Assim, houve alteração na estratégia predominantemente utilizada apenas por P2, que priorizou na segunda avaliação a busca de prática religiosa/pensamento fantasioso em detrimento de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema. Ademais, cabe mencionar que houve redução no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção em P1 (escore igual 2,7).

4.2.3.1.3 Terceira avaliação de enfrentamento do GE 1.

Na terceira avaliação (etapa 4) os resultados se mantiveram. Da mesma forma, a estratégia de enfrentamento mais utilizada foi a busca de práticas religiosas ($M = 4,5$; $Md = 4,9$; $DP = 0,7$; $AT = 3,7-4,9$); seguida de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ($M = 4,1$; $Md = 4,1$; $DP = 0,4$; $AT = 3,7-4,6$). Nessa avaliação, como nas anteriores, as estratégias de enfrentamento menos usadas foram enfrentamento focalizado na emoção ($M = 2,5$; $Md = 2,3$; $DP = 0,6$; $AT = 2-3,1$) e busca de suporte social ($M = 2$; $Md = 2$; $DP = 0,6$; $AT = 1,4-2,6$). Como nas avaliações anteriores, a estratégia de enfrentamento mais utilizada por P1 e P3 foi a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, ambos com um escore de 4,9. Nessa avaliação P2 recorreu predominantemente a estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (escore igual a 3,7) ao

lado da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (escore igual a 3,7). Ressalta-se que P1 novamente apresentou tendência a redução no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção (escore igual 2).

4.2.3.1.4 Quarta avaliação de enfrentamento do GE 1.

Na última avaliação (etapa 5), não ocorreram mudanças nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelo GE 1 em comparação com as avaliações anteriores. A estratégia de enfrentamento mais utilizada foi, mais uma vez, a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso ($M = 4,4$; $Md = 4,7$; $DP = 0,6$; $AT = 3,7-4,8$); seguida de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ($M = 4$; $Md = 4,2$; $DP = 0,5$; $AT = 3,4-4,5$). As estratégias de enfrentamento menos usadas foram novamente o enfrentamento focalizado na emoção ($M = 2,2$; $Md = 2,5$; $DP = 0,6$; $AT = 1,6-2,6$) e a busca de suporte social ($M = 2,2$; $Md = 2,4$; $DP = 0,5$; $AT = 1,6-2,6$).

Analisando-se os escores individuais observou-se que todos os participantes, na última avaliação, utilizaram predominantemente a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso como estratégia de enfrentamento principal (P1 = 4,8; P2 = 3,7 e P3 = 4,7). Na avaliação final houve redução no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção por P1 e P3 (escores iguais a 1,6 e 2,5, respectivamente). Assim, P1 e P3 recorreram, predominantemente, as mesmas estratégias de enfrentamento durante toda a pesquisa, apesar de haver uma tendência de P1 à redução no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. Já P2 mesclou o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e a busca de práticas religiosas. Considerando, o aumento no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, bem como redução no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, acredita-se que a intervenção cognitivo-comportamental favoreceu a utilização de estratégias de enfrentamento mais adaptativas pelo GE 1. O detalhamento dos escores referentes às estratégias utilizadas pelos participantes do GE 1 pode ser visualizado na Tabela 10.

Tabela 10

Estratégias de enfrentamento utilizadas pelo GE 1

Avaliações	Estratégias de enfrentamento															
	Enfrentamento focalizado no problema				Enfrentamento focalizado na emoção				Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso				Busca de suporte social			
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Escore médio	3,7	3,8	4,1	4	2,6	2,7	2,5	2,2	4,1	4,4	4,5	4,4	2,6	2,5	2	2,2
P1	4,6	4,4	4,6	4,5	2,8	2,7	2	1,6	5	4,7	4,9	4,8	3,4	3	2,6	2,6
P2	3,3	2,8	3,7	3,4	2,1	2,2	2,3	2,6	2,8	3,7	3,7	3,7	3	2,2	2	2,4
P3	3,3	4,2	4,1	4,2	3	3,3	3,1	2,5	4,6	4,7	4,9	4,7	1,4	2,4	1,4	1,6

4.2.3.2 Grupo experimental 2.

4.2.3.2.1 Primeira avaliação de enfrentamento do GE 2.

Como na primeira avaliação do GE 1 (etapa 1), o GE 2 também recorreu mais frequentemente à busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, com um escore médio igual a 4 ($Md = 4,3$; $DP = 1$; $AT = 2,4-5$), seguida do uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ($M = 3,5$; $Md = 3,1$; $DP = 0,8$; $AT = 2,9-4,8$); estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção ($M = 2,3$; $Md = 1,9$; $DP = 0,6$; $AT = 1,8-3$); e busca de suporte social ($M = 1,9$; $Md = 2$; $DP = 0,1$; $AT = 1-3,4$). Assim, a maioria dos sujeitos utilizou a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso como a principal estratégia de enfrentamento: P4 = 3,7; P5 = 4,4; P6 = 4,3; P8 = 5. Apenas P7 recorreu predominantemente a estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, com um escore igual a 2,9.

4.2.3.2.2 Segunda avaliação de enfrentamento do GE 2.

Na segunda avaliação do GE 2 (etapa 3), após a leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids (etapa 2), a estratégia mais frequente foi, novamente, a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso ($M = 3,6$; $Md = 3,7$; $DP = 0,5$; $AT = 2,9-4,1$), seguida do uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ($M = 3,5$; $Md = 3,7$; $DP = 1,1$; $AT = 2-4,8$); busca de suporte social ($M = 2,5$; $Md = 2,6$; $DP = 1,1$; $AT = 1-4,2$); e estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção ($M = 2,2$; $Md = 2,3$; $DP = 0,7$; $AT = 1,3-3$). Dessa forma, dois sujeitos utilizaram, mais uma vez, a busca de prática religiosa/pensamento fantasioso como a principal estratégia de enfrentamento: P4 = 3,6 e P5 = 3,7. Já P7 permaneceu fazendo uso predominantemente de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (escore igual a 4,8). Porém, foram observadas alterações no uso de estratégias de enfrentamento de duas pessoas (P6 e P8) que passaram a utilizar predominantemente estratégias alternativas à busca de religiosas/pensamento fantasioso: P6 passou à busca de suporte social, na segunda avaliação, como principal estratégia de enfrentamento (escore igual a 4,2); P8 recorreu predominantemente a estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, com um escore de 4,8. Houve também redução no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção em P5 e P8, nessa avaliação, com escores iguais a 1,8 e 1,3, respectivamente.

4.2.3.2.3 Terceira avaliação de enfrentamento do GE 2.

Na terceira avaliação do GE 2 (etapa 4), aos seis meses, a estratégia de enfrentamento mais frequente, novamente, foi a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso ($M = 3,8$; $Md = 3,6$; $DP = 0,8$; $AT = 3-5$), seguida do uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ($M = 3,4$; $Md = 3,5$; $DP = 0,9$; $AT = 1,9-4,3$). As estratégias de enfrentamento menos utilizadas foram estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção ($M = 2,3$; $Md = 2,5$; $DP = 0,9$; $AT = 1,4-3,5$) e busca de suporte social ($M = 2,2$; $Md = 2,2$; $DP = 1,3$; $AT = 1-4,2$). Apesar do escore médio indicar novamente o predomínio da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso nessa avaliação, ao se analisar os escores individuais observou-se grande variabilidade de modalidades enfrentamento

empregadas. Apenas P4 permaneceu fazendo uso primordial da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (escore igual a 3,6). P7 continuou recorrendo, com maior frequência, a estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (escore igual a 3,5). Contudo, foram identificadas alterações nas modalidades de enfrentamento empregadas em P5, P6 e P8. Em P5 predominou o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção (escore igual a 3,4) em detrimento da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso. P6 permaneceu fazendo uso da busca de suporte social, mas concomitante com estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (o escore para ambas as modalidades de enfrentamento foi igual a 4,2). Já P8 voltou a fazer uso de práticas religiosas/pensamento fantasioso para enfrentamento do problema (P8 = 5). Com relação ao uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção observou-se redução relevante no uso dessa modalidade de enfrentamento, especialmente em P4 e P6 (escores iguais a 2,5 e 1,4).

4.2.3.2.4 Quarta avaliação de enfrentamento do GE 2.

Na última avaliação do GE 2 (etapa 5), diferentemente do que foi observado nas avaliações anteriores, o escore mais elevado foi correspondente a estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ($M = 3,7$; $Md = 3,3$; $DP = 1,2$; $AT = 2,2-5$), seguido de busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso ($M = 3,3$; $Md = 3,7$; $DP = 0,6$; $AT = 2,6-3,9$). As estratégias de enfrentamento menos utilizadas foram estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção ($M = 2,1$; $Md = 2,3$; $DP = 0,5$; $AT = 1,5-2,8$) e busca de suporte social ($M = 2,4$; $Md = 2,2$; $DP = 1,2$; $AT = 2,6-3,9$). Na análise dos escores individuais dos sujeitos do GE 2, observou-se que P4 e P5 recorreram à busca de prática religiosa/pensamento fantasioso para lidar com a doença (escores iguais a 3,7 e 2,7, respectivamente). Já P6, P7 e P8 utilizaram predominantemente estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (P6 = 4,5, P7 = 3,3 e P8 = 5). Sobre o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção apenas P5 apresentou uma redução expressiva se comparada com a avaliação anterior (escore igual a 2,3).

Cabe ressaltar que P4 utilizou a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso e P7 estratégias de enfrentamento focalizadas no problema durante todo o período da pesquisa; P5 utilizou predominantemente a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso; P6 o suporte social e estratégias de enfrentamento focalizadas no problema; e P8 mesclou o uso da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso e estratégias de enfrentamento focalizadas no problema. Houve uma tendência à redução no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, especialmente em P4, P5, P6 e P8. Ao que parece, P6 foi o sujeito que apresentou as mudanças mais relevantes no uso de estratégias de enfrentamento após a leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids, pois passou a utilizar o suporte social e estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ao invés da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, bem como apresentou redução do uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. Assim, acredita-se que a leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids acarretou efeitos positivos sobre as estratégias de

enfrentamento utilizadas pelo GE 2, com aumento do uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e a busca por suporte social, bem como uso de estratégias de enfrentamento mais adaptativas por P6. O detalhamento dos escores referentes às estratégias utilizadas pelos participantes do GE 2 pode ser visualizado na Tabela 11.

Tabela 11

Estratégias de enfrentamento utilizadas pelo GE 2

Avaliações	Estratégias de enfrentamento															
	Enfrentamento focalizado no problema				Enfrentamento focalizado na emoção				Busca de prática religiosa/pensamento fantasioso				Busca de suporte social			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Escore médio	3,5	3,5	3,4	3,7	2,3	2,2	2,3	2,1	4	3,6	3,8	3,3	1,9	2,5	2,2	2,4
P4	3,1	3	3,2	3,1	3	3	2,5	2,8	3,7	3,6	3,6	3,7	2,2	2,6	2,4	2,2
P5	3	2	1,9	2,2	3	1,8	3,5	2,3	4,4	3,7	3,4	2,6	1	1	1	1,4
P6	3,9	3,7	4,2	4,5	1,8	2,3	1,4	1,7	4,3	4,1	4,1	3,9	3,4	4,2	4,2	4,2
P7	2,9	4,2	3,5	3,3	1,9	2,5	2,5	2,4	2,4	2,9	3	2,7	2	2,2	1	1,4
P8	4,8	4,8	4,3	5	1,8	1,3	1,5	1,5	5	3,9	5	3,9	1	2,6	2,2	2,8

4.2.3.3 Grupo controle.*4.2.3.3.1 Primeira avaliação de enfrentamento do GC.*

De maneira distinta ao GE 1 e ao GE 2, a estratégia de enfrentamento mais utilizada na linha de base (etapa 1) pelo GC, com base no escore médio, foi a focalizada no problema ($M = 4,1$; $Md = 4,1$; $DP = 0,05$; $AT = 4,1-4,2$). A segunda estratégia de enfrentamento mais usada por esse grupo foi a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso ($M = 3,6$; $Md = 4,3$; $DP = 1,4$; $AT = 2-4,4$). As estratégias de enfrentamento menos utilizadas foram a busca de suporte social ($M = 2,5$; $Md = 2,3$; $DP = 0,6$; $AT = 2-3,2$) e estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção ($M = 2$; $Md = 1,8$; $DP = 0,7$; $AT = 1,4-2,8$). Analisando-se os escores individuais, P9 e P10 recorreram predominantemente à busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (escores de 4,3 e 4,4, respectivamente); enquanto P11 a estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (escore médio igual a 4,1).

4.2.3.3.2 Segunda avaliação de enfrentamento do GC.

Como na linha de base, a estratégia de enfrentamento focalizada no problema foi a mais utilizada na segunda avaliação (etapa 3) ($M = 3,8$; $Md = 3,9$; $DP = 0,2$; $AT = 3,5-3,9$), seguida da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso ($M = 3,3$; $Md = 3,5$; $DP = 1$; $AT = 2,2-4,1$); busca de suporte social ($M = 2,8$; $Md = 2,6$; $DP = 0,7$; $AT = 2,2-3,6$) e estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção ($M = 2$; $Md = 2,2$; $DP = 0,7$; $AT = 1,3-2,7$). A análise dos escores

individuais revelou um uso maior de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, com dois participantes a utilizando: P9 e P11, com escores de 3,5 e 3,9, respectivamente. Contudo, P9 também recorreu à busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (escore igual a 3,5), bem como aumentou o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção (escore igual a 2,2). Já P10 permaneceu utilizando, como modalidade de enfrentamento principal, a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (escore igual a 4,1).

4.2.3.3.3 Terceira avaliação de enfrentamento do GC.

Na terceira avaliação (etapa 4), mais uma vez, estratégias de enfrentamento focalizadas no problema foram as mais utilizadas pelos participantes do GC ($M = 4,1$; $Md = 3,9$; $DP = 0,5$; $AT = 3,8-4,7$), seguida da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso ($M = 3,7$; $Md = 4,1$; $DP = 1,1$; $AT = 2,4-4,6$). As estratégias de enfrentamento menos utilizadas nessa avaliação foram novamente a busca de suporte social ($M = 3,1$; $Md = 3,2$; $DP = 0,7$; $AT = 2,4-3,7$) e estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção ($M = 1,7$; $Md = 1,9$; $DP = 0,6$; $AT = 1,1-2,1$). Nessa avaliação ao se analisar os escores individuais dos participantes do GC, observou-se alteração da modalidade de enfrentamento utilizada por P9 e P10: P9 voltou a utilizar exclusivamente a busca de prática religiosa/pensamento fantasioso (P9 = 4,6); enquanto P10 recorreu mais frequentemente a estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (P10 = 3,8). P11 permaneceu utilizando majoritariamente estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, tendência observada desde a linha de base. Nessa avaliação todos os sujeitos reduziram a utilização de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção (P9 = 1,9; P10 = 2,1 e P11 = 1,1).

4.2.3.3.4 Quarta avaliação de enfrentamento do GC.

Na quarta avaliação (etapa 5), estratégias de enfrentamento focalizadas no problema foram novamente as mais utilizadas ($M = 3,9$; $Md = 3,8$; $DP = 0,3$; $AT = 3,6-4,2$), seguida da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso ($M = 3,4$; $Md = 4,2$; $DP = 1,4$; $AT = 1,7-4,3$); busca de suporte social ($M = 2,2$; $Md = 2,2$; $DP = 0,2$; $AT = 2-2,4$); e estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção ($M = 2,1$; $Md = 2,1$; $DP = 0,7$; $AT = 1,4-2,8$). A análise dos escores individuais revelou um maior uso da busca de práticas religiosas por P9 (escore igual a 4,3) e P10 (escore igual a 4,2), tendência recorrente durante a pesquisa; P11 manteve o uso preponderante, já observado em todas as avaliações anteriores, de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (escore igual a 4,2). Na avaliação final houve aumento no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção pelos três participantes em comparação com a avaliação anterior (P9 = 2,1; P10 = 2,8; e P11 = 1,4). Desta forma, não foram observadas alterações relevantes nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelo GC. O detalhamento dos escores referentes às estratégias utilizadas pelos participantes do GC pode ser visualizado na Tabela 12.

Tabela 12

Estratégias de enfrentamento utilizadas pelo GC

Avaliações	Estratégias de enfrentamento															
	Enfrentamento focalizado no problema				Enfrentamento focalizado na emoção				Busca de prática religiosa/pensamento fantasioso				Busca de suporte social			
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Escore médio	4,1	3,8	4,1	3,9	2	2	1,7	2,1	3,6	3,3	3,7	3,4	2,5	2,8	3,1	2,2
P9	4,2	3,5	3,9	3,7	1,8	2,2	1,9	2,1	4,3	3,5	4,6	4,3	3,2	2,2	2,4	2
P10	4,1	3,9	4,7	3,8	2,8	2,7	2,1	2,8	4,4	4,1	4,1	4,2	2,3	3,6	3,7	2,2
P11	4,1	3,9	3,8	4,2	1,4	1,3	1,1	1,4	2	2,2	2,4	1,7	2	2,6	3,2	2,4

4.2.4 Autoeficácia para seguir a prescrição antirretroviral.**4.2.4.1 Grupo experimental 1.***4.2.4.1.1 Primeira avaliação de autoeficácia do GE 1.*

Na primeira avaliação (etapa 1) o escore médio de autoeficácia para tomar os antirretrovirais do GE 1 foi igual a 3,5 ($Md = 3,9$; $DP = 0,8$; $AT = 2,5-4$), indicando elevada autoeficácia. Os escores individuais foram: P1 = 4; P2 = 2,5; e P3 = 3,9. Ressalta-se que na Escala de autoeficácia para seguir prescrição antirretroviral, quanto mais próximo de quatro, maior é a autoeficácia para tomar os medicamentos.

4.2.4.1.2 Segunda avaliação de autoeficácia do GE 1.

Na segunda avaliação (etapa 3), após a intervenção cognitivo-comportamental em grupo (etapa 2), o escore médio de autoeficácia permaneceu similar ao da linha de base ($M = 3,6$; $Md = 3,9$; $DP = 0,6$; $AT = 2,9-4$), tendência também observada ao se analisar os escores individualmente: P1 = 4; P2 = 2,9; e P3 = 3,9. Apenas P2 apresentou um discreto aumento na autoeficácia.

4.2.4.1.3 Terceira avaliação de autoeficácia do GE 1.

Escore similares também foram encontrados na terceira avaliação (etapa 4) ($M = 3,8$; $Md = 3,9$; $DP = 0,3$; $AT = 3,4-4$), sendo observada uma tendência a um ligeiro aumento na autoeficácia para tomar os antirretrovirais. Nessa avaliação P1 e P3 mantiveram os altos escores encontrados na avaliação anterior (P1 = 4 e P3 = 3,9). Contudo, P2 apresentou mais uma vez, aumento da autoeficácia (escore igual a 3,4).

4.2.4.1.4 Quarta avaliação de autoeficácia do GE 1.

Por fim, na quarta avaliação (etapa 5) houve discreta redução da autoeficácia no GE 1 ($M = 3,6$; $Md = 3,7$; $DP = 0,4$; $AT = 3,2-4$). Na última avaliação P1 manteve o escore das avaliações anteriores (escore igual a 4), escore máximo possível do instrumento. Já P2 e P3 reduziram ligeiramente sua percepção de autoeficácia (P2 = 3,2 e P3 = 3,7). Assim, ao se comparar as avaliações, observou-se efeitos positivos sobre a autoeficácia do GE 1 após a participação da

intervenção cognitivo-comportamental em grupo, devido ao aumento no escore médio do grupo, bem como aumento da autoeficácia de P2.

4.2.4.2 Grupo experimental 2.

4.2.4.2.1 Primeira avaliação de autoeficácia do GE 2.

Na primeira avaliação (etapa 1), como no GE 1, observou-se elevada autoeficácia para seguir a prescrição e tomar os antirretrovirais no GE 2, que obteve um escore médio de 3,8 ($Md = 3,7$; $DP = 0,2$; $AT = 3,6-4$). Os escores individuais foram igualmente elevados, com reduzida variabilidade: $P4 = 3,6$; $P5 = 4$; $P6 = 3,7$; $P7 = 3,6$; e $P8 = 4$.

4.2.4.2.2 Segunda avaliação de autoeficácia do GE 2.

Na segunda avaliação (etapa 3), houve manutenção da elevada autoeficácia para tomar os antirretrovirais no GE 2 ($M = 3,9$; $Md = 4$; $DP = 0,1$; $AT = 3,7-4$). Os escores individuais foram novamente elevados: $P4 = 4$; $P5 = 4$; $P6 = 3,7$; $P7 = 3,9$; e $P8 = 4$. Observou-se manutenção dos escores de $P5$, $P6$ e $P8$, com aumento da autoeficácia em $P4$ e $P7$.

4.2.4.2.3 Terceira avaliação de autoeficácia do GE 2.

Na terceira avaliação (etapa 4), não houve alteração do escore médio de autoeficácia em comparação com a avaliação anterior ($M = 3,9$; $Md = 3,9$; $DP = 0,1$; $AT = 3,7-4$). Os escores individuais permaneceram elevados: $P4 = 3,9$; $P5 = 4$; $P6 = 3,8$; $P7 = 3,7$; e $P8 = 4$. Em comparação com a segunda avaliação, observou-se manutenção dos escores de $P5$ e $P8$; discreta redução da autoeficácia de $P4$ e $P7$; e ligeiro aumento em $P6$. Ressalta-se que apesar do decréscimo nos escores de $P4$ e $P7$ nessa avaliação eles ainda eram superiores aos encontrados na linha de base.

4.2.4.2.4 Quarta avaliação de autoeficácia do GE 2.

Por fim, na avaliação final (etapa 5), mais uma vez não houve alteração do escore médio de autoeficácia ($M = 3,9$; $Md = 3,9$; $DP = 0,1$; $AT = 3,7-4$). Os escores individuais foram: $P4 = 3,9$; $P5 = 4$; $P6 = 3,9$; $P7 = 3,7$; e $P8 = 4$. Observou-se manutenção dos escores de $P4$, $P5$, $P7$ e $P8$, com ligeiro aumento da expectativa de autoeficácia de $P6$. Ressalta-se que durante todo o período da pesquisa $P5$ e $P8$ mantiveram o mesmo escore de autoeficácia, bastante elevado. Pequenas variações nos escores foram observadas no decorrer da pesquisa em $P4$, $P6$ e $P7$, indicando uma tendência ao aumento da autoeficácia para tomar os antirretrovirais no GE 2.

4.2.4.3 Grupo controle.

4.2.4.3.1 Primeira avaliação de autoeficácia do GC.

Na primeira avaliação do GC (etapa 1), o escore médio foi de 3,9 ($Md = 3,9$; $DP = 0,2$; $AT = 3,8-4$), o que indica elevada autoeficácia para tomar os antirretrovirais. Os escores individuais foram: $P9 = 3,9$; $P10 = 4$; e $P11 = 3,8$.

4.2.4.3.2 Segunda avaliação de autoeficácia do GC.

Na avaliação seguinte (etapa 3), o escore médio foi novamente igual a 3,9 ($Md = 3,8$; $DP = 0,1$; $AT = 3,8-4$). Os escores dos participantes foram: $P9 = 3,8$; $P10 = 4$; e $P11 = 3,8$. Assim, houve discreta redução da autoeficácia de $P9$ e manutenção dos escores de $P10$ e $P11$.

4.2.4.3.3 Terceira avaliação de autoeficácia do GC.

Na terceira avaliação (etapa 4), não houve novamente alteração no escore médio, que foi novamente de 3,9 ($Md = 3,8$; $DP = 0,1$; $AT = 3,8-4$). Não ocorreram alterações nos escores dos participantes do GC nessa avaliação: P9 = 3,8; P10 = 4; e P11 = 3,8.

4.2.4.3.4 Quarta avaliação de autoeficácia do GC.

Na quarta avaliação (etapa 5), houve manutenção dos resultados, ou seja, o escore médio foi mais uma vez igual a 3,9 ($Md = 3,9$; $DP = 0,1$; $AT = 3,8-4$). Os escores individuais também foram iguais ou muito semelhantes aos encontrados nas avaliações anteriores: P9 = 3,9; P10 = 4; e P11 = 3,8. Assim, não foram identificadas alterações relevantes na autoeficácia para tomar os antirretrovirais no GC durante o período de investigação. Os escores referentes à autoeficácia para tomar os antirretrovirais do GE 1, GE 2 e GC foram detalhados na Tabela 13.

Tabela 13

Autoeficácia para tomar os antirretrovirais do GE 1, GE 2 e GC

Grupos	Participantes	Autoeficácia			
		1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação
GE 1	Escore médio (<i>DP</i>)	3,5 (0,8)	3,6 (0,6)	3,8 (0,3)	3,6 (0,4)
	P1	4	4	4	4
	P2	2,5	2,9	3,4	3,2
	P3	3,9	3,9	3,9	3,7
GE 2	Escore médio (<i>DP</i>)	3,8 (0,2)	3,9 (0,1)	3,9 (0,1)	3,9 (0,1)
	P4	3,6	4	3,9	3,9
	P5	4	4	4	4
	P6	3,7	3,7	3,8	3,9
	P7	3,6	3,9	3,7	3,7
	P8	4	4	4	4
GC	Escore médio (<i>DP</i>)	3,9 (0,2)	3,9 (0,1)	3,9 (0,1)	3,9 (0,1)
	P9	3,9	3,8	3,8	3,9
	P10	4	4	4	4
	P11	3,8	3,8	3,8	3,8

4.2.5 Contagem de linfócitos T CD4 e da carga viral plasmática

4.2.5.1 Grupo experimental 1.

4.2.5.1.1 Primeira contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 1.

Com relação às variáveis biológicas do GE 1, na primeira avaliação (etapa 1), a média da contagem dos linfócitos T CD4 foi 626 células/mm³ de sangue ($Md = 687$; $DP = 133,4$; $AT = 473-718$). Os resultados da contagem dos linfócitos T CD4, na linha de base, por participante foram: P1 = 473 células/mm³ de sangue, P2 = 687 células/mm³ de sangue e P3 = 718 células/mm³ de sangue. Todos os participantes do GE 1 tinham carga viral indetectável (<50 cópias/ml de sangue).

4.2.5.1.2 Segunda contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 1.

Na segunda avaliação (etapa 3) a média da contagem dos linfócitos T CD4 do GE 1 foi de 608,6 células/mm³ de sangue ($Md = 595$; $DP = 197,8$; $AT = 418-813$), indicando redução dos nível médio de CD4. A contagem dos linfócitos T CD4 por participante foi: P1 = 418 células/mm³ de sangue, P2 = 813 células/mm³ de sangue e P3 = 595 células/mm³ de sangue. Assim, após a intervenção cognitivo-comportamental em grupo houve redução na contagem de linfócitos T CD4 em P1 e P3, mas aumento em P2. Todos os participantes do GE 1 permaneceram com carga viral indetectável.

4.2.5.1.3 Terceira contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 1.

Na terceira avaliação (etapa 4) a média da contagem dos linfócitos T CD4 do GE 1 foi de 647,3 células/mm³ de sangue ($Md = 608$; $DP = 127,3$; $AT = 544-790$), havendo aumento do nível médio em comparação com as avaliações anteriores. A contagem dos linfócitos T CD4 por participante foi: P1 = 544 células/mm³ de sangue, P2 = 790 células/mm³ de sangue e P3 = 608 células/mm³ de sangue. Houve aumento na contagem de linfócitos T CD4 em P1 e P2, bem como redução em P3. Dois participantes do GE 1 (P1 e P3) permaneceram com carga viral indetectável e um passou a ter carga viral detectável, porém muito baixa (P2) (66 cópias/ml de sangue).

4.2.5.1.4 Quarta contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 1.

Na quarta avaliação (etapa 5) a média da contagem dos linfócitos T CD4 do GE 1 foi de 599,3 células/mm³ de sangue ($Md = 547$; $DP = 96,3$; $AT = 540-711$), o menor nível médio de contagem registrado durante as avaliações. Ressalta-se que foram observadas oscilações no nível médio de T CD4 durante a pesquisa, com uma tendência à queda na contagem média dessa variável biológica. A contagem dos linfócitos T CD4 por participante foi: P1 = 540 células/mm³ de sangue, P2 = 711 células/mm³ de sangue e P3 = 547 células/mm³ de sangue. Nessa avaliação houve redução da contagem de linfócitos T CD4 em todos os participantes em comparação com a avaliação anterior. Contudo, ao se realizar comparações com a linha de base observou-se uma tendência ao aumento da contagem de linfócitos T CD4 em P1 e P2, o contrário foi observado em P3 que teve uma tendência a queda nos resultados. Todos os participantes do GE 1 tinham carga viral indetectável na última avaliação, o que indica decréscimo dos marcadores de P2 em comparação com a avaliação anterior.

4.2.5.2 Grupo experimental 2.

4.2.5.2.1 Primeira contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 2.

No GE 2, na linha de base (etapa 1), a média da contagem dos linfócitos T CD4 foi 781 células/mm³ de sangue ($Md = 695$; $DP = 249$; $AT = 636-1224$). Os resultados referentes à contagem dos linfócitos T CD4 por participantes foram: P4 = 653 células/mm³ de sangue, P5 = 1224 células/mm³ de sangue, P6 = 695 células/mm³ de sangue, P7 = 697 células/mm³ de sangue e P8 = 636 células/mm³ de sangue. Sobre a carga viral, quatro participantes tinham carga viral

indetectável (P4, P5, P7 e P8) e apenas um participante carga viral detectável (P6), igual a 89 cópias/ml de sangue.

4.2.5.2.2 Segunda contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 2.

Na segunda avaliação do GE 2 (etapa 3), houve queda na média da contagem dos linfócitos T CD4: 763 células/mm³ de sangue ($Md = 646$; $DP = 248,5$; $AT = 595-1192$). Os resultados referentes à contagem dos linfócitos T CD4 por participante foram: P4 = 618 células/mm³ de sangue, P5 = 1192 células/mm³ de sangue, P6 = 595 células/mm³ de sangue, P7 = 764 células/mm³ de sangue e P8 = 646 células/mm³ de sangue. Em comparação com a linha de base houve redução nos níveis de linfócitos T CD4 em P4, P5 e P6, bem como aumento em P7 e P8. No que tange à carga viral, os resultados se mantiveram, ou seja, quatro participantes tinham carga viral indetectável (P4, P5, P7 e P8) e apenas um participante com carga viral detectável (P6), equivalente a 219 cópias/ml de sangue.

4.2.5.2.3 Terceira contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 2.

Na terceira avaliação (etapa 4) a média da contagem dos linfócitos T CD4 aumentou: 805,6 células/mm³ de sangue ($Md = 819$; $DP = 298,4$; $AT = 505-1162$). Os resultados referentes à contagem dos linfócitos T CD4 por participante foram: P4 = 819 células/mm³ de sangue, P5 = 1162 células/mm³ de sangue, P6 = 505 células/mm³ de sangue, P7 = 1032 células/mm³ de sangue e P8 = 510 células/mm³ de sangue. Assim, nessa avaliação registra-se queda dos níveis de linfócitos T CD4 em P5, P6 e P7, mas aumento em P4 e P7. O status da carga viral dos participantes permaneceu mais uma vez inalterado: carga viral indetectável (P4, P5, P7 e P8) e carga viral detectável (505 cópias/ml de sangue) (P6).

4.2.5.2.4 Quarta contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GE 2.

Na última avaliação (etapa 5) houve novamente elevação da média da contagem dos linfócitos T CD4: 866,6 células/mm³ de sangue ($Md = 764$; $DP = 289,2$; $AT = 525-1230$). Assim, no decorrer da pesquisa houve tendência ao aumento no nível médio de contagem de T CD4. Os resultados referentes à contagem dos linfócitos T CD4 por participante também indicou resultados promissores para a maioria deles. Na última avaliação os escores foram: P4 = 525 células/mm³ de sangue, P5 = 1097 células/mm³ de sangue, P6 = 764 células/mm³ de sangue, P7 = 1230 células/mm³ de sangue e P8 = 717 células/mm³ de sangue. Em comparação com a terceira avaliação, houve aumento nos níveis de CD4 de P6, P7 e P8, bem como queda na contagem de P4 e P5. O mesmo foi observado ao se comparar a contagem dos linfócitos T CD4 da linha de base com a avaliação final, ou seja, ocorreu aumento nos níveis de P6, P7 e P8, bem como redução na contagem de P4 e P5. Os resultados referentes à carga viral permaneceram os mesmos: carga viral indetectável (P4, P5, P7 e P8) e carga viral detectável (P6) (140 cópias/ml de sangue). Assim, não ocorreram alterações relevantes no status da carga viral dos participantes do GE 2 em nenhuma das avaliações realizadas no decorrer da pesquisa.

4.2.5.3 Grupo controle.

4.2.5.3.1 Primeira contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GC.

Na linha de base do GC (etapa 1), a contagem dos níveis de T CD4 foi mais baixa em comparação com o GE 1 e o GE 2, sendo registrado uma média de 558 células/mm³ de sangue ($Md = 545$; $DP = 24,8$; $AT = 543-587$). Os resultados dos exames por sujeito foram: P9 = 545 células/mm³ de sangue, P10 = 587 células/mm³ de sangue e P11 = 543 células/mm³ de sangue. Todos os participantes tinham carga viral indetectável.

4.2.5.3.2 Segunda contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GC.

Na segunda avaliação do GC (etapa 3) a contagem dos níveis de T CD4 foi mais alta que na linha de base, sendo registrada uma média de 652,3 células/mm³ de sangue ($Md = 631$; $DP = 86$; $AT = 579-747$). Os resultados individuais foram: P9 = 579 células/mm³ de sangue, P10 = 631 células/mm³ de sangue e P11 = 747 células/mm³ de sangue. Desta forma, houve aumento na contagem de T CD4 em todos os participantes do GC na segunda avaliação. Todos permaneceram com carga viral indetectável.

4.2.5.3.3 Terceira contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GC.

Na terceira avaliação (etapa 4) a contagem dos níveis de T CD4 foi mais elevada que na linha de base, sendo registrada uma média de 746,7 células/mm³ de sangue ($Md = 734$; $DP = 52,2$; $AT = 702-804$). Os resultados por sujeito foram: P9 = 702 células/mm³ de sangue, P10 = 804 células/mm³ de sangue e P11 = 734 células/mm³ de sangue. Houve aumento nos níveis de T CD4 de P9 e P10, bem como discreta redução em P11. Todos permaneceram com carga viral indetectável.

4.2.5.3.4 Quarta contagem dos níveis de CD4 e da carga viral do GC.

Na quarta avaliação (etapa 5) houve queda na contagem dos níveis de T CD4, sendo a média de 718 células/mm³ de sangue ($Md = 734$; $DP = 59,6$; $AT = 652-768$). Os resultados por sujeito foram: P9 = 652 células/mm³ de sangue, P10 = 768 células/mm³ de sangue e P11 = 734 células/mm³ de sangue. Em comparação com a avaliação anterior houve queda nos níveis de T CD4 de P9 e P10, bem como manutenção em P11. Contudo, considerando-se os resultados dos exames na linha de base, observou-se uma tendência à elevação dos níveis de T CD4 de todos os participantes no decorrer das avaliações.

Todos permaneceram com carga viral indetectável. Assim, não ocorreram alterações no status da carga viral durante a pesquisa tendo em vista que todos os participantes tinham cargas virais indetectáveis e assim permaneceram durante todo o período de investigação. Os dados referentes à contagem dos linfócitos T CD4 do GE 1, GE 2 e GC foram descritos na Tabela 14.

Tabela 14

Contagem dos linfócitos T CD4 do GE 1, GE 2 e GC

Grupos	Participantes	CD4			
		1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação
GE 1	Escore médio (DP)	626 (133,4)	608,7 (197,8)	647,3 (127,6)	599,3 (96,8)
	P1	473	418	544	540
	P2	687	813	790	711
	P3	718	595	608	547
GE 2	Escore médio (DP)	781 (249)	763 (248,5)	805,6 (298,4)	866,6 (289,3)
	P4	653	618	819	525
	P5	1224	1192	1162	1097
	P6	695	595	505	764
	P7	697	764	1032	1230
	P8	636	646	510	717
GC	Escore médio (DP)	558,3 (24,8)	652,3 (86)	746,7 (52,2)	718 (59,6)
	P9	545	579	702	652
	P10	587	631	804	768
	P11	543	747	734	734

4.2.6 Diferenças entre os grupos (GE 1, GE 2 e GC).

O teste de Kruskal Wallis foi utilizado para investigar se os três grupos (GE 1, GE 2 e GC) diferiram no que tange às variáveis percepção de doença, ansiedade, depressão, enfrentamento, autoeficácia e CD4. Diferenças entre os grupos com relação à carga viral foram investigadas pelo teste qui-quadrado de Pearson.

Os grupos não diferiram do ponto de vista estatístico em nenhuma das avaliações realizadas no decorrer da pesquisa (etapas 1, 3, 4 e 5) no que tange às variáveis: percepção de doença, ansiedade, depressão, estratégias de enfrentamento, autoeficácia para tomar os antirretrovirais, CD4 e carga viral. Os resultados podem ser visualizados nas Tabelas 15 e 16.

Tabela 15

Diferenças entre o GE 1, GE 2 e GC (teste de Kruskal Wallis - Rank Médio)

Variáveis	Grupos	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação
Percepção de doença	GE 1	7	6,2	7,8	7,3
	GE 2	6,2	6,3	5,4	4,7
	GC	4,7	5,3	5,2	6,8
Ansiedade	GE 1	8,3	7,2	8,7	4
	GE 2	6,6	6,2	5,5	6,9
	GC	2,7	4,5	4,2	6,5
Depressão	GE 1	8,3	6,8	7	6
	GE 2	6,3	6,4	7,1	6,4
	GC	3,2	4,5	3,2	5,3
Enfrentamento focalizado no problema	GE 1	6,3	7	7	6,7
	GE 2	4,6	5,6	4,6	5,4
	GC	8	5,7	7,3	6,3
Enfrentamento focalizado na emoção	GE 1	7,8	8,2	7,3	6,7
	GE 2	6,2	5,4	6,6	6
	GC	3,8	4,8	3,7	5,3
Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso	GE 1	7,5	8,7	8	8,5
	GE 2	5,9	5,5	5,3	4,5
	GC	4,7	4,2	5,2	6
Busca de suporte social	GE 1	7,2	5,7	5	6,5
	GE 2	4,8	5,8	5,1	5,9
	GC	6,8	6,7	8,5	5,7
Autoeficácia	GE 1	5,7	5,3	5,8	4,3
	GE 2	5,4	6,7	6	6,5
	GC	7,3	5,5	6,2	6,8
CD4	GE 1	6	4,8	4,7	3,3
	GE 2	7,8	7,1	6,6	7,2
	GC	3	5,3	6,3	6,7

Tabela 16

Diferenças entre o GE 1, GE 2 e GC (teste de Kruskal Wallis)

Variáveis	1ª avaliação H (p)	2ª avaliação H (p)	3ª avaliação H (p)	4ª avaliação H (p)
Percepção de doença	0,8 (0,7)	0,2 (0,9)	1,3 (0,5)	1,4 (0,5)
Ansiedade	4,7 (0,1)	1 (0,6)	3 (0,2)	1,6 (0,4)
Depressão	3,7 (0,1)	0,9 (0,6)	3 (0,2)	0,2 (0,9)
Enfrentamento focalizado no problema	2 (0,4)	0,4 (0,8)	1,6 (0,4)	0,3 (0,8)
Enfrentamento focalizado na emoção	2,3 (0,3)	1,8 (0,4)	2,1 (0,3)	0,2 (0,9)
Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso	1,2 (0,5)	0,2 (0,9)	2,4 (0,3)	0,1 (0,9)
Busca de suporte social	1,2 (0,5)	0,2 (0,9)	2,4 (0,3)	0,1 (0,9)
Autoeficácia	0,7 (0,7)	0,4 (0,8)	0,02 (0,8)	1,1 (0,6)
CD4	3,9 (0,1)	1 (0,6)	0,7 (0,7)	2,7 (0,3)

Nota. H = chi-quadrado; p = significância assintomática. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os GE 1, GE 2 e GC.

Tabela 17

Diferenças entre a carga viral do GE 1, GE 2 e GC (teste qui-quadrado de Pearson)

Grupos comparados	1ª avaliação χ^2 (p) ¹	2ª avaliação χ^2 (p)	3ª avaliação χ^2 (p)	4ª avaliação χ^2 (p)
Carga viral GE 1 e GE 2	0,7 (1)	0,7 (1)	0,2 (1)	0,7 (1)
GE 1 e GC	---	---	1,2 (1)	---
GE 2 e GC	0,7 (1)	0,7 (1)	0,7 (1)	0,7 (1)

Nota. 1-Significância exata bilateral. Não foi possível realizar a comparação entre o GE 1 e o GC na 1ª avaliação, na 2ª avaliação e na 3ª avaliação devido a ausência de variabilidade da carga viral dos participantes, todos tinham cargas virais indetectáveis nas avaliações em questão.

4.2.7 Acompanhamento longitudinal dos GE 1 e GE 2.

O teste ANOVA de Friedman foi empregado para avaliar se ocorreram mudanças estatisticamente significativas nas variáveis percepção de doença, ansiedade, depressão, enfrentamento, autoeficácia para tomar os antirretrovirais e níveis de CD4 no decorrer das avaliações dos GE 1 e GE 2 (etapa 1, 3, 4 e 5). Ressalta-se que devido à ausência de variabilidade na carga viral dos participantes do GE 1 e GE 2, não foi possível proceder com as análises estatísticas no que tange a essa variável.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao longo das avaliações no GE 1 e do GE 2 em nenhuma das variáveis investigadas. Assim, não pode-se dizer com base na análise estatística que a intervenção em grupo acarretou efeitos sobre as variáveis investigadas no GE 1, nem tampouco que a leitura do manual acarretou algum efeito no GE 2. Os resultados podem ser visualizados na Tabela 18.

Tabela 18

Acompanhamento longitudinal do GE 1 e do GE 2 (ANOVA de Friedman)

Variáveis	Grupos	1 ^a avaliação	2 ^a avaliação	3 ^a avaliação	4 ^a avaliação	Fr (p)
Percepção de doença	GE 1	2,3	3	2,2	2,5	3,3 (0,3)
	GE 2	2,8	3	1,8	2,4	0,3 (0,3)
Ansiedade	GE 1	3,3	3	2,7	1	5,8 (0,1)
	GE 2	2,9	2,7	2,4	2	1,6 (0,6)
Depressão	GE 1	3,7	2,5	2,2	1,7	4,7 (0,2)
	GE 2	2,1	2,9	2,7	2,3	1,4 (0,7)
Enfrentamento focalizado no problema	GE 1	2,2	2	3,2	2,7	1,5 (0,7)
	GE 2	2,3	2,1	2,4	3,2	2,1 (0,5)
Enfrentamento focalizado na emoção	GE 1	2,3	3	2,7	2	1 (0,8)
	GE 2	2,9	2,7	2,2	2,2	1,2 (0,7)
Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso	GE 1	2	1,8	3,5	2,7	3,3 (0,3)
	GE 2	3,2	2,3	2,7	1,8	3,5 (0,3)
Busca de suporte social	GE 1	3,2	3	1,3	2,5	3,9 (0,3)
	GE 2	1,7	3,2	2,2	2,9	5 (0,2)
Autoeficácia	GE 1	2	2,3	3,5	2,2	3,9 (0,3)
	GE 2	1,5	2,7	2,6	3,2	0,6 (0,1)
CD4	GE 1	2,3	2,3	3,3	2	1,8 (0,6)
	GE 2	2,6	2,4	2,2	2,8	0,6 (0,9)

Nota. RM = Rank Médio; Fr = qui-quadrado; p = significância assintomática.

Capítulo 5. Discussão

Essa seção está estruturada em duas partes: inicialmente são discutidos os dados referentes ao estudo piloto (etapa preliminar do estudo) e posteriormente os resultados correspondentes às etapas 1, 2, 3, 4 e 5 do estudo.

5.1 Estudo Piloto

Na etapa preliminar da pesquisa foi desenvolvido um manual psicoeducativo sobre HIV/aids, baseado nos componentes de representação cognitiva e emocional da doença do Modelo de Autorregulação de Leventhal. Estudos sugerem que a psicoeducação é de grande utilidade na prática da saúde, existindo evidências de sua efetividade, podendo ser feita por meio de materiais educativos (Lukens & McFarlane, 2004). Contudo, ao se desenvolver um material psicoeducativo, deve-se estar atento à qualidade do mesmo, que deve ser imparcial no que tange a perspectivas religiosas ou sociais e ser de fácil compreensão; o idioma deve ser adequado à população que irá fazer uso do material; e as informações e ilustrações devem respeitar o contexto cultural no qual está sendo utilizado (Briere, 2006).

Entende-se que houve o cuidado para que a qualidade do material fosse satisfatória para o uso durante a condução da investigação e que pudesse ser disponibilizada e utilizada posteriormente em serviços de saúde que prestam assistência a PVHA, não havendo posicionamento religioso ou social; sendo de fácil compreensão conforme avaliação de PVHA e profissionais de saúde; com idioma adequado ao público; com informações e ilustrações que respeitavam o contexto cultural, sendo avaliadas como adequadas pelos participantes do estudo piloto.

Estudiosos também destacam a importância da participação do público alvo na construção de materiais psicoeducativos (Echer, 2005; Poe et al., 2010; Reberte et al., 2012), recomendação que foi respeitada no estudo piloto, pois os pacientes e profissionais puderam opinar sobre diversos aspectos do manual sobre HIV/aids, contribuindo para seu aperfeiçoamento e adequação linguística e visual. Assim, acredita-se que a versão final do manual psicoeducativo para PVHA foi satisfatória e adequada ao seu fim. Além disso, cabe mencionar que esse material tem potencial de publicação, pois constitui uma importante ferramenta de psicoeducação sobre HIV/aids que poderá ser utilizada em serviços de saúde especializados.

No que tange ao protocolo de pesquisa, não foram encontradas na literatura informações acerca do que poderia ser considerado viável, entendendo-se que depende principalmente do bom senso do pesquisador. No entanto, o estudo piloto foi feito buscando assegurar que a tarefa não seria demasiadamente onerosa aos participantes da pesquisa, bem como que não haveria dificuldades durante o processo de avaliação. Após constatada a ausência de dificuldades durante o

preenchimento dos instrumentos no estudo piloto, considerou-se o protocolo de pesquisa viável e prosseguiu-se com a pesquisa.

5.2 Discussão dos Resultados Quantitativos e Qualitativos das Etapas 1, 2, 3, 4 e 5.

Em seguida são discutidos os resultados referentes à percepção de doença de pessoas que vivem com HIV/aids, além da ansiedade, depressão, enfrentamento, autoeficácia para tomar os antirretrovirais, variáveis biológicas e as provas estatísticas sobre as diferenças entre os grupos e acompanhamento longitudinal do GE 1 e GE 2.

5.2.1 Percepção de doença.

A percepção de doença é uma importante variável a ser investigada em PVHA, associada ao gerenciamento efetivo da doença (Reynolds et al., 2009). Na presente tese objetivou-se avaliar os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental sobre a percepção de doença dessa população, sendo evidenciados efeitos positivos sobre a mesma, como a redução na percepção de ameaça imposta pela enfermidade.

Houve ligeira queda no escore médio do GE 1 após a intervenção cognitivo-comportamental. Contudo, ao se analisar os escores do *Brief IPQ* dos sujeitos individualmente, observou-se uma propensão de P1 e P2 a perceber a enfermidade como uma ameaça cada vez mais relevante, diferentemente do observado em P3. É possível que reflexões ocorridas durante o grupo, bem como a internalização de experiências vivenciadas e relatadas pelos pares possam ter contribuído para a manutenção da visão da doença como uma ameaça.

No GE 2 houve uma tendência ao decréscimo no escore médio de percepção de doença nas avaliações de seguimento, havendo sujeitos que passaram a não perceber a doença como uma ameaça relevante no decorrer das avaliações (P5 e P7). Tal fato sugere que a mera leitura do manual psicoeducativo parece ter acarretado efeitos positivos sobre a percepção de doença. Acredita-se que resultados ainda mais promissores sobre a percepção de doença teriam sido encontrados se um programa de psicoeducação, incluindo a discussão do material com o profissional, tivesse sido empregado, considerando que não é possível assegurar que todos os sujeitos do GE 2 fizeram a leitura do manual psicoeducativo efetivamente. De acordo com Briere (2006), para que o uso do material tenha efeito psicoeducacional efetivo o mesmo deve ser discutido com o profissional de saúde, levando-se em conta a própria história do paciente e sua situação de vida atual.

Não foram encontrados estudos que abordassem o impacto da psicoeducação sobre a percepção de doença de pessoas com HIV/aids, mas existem evidências de efeitos positivos no contexto da saúde mental: redução na percepção de ameaça, em pessoas com crises psicogênicas não epiléticas (Wiseman, Brown, House, Howlett, & Reuber, 2015); e aumento da percepção de controle da doença em pessoas com transtorno bipolar (Proudfoot et al., 2012). Contudo, tais resultados não podem ser generalizados à população soropositiva por se tratar de agravos distintos,

mas servem de estímulo para o desenvolvimento de pesquisas futuras que investiguem de maneira mais aprofundada os efeitos de programas psicoeducacionais sobre a percepção de doença de PVHA.

No GC houve oscilações nos escores médios de percepção de doença que ficaram semelhantes aos da linha de base na avaliação final. No entanto, nenhum dos sujeitos do GC percebia a doença como uma ameaça importante na linha de base, o que mudou no decorrer da pesquisa, sendo que na última avaliação dois indivíduos percebiam a doença como uma relevante ameaça (P9 e P10). Assim, pode-se afirmar que no decorrer da investigação ocorreram efeitos positivos sobre a percepção de doença dos participantes do GE 1 e do GE 2, especialmente se comparados ao GC.

Sobre a análise dos itens qualitativos do *Brief* IPQ, na linha de base observou-se variabilidade nas respostas ao item referente à dimensão temporal, ou seja, acerca da percepção de duração da doença. No GE 1, não foi evidenciada concordância entre os sujeitos, considerando que P1 inicialmente não sabia quanto tempo a doença iria durar; P2 acreditava que de 12 a 15 anos; e P3 afirmou que dependia da medicina. Ressalta-se que P2 e P3 mantiveram a sua linha de resposta nas avaliações posteriores, fornecendo respostas muito semelhantes. No seguimento, apenas P1 alterou sua percepção, apresentando maior otimismo na terceira e quarta avaliações, acreditando que a cura da doença viria em breve. Ressalta-se que no momento, é encontrada uma ampla literatura internacional que faz menção aos avanços do conhecimento científico rumo à descoberta da cura para o HIV, respaldando tais respostas mais otimistas no que tange a percepção acerca do tempo de duração da doença (Anderson, Fromentin, Corbelli, Østergaard, & Ross, 2015; Dahabieh, Battivelli, & Verdin, 2015; Heesters et al., 2015; Liu, Max, Liu, Chen, & Zhang, 2015; Noto & Trautmann, 2013; Routy, Mehraj, & Cao, 2015).

Já no GE 2 a maioria dos participantes afirmou inicialmente que a doença duraria para o resto da vida (P5, P7 e P8), resultados também encontrados em estudos internacionais (Kempainen et al. 2008; Kossakowska & Zielazny, 2013), no qual houve predomínio de respostas acerca da percepção de cronicidade da doença. Esse tipo de resposta era esperada, pois está de acordo com o que é preconizado, no momento, pela literatura: o HIV/aids é uma doença crônica, incurável (Alencar et al., 2008; Deeks, Lewin, & Havlir, 2013).

Nas avaliações posteriores não foram identificadas alterações relevantes em nenhum dos participantes que poderiam ser associadas à leitura do manual psicoeducativo sobre o HIV/aids, sendo que os relatos predominantemente se mantiveram coerentes com a literatura: para o resto da vida (Alencar et al., 2008; Deeks et al., 2013) e baseados na crença na descoberta da cura em breve (Anderson et al., 2015; Dahabieh et al., 2015; Liu et al., 2015; Heesters et al., 2015; Noto & Trautmann, 2013; Routy et al., 2015).

Já no GC também não foram identificadas alterações consideráveis no decorrer da pesquisa sobre esse tema, sendo as respostas durante o processo, majoritariamente, mantidas. De maneira

similar aos demais grupos, houve alusão à crença de que a descoberta da cura estaria condicionada à vontade de Deus (P9), à descoberta da cura em breve (P10) e à cronicidade da doença (P11). Como não foram identificadas diferenças relevantes entre os grupos no que tange à dimensão temporal no decorrer da pesquisa, a intervenção cognitivo-comportamental e a leitura do manual psicoeducativo não parecem ter impactado esse componente de representação cognitiva da doença.

Sobre as possíveis causas do HIV mencionadas na primeira avaliação, observou-se uma gama de respostas entre os grupos, havendo consistência no decorrer da investigação. Os participantes da pesquisa, independentemente do grupo, remeteram primordialmente à falta de comportamentos preventivos nas relações sexuais, sendo esta a principal via de transmissão do HIV desde o início da epidemia (Ministério da Saúde, 2014a, 2015a; Straub, 2014; World Health Organization, 2011).

No GE 1, inicialmente, foi feita referência à pouca preocupação, irresponsabilidade, falta de prevenção (relações sexuais sem preservativo) (P2) e sexo descontrolado (múltiplos parceiros sem proteção) (P3). Nas avaliações seguintes foram incluídos: o uso excessivo de bebidas alcoólicas (P2), imaturidade e “*ser muito farrista*” (P3), excesso de confiança no parceiro (P1) e a falta de informação (P3). Entende-se que a pouca preocupação, a irresponsabilidade, o uso excessivo de bebidas alcoólicas (que pode levar a impulsividade e sensação de invulnerabilidade), a imaturidade, o excesso de confiança no parceiro estão associadas à ausência de comportamentos sexuais preventivos, justificando a vulnerabilidade à infecção pelo HIV (Garcia & Souza, 2010; Galato & Correia, 2011; Ministério da Saúde, 2006).

No GE 2 e no GC foram citadas causas semelhantes àquelas mencionadas no GE 1. Desta maneira, foram feitas atribuições causais nos grupos que contemplaram os três planos analíticos básicos de vulnerabilidade: individual (aspectos de ordem cognitiva e comportamental), social (fatores socioeconômicos, acesso a informações, a instituições de saúde e à educação) e programático ou institucional (comprometimento e investimento do governo no combate à epidemia de aids) (Ministério da Saúde, 2006; Rodrigues, Carneiro, Nogueira, & Almeida, 2013; Schaurich & Freitas, 2011).

Em todos os grupos a infecção foi associada principalmente a fatores individuais e sociais, com citação da vulnerabilidade programática apenas no GC (responsabilização do poder público). Nesse sentido, algumas crenças mantidas no período da pesquisa relacionadas à vulnerabilidade ao HIV chamaram atenção, já que podem estar vinculadas ao sofrimento emocional e à vitimização/culpabilização de outras pessoas. Atribuições causais equivocadas também foram registradas, como envenenamento (GE 2). Como houve a manutenção de respostas similares pela maioria dos sujeitos nos três grupos durante a investigação entende-se que a intervenção cognitivo-comportamental e a leitura do manual não levaram a mudanças relevantes na percepção de causalidade da infecção, mas pode ter contribuído para um melhor entendimento sobre as causas da infecção pelo HIV.

Na entrevista sobre percepção de doença, no item referente à identidade da doença, que remete especialmente à interpretação dos sintomas, houve queixas associadas ao HIV/aids nos momentos de avaliação nos três grupos, indicando ausência de diferença entre eles no que se refere a esse componente. Assim, não se pode afirmar que a intervenção cognitivo-comportamental e a leitura do manual acarretaram efeitos sobre a identidade da doença, pois os sintomas referidos foram coerentes, majoritariamente associados a doenças oportunistas e/ou sintomas de aids, que incluem: infecções recorrentes ocasionadas por fungos (na pele, boca e garganta), diarreia crônica, pneumonia, tuberculose, neurotoxoplasmose, neurocriptococose, citomegalovirose, pneumocistose, meningite criptocócica, herpes zoster e linfoma não Hodgkin (Fagundes, Oliveira, Vieira, Spack Junior, & Pupulin, 2010; Ministério da Saúde, 2015b).

Também é compreensível que os sujeitos da pesquisa tenham apresentado sintomas ou relato de doenças oportunistas associados ao HIV na linha de base, considerando que na primeira avaliação foram questionados se tinham ou já tiveram algum sintoma que associavam ao HIV. Já a manutenção de queixas durante a pesquisa, observadas nos três grupos, podem ser principalmente em decorrência de efeitos colaterais dos antirretrovirais, já que os marcadores biológicos indicaram que a maioria dos participantes tinha adesão ao tratamento satisfatória e assim estavam pouco vulneráveis a infecções oportunistas.

Os antirretrovirais podem acarretar efeitos secundários, como: diarreias, vômitos, náuseas, manchas vermelhas na pele, dores de cabeça, fadiga, anemia, queda de cabelo, agitação, insônia e sonhos vívidos. Além disso, podem causar danos nos rins, fígado, ossos, estômago, intestino e neuropsiquiátricas, além da lipodistrofia e diabetes. Outras condições podem estar associadas ao uso dos ARV, como a dislipidemia (caracterizada por níveis altos de triglicérides, aumento do colesterol total e do colesterol LDL e diminuição do colesterol HDL), hipertensão arterial e intolerância à glicose (Alcorn, Corkery, & Hugson, 2013; Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2004; Ministério da Saúde, 2015b).

Cabe mencionar que pode existir também uma tendência a PVHA associar qualquer sintoma ou adoecimento ao HIV/aids, sem que haja obrigatoriamente uma relação, se esquecendo muitas vezes que pessoas que não são soropositivas também ficam enfermas devido a fatores genéticos, exposição a patógenos ou em função de comportamentos e/ou estilo de vida (Malta, Cesezário, Moura, Morais Neto, & Silva Junior, 2006; Malta, Morais Neto, & Silva Junior, 2011; Straub, 2014).

Ressalta-se que alguns sujeitos negaram sintomas associados ao HIV/aids durante toda a pesquisa (P4 e P8). É comum que pessoas permaneçam assintomáticas durante vários anos mesmo sem fazer uso dos antirretrovirais (Ministério da Saúde, 2015b; Robadey, Coutinho, & Pitanguy, 2002). Entre aqueles que iniciam a TARV, nem todos apresentam efeitos colaterais associados ao uso dos medicamentos. Ademais, a terapia restaura o sistema imunológico, protegendo contra infecções oportunistas, o que contribui para a manutenção da saúde e, conseqüentemente, para a

ausência de queixas físicas associadas à doença (Ministério da Saúde, 2008b, 2014b, 2015b; Souza, 2008).

Sobre o controle pessoal, foram mencionadas formas de controle coerentes com o que é difundido na literatura nos três grupos. Segundo o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (Ministério da Saúde, 2015b), maneiras de controlar a doença e melhorar a qualidade de vida incluem: adesão à TARV, para controle da evolução da doença; relações sexuais com preservativo, com fins a prevenir a transmissão e novas infecções; alimentação saudável, que melhora a resistência à aids e fortalece o sistema de defesa do organismo; atividade física, pois estimula o sistema imunológico, aumenta a disposição, impacta positivamente a saúde mental, auxilia no alívio do estresse e alivia e previne efeitos colaterais da medicação, como a lipodistrofia; manutenção de uma vida social e afetiva; e cuidados com a saúde mental, que incluem acompanhamento especializado.

No GE 1 o uso dos antirretrovirais foi a principal forma de controle citada pelos participantes durante a investigação. Outras formas de controle pessoal positivas foram mencionadas pelo GE 1 nas avaliações subsequentes ao término da intervenção cognitivo-comportamental, como prática de exercícios físicos (P1 e P2), psicoterapia (P1), uso de preservativo (P3), acompanhamento médico (P3), exames regulares (P3) e cursos para ocupar o tempo livre (P3). Assim, com base nas verbalizações dos pacientes, a intervenção cognitivo-comportamental parece ter contribuído para a ampliação do repertório de atividades para o controle pessoal da doença no GE 1, condizentes com as recomendações do Ministério da Saúde (2015b).

No GE 2, o uso dos antirretrovirais também foi a forma de controle pessoal mais mencionada. Observou-se, igualmente, a ampliação nas formas de controle percebidas pelo GE 2, sendo as mesmas condizentes com as orientações dos especialistas (Ministério da saúde, 2015b), indicando possíveis efeitos da leitura do manual sobre esse componente de percepção de doença. Entre elas cita-se: acompanhamento psicológico e psiquiátrico (P4), uso de preservativo (P7), evitar o uso de bebidas alcoólicas (P7), dormir mais cedo (P8) e ocupar a mente (P8).

No GC houve inicialmente a menção ao uso de preservativos (P9, P10 e P11) e dos antirretrovirais (P9 e P10) como forma de controle da doença, havendo acréscimo de outras no decorrer das avaliações, como boa alimentação (P9 e P11) e atividade física (P9 e P10). Apesar de citadas outras formas de controle pessoal no GC, observa-se que no GE 1 e no GE 2 o repertório foi mais amplo. Assim, constatou-se em todos os grupos a crença de que a doença era passível de controle pessoal, diferentemente do que foi observado no estudo de Kemppainen et al., (2008), no qual não houve consenso entre os participantes da investigação sobre o assunto. Cabe mencionar que o controle pessoal é um componente de representação da doença de extrema relevância, pois a percepção que pouco pode ser feito para controlar a doença associa-se significativamente com sentimentos de medo, menos atividades efetivas de autocuidado e prejuízos na qualidade de vida (Reynolds et al., 2009).

Sobre a percepção de controle por meio do tratamento, todos os participantes da pesquisa foram unânimes na percepção de que os antirretrovirais são eficazes, o que foi expresso por relatos que remeteram à redução da carga viral e aumento nos níveis de CD4, bem como pela crença que os antirretrovirais são responsáveis pela manutenção da vida, ausência/prevenção de problemas de saúde e de sintomas associados ao HIV. Os resultados são consistentes com estudo realizado por Reynolds et al. (2004) no qual a maioria dos sujeitos referiu crenças positivas acerca do uso dos antirretrovirais.

Todos os sujeitos da pesquisa também acreditavam na sua responsabilidade para o controle da doença, compreendendo, conforme evidenciado nas verbalizações, que dependia deles colocar em prática as orientações médicas, incluindo a adequada ingestão dos antirretrovirais, bem como a realização de atividades de autocuidado e manutenção de um estilo de vida saudável. Uma doença crônica, como o HIV/aids, requer que os indivíduos infectados tenham responsabilidade pela sua condição, incluindo atitudes que promovam o ajustamento físico, mental e social (Millard et al., 2014). Devido à ausência de mudanças na percepção de controle do tratamento e controle pessoal (percepção de responsabilidade pela evolução da doença) nos três grupos, não se pode afirmar que ocorreram efeitos da intervenção cognitivo-comportamental e da leitura do manual psicoeducativo sobre esses componentes de percepção de doença.

Com relação às consequências associadas ao diagnóstico de HIV/aids, todos os participantes do GE 1 na linha de base fizeram menção a aspectos negativos, como prejuízos no contexto social (P2 e P3) e autopreconceito (P1). Houve também alusão ao afastamento de pessoas por discriminação (P3), além da associação da doença à homossexualidade e prostituição, remetendo à crença de existência de grupo de risco.

O HIV/aids é uma doença estigmatizada, o que leva as PVHA, ainda hoje, a vivenciarem o (auto)preconceito e a discriminação devido às crenças equivocadas que perduram, como a associação da enfermidade a grupos de risco. Tais representações sociais influenciam negativamente as cognições de pacientes, familiares e da sociedade em geral sobre a doença (Dahlui et al., 2015; Oliveira, 2006; Seidl & Faustino, 2014). Essa problemática remete à importância do fornecimento de informações factuais à população visando desmistificar tais concepções e assegurar a preservação dos direitos fundamentais de PVHA (Aguwa, Arinze-Onyia, Okwaraji, & Modebe, 2015; Dahlui et al., 2015; France et al., 2015; Ministério da Saúde, 2015b).

Após a intervenção cognitivo-comportamental houve relatos de efeitos benéficos sobre a percepção de consequências relacionadas à doença pela maioria dos participantes (P1 e P3). Ao que parece tais consequências passaram a ser mais brandas, com relatos de sentimentos de liberdade (P1), aumento da habilidade de expor os problemas e falar sobre a enfermidade com outras pessoas (P3). Indo ao encontro a achados desse estudo, efeitos positivos da TCC sobre a percepção de consequências associadas ao HIV/aids são descritos na literatura, incluindo melhora da percepção de apoio social e do bem-estar (Brito & Seidl, 2015; Seidl & Faustino, 2014; Weiss et al., 2011).

No GE 2 a maioria dos participantes referiu consequências negativas associadas ao HIV/aids: impacto negativo nas atividades laborais (P4, P5, P6 e P7); prejuízos no contexto socioafetivo (P4, P5 e P7) e piora da situação econômica (P4 e P5). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), pessoas com renda familiar precária correm o risco de empobrecer ainda mais quando enfrentam problemas de saúde, instalando-se um círculo vicioso de pobreza e saúde precária, já que o desenvolvimento de uma doença pode resultar em capacidade reduzida para o trabalho e baixa produtividade. Porém, houve redução, no decorrer da pesquisa, na percepção de consequências associadas ao HIV por participantes do GE 2 (P6 e P7), tal como no GE 1. Assim, a leitura do manual parece ter acarretado efeitos positivos sobre esse componente de percepção de doença, argumento reforçado pela não ocorrência de mudanças na percepção de consequências do GC durante a investigação.

Alterações emocionais foram citadas durante a pesquisa pelos participantes do GE 1: tristeza (P1 e P3), ansiedade (P1 e P2), preocupação (P2 e P3) e medo (P1). Contudo, observou-se que P1 e P3 não apresentaram queixas emocionais após a intervenção cognitivo-comportamental. Já P2 manteve queixas, mas em menor frequência, o que sugere que a intervenção cognitivo-comportamental impactou positivamente a representação emocional da doença dos participantes do GE 1. Isso não foi observado no GE 2, tendo em vista a manutenção de diversas queixas (P4, P5, P6 e P7), como: tristeza, ansiedade, preocupação, angústia e desânimo. No GC, houve manutenção ou piora de queixas emocionais durante a pesquisa (P9 e P10), reforçando a importância da intervenção cognitivo-comportamental. Sintomas de transtornos psicológicos e alterações emocionais são frequentes em pessoas que vivem com HIV/aids (Campos & Thomason, 2007; Christo & Paula, 2008; Ferris et al., 2015; Herrmann et al., 2013; Ministério da Saúde, 2012; Souza, 2008), podendo ser manejados por meio da TCC como constatado nessa pesquisa e em outras investigações (Chibanda, Cowan, Healy, Abas, & Lund, 2015; Brito & Seidl, 2015; Hemmati Sabet et al., 2013; Himelhoch et al., 2013; Kennard et al., 2014; Simoni et al., 2013).

Sobre a compreensão da doença, no GE 1, foi observada melhora após a intervenção cognitivo-comportamental (P2 e P3), o que também parece ter ocorrido no GE 2. Na avaliação final todos os participantes desse grupo afirmaram que compreendiam bem a doença e que não tinham dúvidas, o que era esperado devido à base psicoeducativa da atividade. Não foram encontradas alterações na compreensão dos participantes do GC durante a pesquisa, mais uma vez reforçando a superioridade da intervenção cognitivo-comportamental e a da leitura do manual psicoeducativo à ausência de intervenção.

É importante salientar que a maioria dos participantes durante a pesquisa disseram necessitar de mais informações acerca da enfermidade, o que é compreensível, tendo em vista que novas dúvidas, muitas vezes, ocorrem à medida que são feitas alterações no tratamento ou divulgados novos estudos na mídia. Assim, é necessário que os pacientes tenham acesso à informação de forma contínua e regular, especialmente nos serviços públicos de saúde. A importância da

compreensão de PVHA pode ser ilustrada pelo estudo brasileiro que demonstrou que existe uma elevada porcentagem de pessoas que possuem uma compreensão deficitária acerca do uso de antirretrovirais, principalmente aquelas de baixa escolaridade e renda, o que pode interferir na adesão ao tratamento (Ceccato, Acurcio, Bonolo, Rocha, & Guimarães, 2004).

Efeitos positivos da intervenção cognitivo-comportamental sobre a percepção de doença de pessoas que vivem com HIV/aids foram finalmente fortalecidas pelo relato dos participantes do GE 1 que apontaram benefícios relevantes decorrentes da intervenção, que se mantiveram durante todo o período da pesquisa: redução do autoperceito, melhor aceitação da doença, aumento da autoconfiança (P1); percepção de aumento na expectativa de vida, busca de atividades prazerosas, melhora do autocuidado (P2); melhora das habilidades de relacionamento interpessoal e aprendizado de novas informações (P3). No GE 2 apenas P6 fez menção a mudanças na forma de pensar e de lidar com a doença após a leitura do manual psicoeducativo, como aumento da percepção de expectativa de vida e maior frequência de comportamentos de busca de informações, o que indica inferioridade desse tipo de intervenção em comparação com a intervenção cognitivo-comportamental. No GC não foram mencionadas mudanças na forma de lidar e pensar sobre a doença, sustentando efeitos positivos da intervenção realizada.

A efetividade da TCC em estudos controlados foi demonstrada na literatura nacional e internacional, evidenciando sua superioridade à ausência de intervenção ou a tratamentos de rotina habituais em uma série de variáveis em pessoas com HIV/aids, incluindo ansiedade, depressão, qualidade de vida, bem estar psicológico, estresse, enfrentamento, autoeficácia, adesão ao tratamento, aumento do apoio social e redução do consumo de álcool (Berger et al., 2008; Brito & Seidl, 2015; Faustino & Seidl, 2010; Jones et al., 2010; Kraaj et al., 2009; Papas et al., 2011; Safren et al., 2009; Weiss et al., 2011). No entanto, não foram encontrados estudos sobre os efeitos da TCC sobre a percepção de doença de PVHA. Pesquisadores internacionais remetem à relevância de investigações destinadas à promoção de mudanças na percepção de doença, pois os mesmos são escassos. Nas últimas décadas, a grande maioria dos estudos foi destinada apenas à avaliação do papel da representação cognitiva e emocional da doença em diferentes doenças e agravos à saúde (McAndrew et al., 2008).

5.2.2 Ansiedade e depressão.

A ansiedade e a depressão são frequentes em PVHA, sendo problemas a serem abordados em intervenções psicológicas nos serviços de assistência a esse público (Christo & Paula, 2008; Ministério da Saúde, 2012; Seidl & Faustino, 2014). Nesse sentido, a intervenção cognitivo-comportamental aplicada ao GE 1 parece ser uma alternativa viável aos profissionais que atuam no contexto da psicologia da saúde, considerando que parece ter favorecido a redução no escore médio de ambas as variáveis. Alterações importantes foram observadas em P1 e P3 que obtiveram decréscimo nos sintomas de ansiedade e depressão após a intervenção, com manutenção dos resultados positivos na avaliação final. Tal como demonstrado na presente pesquisa, diversos

estudos remetem à efetividade da TCC sobre a ansiedade e/ou depressão (Jones et al., 2010; Labbe et al., 2015; Remor, 1997; Safren et al. 2009, 2012; Simoni et al., 2013).

Um estudo de caso de uma paciente com diagnóstico de depressão maior que participou em uma intervenção cognitivo-comportamental composta por nove sessões semanais revelou redução de sintomas depressivos, havendo a inserção de atividades de lazer e interação social na rotina da paciente, com manutenção dos resultados positivos nas sessões de *follow-up* (Remor, 1997). Outra investigação que aplicou a TCC em grupo visando à melhora do estado emocional de PVHA, também revelou resultados promissores. A intervenção foi feita em oito sessões que incluíram, entre outras técnicas, a reestruturação cognitiva e o treino em solução de problemas, na qual houve redução estatisticamente significativa de sintomas de ansiedade e depressão (Arnal, 2003).

No GE 2 houve queda também no escore médio de ansiedade, sugerindo ter efeitos benéficos sobre essa variável após leitura do manual psicoeducativo, especialmente sobre P4 e P6. Não foram observadas alterações relevantes na depressão dos participantes do GE 2, com exceção de P7 que começou a pesquisa com escores sugestivos de depressão e finalizou sem. Já no GC evidenciou-se elevação do escore médio de ansiedade, sendo observado aumento nos sintomas de P9 e P10. Também houve ampliação no escore médio de depressão, havendo maiores prejuízos em P10. Assim, parece que novamente o GE 1 apresentou resultados promissores, ainda que sem significância estatística, já que houve redução de sintomas de ansiedade e de depressão, o que sustenta a sua superioridade em relação aos outros dois grupos.

Cabe mencionar que estudos indicam que existe associação entre uma percepção de relevante ameaça imposta pela enfermidade e depressão em PVHA (Sale, 2014; Slot et al., 2015). De acordo com Sale (2014), pessoas que apresentam uma percepção de doença negativa são mais propensas a desenvolver depressão. Em consonância com o estudo anterior, Slot et al. (2015) identificaram fatores associados ao risco de depressão em pessoas infectadas pelo HIV, entre eles: percepção de que o HIV afeta todos os aspectos da vida (ou seja, percepção de consequências impostas pela doença) e problemas emocionais associados ao diagnóstico de soropositividade. No presente estudo, houve melhora de componentes de percepção de doença (consequências e emoções), especialmente em P1 e P3, o que permite inferir que essas alterações foram associadas à redução de sintomas de depressão.

Correlações entre percepção de doença e ansiedade também foram descritas em estudo conduzido por Nogueira & Seidl (no prelo): sintomas de ansiedade foram associados à percepção de sintomas mais graves da doença, mais preocupações relacionadas à enfermidade e maior impacto emocional. Apesar de não terem sido encontradas alterações relevantes na percepção de sintomas dos participantes no decorrer da presente investigação, houve melhora da representação emocional nos GE 1 e GE 2, que parece ter sido acompanhada da redução nos sintomas de ansiedade de ambos os grupos, principalmente do GE 1. Isso sugere que as alterações da percepção

de doença promovidas por meio da intervenção cognitivo-comportamental e da leitura do manual psicoeducativo acarretaram efeitos também em outras variáveis, como a ansiedade e/ou depressão.

5.2.3 Enfrentamento.

O enfrentamento de PVHA é uma variável que tem despertado o interesse de pesquisadores nacionais e internacionais, pois remetem às estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para lidar com um estressor, como as repercussões biopsicossociais da doença (Seidl, 2005; Norcini Pala & Steca, 2015).

Nesse estudo, o GE 1 utilizou predominantemente a busca de prática religiosa durante toda a pesquisa. Porém, observou-se discreto aumento no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema após a intervenção cognitivo-comportamental. No entanto, era esperado aumento na busca de suporte social, o que não ocorreu no GE 1, considerando que atividades em grupo favorecem o apoio entre os membros, criando relacionamentos afetivos (Lima & Derdyck, 2001; Seidl & Faustino, 2014). De acordo com Casaes (2008), a vivência do estigma contribui para dificuldades de reinserção social, sendo as atividades em grupo de PVHA e o apoio de terceiros responsáveis por minimizar esse estigma, contribuindo para o aumento do sentimento de pertencimento. Apesar de ter sido mais frequente a busca de suporte social com base na EMEP, houve relatos de melhora das relações sociais em participantes do GE 1 após a participação do grupo. Também foi observada uma tendência à redução no uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, que sugerem a utilização de estratégias desadaptativas, como afastamento/esquiva do problema e culpabilização (Seidl, 2005). Tal fato, reforça as evidências de efeitos positivos da intervenção cognitivo-comportamental sobre o enfrentamento da soropositividade dos participantes do GE 1.

Individualmente, ocorreram alterações positivas nas estratégias de enfrentamento utilizadas no decorrer da pesquisa em todos os participantes. P1 reduziu o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção; P2, apesar do predomínio durante toda a investigação da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, elevou o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema. Já P3 elevou o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema após a intervenção cognitivo-comportamental, bem como reduziu a utilização de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção na avaliação final. No Brasil, é comum que as pessoas recorram a estratégias de enfrentamento religioso, tendo em vista que a população brasileira em sua grande maioria possui crenças religiosas (Faria & Seidl, 2006; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). Em estudo realizado por Almeida, Pinsky, Zaleski e Laranjeira (2010), 83% das pessoas consideraram a religião como uma parte muito importante de suas vidas. Outra investigação realizada no país remeteu ao elevado uso de estratégias de enfrentamento religioso por homens vivendo com HIV/aids, havendo maior utilização de estratégias de enfrentamento positivas (Mellagi, 2009), em consonância com estudo desenvolvido por Faria e Seidl (2006).

Como na presente investigação não foram utilizados instrumentos específicos para avaliar o enfrentamento religioso, não se pode dizer que a busca de prática religiosa para lidar com o estressor foi positiva ou negativa, pois para chegar a essa conclusão instrumentos específicos de investigação do *coping* religioso deveriam ser utilizados. Contudo, houve aumento do uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema no GE 1, indicando que houve uma maior aproximação do estressor após participação no grupo.

Segundo Faria e Seidl (2006) existe correlação entre o uso de estratégias de enfrentamento religioso positivo e o enfrentamento focalizado no problema, indicando convergência entre essas duas modalidades de enfrentamento. Assim, a atenção do sujeito está focada à mudança do evento estresse, o que implica em uma melhor adaptação frente à doença e estados psicológicos mais positivos (Antoniazzi et al., 1998; Chesney, Chambers, Taylor, Johnson, & Folkman, 2003).

De maneira semelhante ao GE 1, o GE 2 fez uso predominante da busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, com exceção da última avaliação na qual foram utilizadas majoritariamente estratégias de enfrentamento focalizadas no problema. As mudanças mais relevantes foram identificadas em P6 e P8 que passaram a fazer uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e reduziram o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, sendo que P6 também recorreu mais à busca de suporte social. No GC, considerando o escore médio, o enfrentamento focalizado no problema foi a estratégia mais utilizada durante toda a investigação, mas na análise dos sujeitos individualmente houve mescla entre essa modalidade de enfrentamento e a busca de prática religiosa/pensamento fantasioso (P9 e P10).

Tal como no presente estudo, em pesquisa brasileira as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por PVHA foram estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e a busca de práticas religiosas, em detrimento de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, que sugerem a existência de dificuldades psicológicas, entre elas sentimentos de culpa, emoções negativas e esquiva (Seidl, 2005). Mudanças na forma de pensar e lidar com a doença reiteraram o uso de estratégias de enfrentamento adaptativas nos GE 1 e GE 2, tais como melhora do autocuidado, melhor aceitação da doença e busca por informações.

Cabe destacar que a associação entre percepção de doença e estratégias de enfrentamento de PVHA, defendida pela literatura (Norcini Pala & Steca, 2015), parece ter se replicado no presente estudo, pois estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, descritas por Seidl (2005), foram utilizadas como formas de controle pessoal pelos participantes do GE 1 e GE 2 após a intervenção, como psicoterapia, adoção de hábitos saudáveis e de autocuidado (por exemplo, o uso de preservativo nas relações sexuais e atividade física). Além disso, segundo Leventhal et al. (1980), pessoas que procuram dar um sentido à ameaça imposta pela doença por meio da representação cognitiva estão buscando a solução do problema ativamente.

5.2.4 Autoeficácia.

A autoeficácia para tomar os antirretrovirais foi também avaliada nesse estudo, sendo de considerável importância no contexto de assistência às PVHA. Pesquisas indicam que pessoas com elevada autoeficácia são mais propensas a apresentar uma adesão ao tratamento satisfatória (Bofill et al., 2014; Houston et al., 2015; Seidl et al., 2007).

No GE 1 houve discreto aumento após a intervenção cognitivo-comportamental, com manutenção do mesmo nas avaliações de seguimento. O sujeito que apresentou as alterações mais relevantes nessa variável foi P2, com aumento considerável. Os outros participantes mantiveram uma autoeficácia elevada para tomar os antirretrovirais durante toda a pesquisa. Efeitos positivos sobre a autoeficácia foram compartilhados pelo GE 2 (P4, P5 e P7), mas não pelo GC, que manteve-se elevada e praticamente inalterada durante a pesquisa. Esses resultados são consistentes com outros achados acerca da presença de elevada autoeficácia em PVHA (Santos et al., 2014) e com relação aos efeitos positivos da TCC sobre essa variável (Brito & Seidl, 2015; Faustino & Seidl, 2010; Jones et al., 2010; Weiss et al., 2011).

Ressalta-se que existem evidências acerca da associação entre percepção de doença e autoeficácia, especialmente com percepção de controle pessoal (crença do indivíduo na capacidade de controlar a doença) e controle do tratamento (crença na eficácia do tratamento) (Nogueira & Seidl, no prelo; Reynolds et al., 2009;). No presente estudo todos os participantes remeteram a fortes crenças na capacidade de controlar a doença por meio de seus comportamentos (entre eles o uso dos antirretrovirais) e à crença na eficácia do tratamento, o que são justificativas plausíveis para a elevada autoeficácia encontrada nos três grupos da pesquisa, predispondo os indivíduos à adequada adesão ao tratamento.

5.2.5 Contagem dos linfócitos T CD4 e carga viral plasmática.

A contagem dos linfócitos T CD4 e a carga viral plasmática são importantes marcadores laboratoriais da progressão da doença em PVHA, além de embasarem considerações acerca da eficácia terapêutica (Ministério da Saúde, 2008a, 2015b).

Nesse estudo, foram observadas oscilações na contagem dos linfócitos T CD4 do GE 1 durante a pesquisa, com uma tendência à queda na contagem média dessa variável biológica. Contudo, houve uma disposição ao aumento da contagem de P2 e P3. No GE 2 houve aumento da contagem dos linfócitos T CD4, o que também foi observado individualmente, especialmente em P7 e P8. No GC, igualmente, foi registrado aumento no nível médio de CD4, o que foi identificado em todos os participantes do grupo no decorrer da pesquisa. Assim, considerando que o GC que não recebeu nenhum tipo de intervenção e apresentou melhora importante nos níveis de CD4 é difícil dizer que efeitos positivos observados no GE 1 e GE 2 se devem à intervenção cognitivo-comportamental ou à leitura do manual psicoeducativo, respectivamente. Não ocorreram alterações relevantes na carga viral dos participantes da pesquisa em nenhum dos grupos.

Parece não haver consenso na literatura acerca do impacto da TCC sobre variáveis biológicas de PVHA. Em estudo desenvolvido por Berger et al. (2008) não foi evidenciado impacto nos níveis de T CD4 e carga viral, apesar de efeitos positivos sobre ansiedade, depressão, qualidade de vida, bem-estar psicológico e estresse. Outros estudos também não identificaram impacto positivo nessas variáveis (Antoni et al., 2008; Cooperman et al., 2012). Já no estudo de Safren et al. (2012), registrou-se aumento significativo na contagem de células CD4 após a TCC. Assim, em função dessa variabilidade nos resultados das pesquisas, outros estudos são necessários para melhor definição da existência ou não de efeitos da TCC sobre essas variáveis biológicas.

5.2.6 Diferenças entre os grupos (GE 1, GE 2 e GC) e acompanhamento longitudinal do GE 1 e GE 2.

Nessa pesquisa, foi também investigado se havia diferenças entre os grupos no que tange às variáveis investigadas: percepção de doença, ansiedade, depressão, enfrentamento, eficácia para tomar os antirretrovirais e contagem de variáveis biológicas (níveis de CD4 e carga viral). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre eles. Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações do GE 1 e GE 2 em nenhuma das variáveis investigadas no estudo. A ausência de significância não limita a conclusão acerca dos efeitos da intervenção cognitivo-comportamental ou da leitura do manual psicoeducativo sobre HIV/aids.

É fundamental considerar os efeitos promissores da intervenção cognitivo-comportamental e da leitura do manual psicoeducativo sobre as variáveis investigadas: no GE 1 houve decréscimo na percepção de ameaça imposta pela doença (P3), aumento da percepção de controle pessoal (P1, P2 e P3), redução na percepção de consequências negativas associadas à doença (P1 e P3), diminuição de emoções negativas vinculadas ao HIV/aids (P1 e P3), melhora da compreensão da enfermidade (P2). Assim, a intervenção cognitivo-comportamental acarretou efeitos positivos sobre a percepção de doença de PVHA, incluindo componentes de representação cognitiva da doença e, principalmente, em componentes de representação emocional. Além disso, houve redução de sintomas de ansiedade e depressão (P1 e P3), aumento de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (P3) e redução do uso de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção (P1 e P3) e elevação da autoeficácia para tomar os antirretrovirais (P2). Também ocorreram relatos de diversos benefícios decorrentes da participação no grupo, como: redução do autopreconceito, melhor aceitação da doença e aumento da autoconfiança (P1); percepção de aumento na expectativa de vida, busca de atividades prazerosas e melhora no autocuidado (P2); melhora das habilidades de relacionamento interpessoal e aprendizado de novas informações (P3). Assim, todos os participantes do GE 1 se beneficiaram da intervenção cognitivo-comportamental, havendo manutenção durante o seguimento de efeitos positivos.

No GE 2 os efeitos benéficos associados à leitura do manual psicoeducativo foram: redução na percepção de ameaça imposta pela enfermidade (P5 e P7), aumento na percepção de controle da

doença (P4, P5, P6 e P7), redução da percepção de consequências negativas (P6 e P7), melhora da compreensão da doença (P4, P5, P6 e P7), redução de sintomas de ansiedade (P4 e P6), aumento do uso de estratégias de enfrentamento mais adaptativas (P6 e P8) e aumento da autoeficácia para tomar os antirretrovirais (P4, P5 e P7). Relatos de benefícios após a leitura do manual psicoeducativos foram feitas apenas por um participante (P6). Observou-se que todos os participantes do GE 2 obtiveram algum tipo de melhora após a leitura do material, mas cabe reiterar que foram inferiores aqueles identificados no GE 1. Alterações relevantes não foram encontradas no GC, que teve inclusive piora do aspecto emocional, com aumento de sintomas de ansiedade e depressão.

Autores defendem que na ausência de significância estatística deve-se considerar a significância prática/clínica, tal como foi feito nessa pesquisa. Muitas vezes a ausência de significância pode estar relacionada ao número muito reduzido de participantes (Field, 2009; Paes, 1998). Assim, é possível que se a amostra fosse maior, poderiam ter sido encontrados resultados mais expressivos, do ponto de vista estatístico. Essa problemática remete à importância da replicação desse estudo em outras amostras, especialmente maiores, para que se assegure a existência de efeitos benéficos da intervenção cognitivo-comportamental e da leitura do manual psicoeducativo.

Ademais a utilização de amostra de conveniência pode ter sido um importante fator limitante do estudo, tendo em vista o provável viés durante o agrupamento dos participantes. Acredita-se que aqueles que tinham demandas psicológicas relevantes estavam predispostos à mudança e provavelmente vislumbraram benefícios da participação na intervenção cognitivo-comportamental ao aceitarem o convite para a pesquisa. Já aqueles que se percebiam como melhor adaptados ao diagnóstico de HIV/aids e ao tratamento, tenderam a contribuir integrando o grupo de leitura do manual psicoeducativo ou o grupo controle. Assim, se hipotetiza que se todos os sujeitos da pesquisa tivessem, igualmente, importantes prejuízos emocionais associados a questões relativas ao HIV, os efeitos benéficos da intervenção cognitivo-comportamental poderiam ter ficado mais evidentes. No entanto, é difícil identificar pacientes com relevante sofrimento psíquico em um serviço de excelência em HIV/aids, como aquele no qual o estudo foi desenvolvido, pois os mesmos possuem acesso a acompanhamento psicológico individual, bem como a oferta de atividades em grupo periódicas, o que contribui para a manutenção do bem-estar emocional.

Capítulo 6. Conclusões e Implicações do Estudo

A presente tese teve como propósito avaliar os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo sobre a percepção de doença de PVHA. Foram evidenciados efeitos positivos da intervenção cognitivo-comportamental sobre a percepção de doença de PVHA, bem como sobre outras variáveis psicológicas: ansiedade, depressão, autoeficácia e enfrentamento. Assim, tendo em vista tais resultados, é possível concluir que o manual psicoeducativo sobre HIV/aids, elaborado com base nos componentes de representação cognitiva e emocional do Modelo de Autorregulação de Leventhal, foi útil na implementação da intervenção cognitivo-comportamental em grupo.

Foram encontrados efeitos positivos também no grupo que fez somente a leitura do manual sobre HIV/aids. Assim, a leitura exclusiva do manual psicoeducativo pode levar a mudanças na percepção de doença, bem como em outras variáveis psicológicas. Porém, tais efeitos são inferiores se comparados à intervenção cognitivo-comportamental implementada. Ademais, ficou evidente que o grupo que não participou de nenhuma das intervenções não se beneficiou de alterações positivas nas variáveis estudadas, o que reforça os efeitos benéficos das intervenções sobre o GE 1 e o GE 2.

Cabe reiterar a relevância da presente pesquisa, que tem caráter inédito, contribuindo para a ampliação do conhecimento em uma área ainda tão pouco explorada, até mesmo no contexto internacional: intervenções psicológicas destinadas a mudanças na percepção de doença. Além disso, o manual psicoeducativo desenvolvido no estudo revelou ser uma importante ferramenta para ser utilizada no contexto de assistência a PVHA.

Por fim, cabe mencionar que a realização dessa pesquisa não foi uma tarefa fácil, já que houve grande esforço para se obter a quantidade desejada de participantes na pesquisa, o que não foi alcançado. Contudo, compor grupos de PVHA com um número expressivo de participantes é uma tarefa árdua, pois nesse contexto de assistência em saúde existe o medo de exposição e de rompimento do sigilo acerca do diagnóstico. Outra justificativa para a dificuldade de compor grupos com PVHA é que depois da TARV muitas pessoas permanecem produtivas, inseridas no mercado de trabalho formal, o que muitas vezes inviabiliza a participação nesse tipo de atividade.

Somado a isso, ocorreram perdas durante a pesquisa, comuns a estudos longitudinais, pois nem sempre as pessoas possuem disponibilidade para comparecer às avaliações de seguimento, o que acaba por contribuir para maior redução no número de sujeitos ao final da investigação. Assim, o número reduzido de participantes foi a principal limitação desse estudo, somado à utilização de amostra de conveniência e a condução da pesquisa em uma única instituição de saúde.

As sugestões para pesquisas futuras incluem a replicação da proposta atual em outras instituições de saúde com amostras maiores, especialmente em outras regiões do país para confirmação de tais resultados. Também, acredita-se na relevância de verificar os efeitos dessa

intervenção cognitivo-comportamental na modalidade individual, considerando a dificuldade para a condução de grupos em alguns serviços, devido à falta de interesse e/ou disponibilidade de um número expressivo de participantes ou da indisponibilidade de espaço físico. Assim, acredita-se que uma alternativa viável a essa problemática são os estudos de múltiplos casos que podem agregar maior riqueza de dados, bem como facilitar a visualização de evidências de efeitos positivos sobre os pacientes de maneira mais clara.

Espera-se que este estudo contribua para a prática de psicólogos que trabalham com PVHA, favorecendo a implementação de intervenções psicológicas que alterem a percepção de doença de maneira a reduzir o sofrimento psíquico, favorecendo a adaptação à enfermidade em pacientes que vivem com HIV/aids.

Referências

- Aguwa, E. N., Arinze-Onyia, S. U., Okwaraji, F., & Modebe, I. (2015). *Assessment of Workplace Stigma and Discrimination among People Living With HIV/AIDS Attending Antiretroviral Clinics in Health Institutions in Enugu, Southeast Nigeria*. Retirado de <https://www.mona.uwi.edu/fms/wimj/article/2119>
- Alcorn, K., Corkery, S., & Hugson, G. (2013). *Medicamentos antirretrovirais*. Retirado de <http://www.aidsmap.com/v634746748190000000/file/1004326/>
- Alencar, T. M. D., Nemes, M. I. B., & Velloso, M. A. (2008). Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1841-1849.
- Almeida, A., Pinsky, I., Zaleski, M., & Laranjeira, R. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1), 12-15.
- Anderson, J. L., Fromentin, R., Corbelli, G. M., Østergaard, L., & Ross, A. L. (2015). Progress towards an HIV cure: update from the 2014 International Aids Society Symposium. *AIDS Research Human Retroviruses*, 31(1), 36-44.
- Antoni, M. H., Pereira, D. B., Marion, I., Ennis, N., Andrasik, M. P., Rose, R., ... O'Sullivan, M. J. (2008). Stress management effects on perceived stress and cervical neoplasia in low-income HIV-infected women. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(4), 389-401.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6^a ed.). Washington, DC.
- Arias, J. A. C. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud em personas com VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Revista Salud Pública*, 12(5), 765-776.
- Arnal, R. B. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15(4), 517-523.
- Arran, N., Craufurd, D., & Simpson, J. (2014). Illness perceptions, coping styles and psychological distress in adults with Huntington's disease. *Psychology, Health & Medicine*, 19(2), 169-179.
- Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. (2004). *Efeitos colaterais*. Retirado de http://www.abiaids.org.br/_img/media/FolhaserieD.pdf
- Ayres, J. R. C. M. (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface*, 6(11), 11-24.

- Azevedo, M. (1997). *A teoria cognitivo social de Albert Bandura*. Retirado de http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/mazevedo/materiais/ME&TES_2012/Aprendiz02CognitSocial.pdf
- Azzi, R. G. (2010). Mídias, transformações sociais e contribuições da teoria social cognitiva. *PSICO*, 41(2), 252-258.
- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Revista Eletrônica de Psicologia*, 4, 1-11.
- Baines, T. (2011). *An exploration of illness perceptions in mental health utilising the revised illness perception questionnaire* (Tese de doutorado). Retirado de <https://www.escholar.manchester.ac.uk/api/datastream?publicationPid=uk-ac-man-scw:131015&datastreamId=FULL-TEXT.PDF>
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287.
- Bandura, A., Azzi, R. G., & Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: ARTMED.
- Barbasio, C., Vagelli, R., Marengo, D., Querci, F., Settanni, M., Tani, C., ... Granieri, A. (2015). Illness perception in systemic lupus erythematosus patients: The roles of alexithymia and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 63, 88-95.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Baumann, L. C. (2003). Culture and illness representation. Em L. D. Cameron & H. Leventhal (Orgs.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 242-254). New York, NY: Routledge.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Berg, C., Raminani, S., Greer, J., Harwood, M., & Safren, S. (2008). Participants' perspectives on cognitive behavioral therapy for adherence and depression in HIV. *Psychotherapy Research*, 18(3), 271-280.
- Berger, S., Schad, T., Von Wyl, V., Ehlert, U., Zellweger, C., Furrer, H. ... Gaab, J. (2008). Effects of cognitive behavioral stress management on HIV-1 RNA, CD4 cell counts and psychosocial parameters of HIV-infected persons. *AIDS*, 22(6), 767-775.
- Berger, M. B., Sullivan, K. A., Parnell, H. E., Pollard, A., Cox, M. E., Clymore, J. M., ... Quinlivan, E. B. (2015). *Barriers and facilitators to retaining and reengaging HIV clients in*

- care: a case study of North Carolina.* Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26567224>
- Boffil, L. M., Lopez, M., Dorigo, A., Bordato, A., Lucas, M., Cabanillas, G. F., ... Jones, D. (2014). Patient-provider perceptions on engagement in HIV care in Argentina. *Aids Care*, 26(5), 602-607.
- Briere, J. (2006). Psychoeducation. Em L. M. Najavits (Org.), *A treatment manual for PTSD and substance abuse* (pp. 87-93). New York, NY: Guilford Press.
- Brito, A. M., Castilho, E. A., & Szwarcwald, C. L. (2000). AIDS e a infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(2), 207-217.
- Brito, H. L., & Seidl, E. M. F. (2015). Intervenções cognitivo-comportamentais em pacientes com HIV/aids: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 17(2), 66-77.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Brooke, J. (2013). *Impact of variables within the Common Sense Model of Self-Regulation on health outcomes: a systematic review and meta-analysis*. Trabalho apresentado na 24th International Nursing Research Conference, Praga, República Tcheca. Retirado de http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/511438/Research2013We03.pdf
- Calvetti, P. U., Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(4), 706-717.
- Cameron, L., & Leventhal, H. (2003). Self-regulation, health, and illness: a overview. Em L. D. Cameron & H. Leventhal (Orgs.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 1-14). New York, NY: Routledge.
- Campos, P. E., & Thomason, B. (2007). Intervenções cognitivo-comportamentais com pessoas com HIV/aids. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade* (pp. 441-461). São Paulo: Santos.
- Care, M. N., & Kuiper, N. A. (2013). Cognitive representations in a self regulation model of depression: effects of self-other distinctions, symptom severity and personal experiences with depression. *Self and Identity*, 12(2), 128-145.
- Casaes, N. R. R. (2008). *Suporte social e vivência de stigma: um estudo entre pessoas com HIV/aids* (Dissertação de Mestrado). Retirado de http://www.pospsi.ufba.br/Nilton_Casaes.pdf
- Castilho, E. A., Szwarcwald, C. L., & Brito A. M. (2006). Fatores associados à interrupção de tratamento antiretroviral em adultos com Aids. *Revista da Associação médica brasileira*, 52(2), 86-92.

- Ceccato, M. G. B., Acurcio, F. A., Bonolo, P. F., Rocha, G. M., & Guimarães, M. D. C. (2004). Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1388-1397.
- Chambers, L. A., Rueda, S., Baker, D. N., Wilson, M. G., Deutsch, R., Raeifar, E., ... Rourke, S. B. (2015). Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC Public Health*, 15(848), 1-17.
- Chen S. L., Tsai, J. C., & Lee, W. L. (2009). The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2234-2244.
- Chesney, M. A., Chambers, D. B., Taylor, J. M., Johnson, L., M., & Folkman, S. (2003). Coping effectiveness training for men living with HIV: Results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. *Psychosomatic Medicine*, 65, 1038-1046.
- Chibanda, D., Cowan, F. M., Healy, J. L., Abas, M., & Lund, C. (2015). Psychological interventions for Common Mental Disorders for People Living with HIV in Low- and Middle-Income Countries: systematic review. *Tropical Medicine & International Health*, 20(7), 830-839.
- Christo, P. P., & Paula, G. (2008). Aspectos neuropsiquiátricos e neuropsicológicos da infecção pelo HIV e da aids. Em D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C. H. P. Camargo, & Cosenza, R. M. (Orgs.), *Neuropsicologia: teoria e prática* (pp. 335-355). Porto Alegre: ARTMED.
- Clark, N. M., Gong, M., & Kaciroti, N. M. S. (2014). A model for self-regulation for control of chronic disease. *Health Education & Behavior*, 41(5), 499-508.
- Colleto, M., & Câmara, S. (2009). Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. *Diversitas: Perspectivas em Psicologia*, 5(1), 97-110.
- Cooperman, N. A., Heo, M., Berg, K. M., Li, X., Litwin, A. H., Nahvi, S., & Arnsten, J. H. (2012). Impact of adherence counseling dose on antiretroviral adherence and HIV viral load among HIV-infected methadone maintained drug users. *AIDS Care*, 24(7), 828-835.
- Crepaz, N., Passin, W. F., Herbst, J. H., Sima, M. R., & Malow, R. M. (2008). Meta-analyses of cognitive-behavioral interventions on HIV-positive persons' mental health and immune functioning. *Health Psychology*, 27(1), 4-14.
- Cucciare, M. A., Sorrell, J. T., & Trafton, J. A. (2009). Predicting response to cognitive-behavioral therapy in a sample of HIV-positive patients with chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(4), 340-348.
- Dahlui, M., Azahar, N., Bulgiba, A., Zaki, R., Oche, O.M., Adekunjo, F. O., & Chinna, K. (2015). HIV/AIDS Related Stigma and Discrimination against PLWHA in Nigerian Population. *PLOS One*, 10(12), 1-11.
- Dahabieh, M. S., Battivelli, E., & Verdin, E. (2015). Understanding HIV latency: the road to an cure. *Annual Review Medicine*, 66, 407-421.

- Deeks, S. G., Lewin, S. R., & Havlir, D. V. (2013). The end of aids: HIV infection as a chronic disease. *The Lancet Journals*, 382(9903), 1525-1533.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2003). Assertividade, sistemas de crenças e identidade social. *Psicologia em Revista*, 9(13), 125-136.
- Dempster, M., Howell, D., & McCorry, N. K. (2015). *Illness perceptions and coping in physical health conditions: a meta-analyses*. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26541550>
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2010). *A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências*. Porto Alegre: ARTMED.
- Echer, I. C. (2005). Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13(5), 754-757.
- Eidam, C. L., Lopes, A. S., Guimarães, M. D. C., & Oliveira, O. V. (2006). Estilo de vida de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua associação com a contagem de linfócitos T CD4+. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 8(3), 51-57.
- Fagundes, V. H. V., Oliveira, J. H. T., Vieira, S., Spack Junior, & Pupulin, A. R. T. (2010). Infecções oportunistas em indivíduos com infecção pelo HIV e relação com o uso de terapia antirretroviral. *Acta Scientiarum*, 32(2), 141-145.
- Falcone, E. (2001). Psicoterapia cognitiva. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 49-61). Porto Alegre: ARTMED.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: uma revisão de literatura. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- 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), 155-164.
- Faustino, Q. M., & Seidl, E. M. F. (2010). Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 121-130.
- Ferris, F. N., McDonald, S., Conroy, R. R., Byrne, E., Mallouris, C., Hodgson, I., & Larkan, F. (2015). "An unspoken world of unspoken things": a study identifying and exploring core beliefs underlying self-stigma among people living with HIV and aids in Ireland. *Swiss Medical Weekly*, 145, 1-10.
- Field, A. (2009). *Descobrimo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: ARTMED.
- Figueiras, M. J. (2008). A relevância dos modelos de senso-comum da doença para a adesão terapêutica. *Revista Factores de Risco*, 11, 38-41.
- Figueiras, M. J., Machado, V. A., & Alves, N. C. (2002). Os modelos de senso-comum das cefaléias crônicas nos casais: relação com o ajustamento marital. *Análise Psicológica*, 1(XX), 77-90.

- Filipe, A. R. M. (2008). *Pensar e agir para viver melhor: a autorregulação e o coping na adaptação dos indivíduos com diabetes mellitus de tipo II* (Dissertação de mestrado). Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/747/1/17376_Dissertacao_de_mestrado_Pensar_e_agir_para.pdf
- France, N. F., Macdonald, S. H., Conroy, R. R., Byrne, E., Mallouris, C., Hodgson, I., ... Larkan, F. (2015). "An unspoken world of unspoken things": a study identifying and exploring core beliefs underlying self-stigma among people living with HIV and AIDS in Ireland. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25768695>
- Galato, D., & Correia, T. S. (2011). Vulnerabilidade das doenças sexualmente transmissíveis de pessoas vivendo em relacionamentos estáveis em uma cidade do sul do Brasil. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40(2), 12-17.
- Galligan, J. J. HIV, opiates, and enteric neuron dysfunction. (2015). *Neurogastroenterology and Motility*, 27(4), 449-454.
- Galvão, J. (2002). *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/aids no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: Abia.
- Garcia, S., & Souza, F. M. (2010). Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde e Sociedade*, 19(2), 9-20.
- Gaynes, B. N., O'Donnell, J., Nelson, E., Heine, A., Zinski, A., Edwards, M., ... Pence, B. W. (2015). Psychiatric comorbidity in depresses HIV-infected individuals: common and clinically consequential. *General Hospital Psychiatry*, 37(4), 277-282.
- Goarayeb, R. (2010). A psicologia da saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 115-122.
- Grangeiro, A., Escuder, M. M. L., & Castilho, E. A. (2010). Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), 430-440.
- Greco, D. B. (2008). A epidemia da aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. *Estudos Avançados*, 22(64), 73-94.
- Griva, K., Myers, L. B., & Newman, S. (2000). Illness Perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus [Abstract]. *Psychology & Health*, 15(6), 733-750.
- Guimarães, S. S. (2001). Técnicas cognitivas e comportamentais. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 113-130). Porto Alegre: ARTMED.
- Gunther, L. E., & Baracat, E. M. (2013). O HIV e a AIDS: preconceito, discriminação e estigma no trabalho. *Revista Jurídica*, 1(30), 398-428.
- Heesters, B. A., Lindvist, M., Vagefi, P. A., Scully, E. P., Schildberg, F. A., Altfeld, M., ... Carrol, M. C. (2015). Follicular dendritic cells retain infectious HIV in cycling endosomes. *Plos Pathogens*, 11(12), 1-18.

- Heldt, E., Cordioli, A. V., Knijnik, D. Z., & Manfro, G. G. (2008). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade. Em A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 317-337). Porto Alegre: ARTMED.
- Hemmati, S. A., Khalatbari, J., Abbas Ghorbani, M., Haghghi, M., & Ahmadpanah, M. (2013). Group training of stress management vs. group cognitive-behavioral therapy in reducing depression, anxiety and perceived stress among HIV-positive men. *Iranian Journal Psychiatry Behavioral Science*, 7(1), 4-8.
- Herrmann, S., McKinnon, E., Hyland, N. B., Lalanne, C., Mallal, S., Nolan, D., ... Duracinsky, M. (2013). HIV-related stigma and physical symptoms have a persistent influence on health-related quality of life in Australians with HIV infection. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(56), 1-13.
- Himelhoch, S., Medoff, D., Maxfield, J., Dihmes, S., Dixon, L., Robinson, C., ... Mohr, D. C. (2013). Telephone based cognitive behavioral therapy targeting major depression among urban dwelling, low income people living with HIV/AIDS: results of a randomized controlled trial. *Aids and Behavior*, 17(8), 2756-2764.
- Himelhoch, S., Mohr, D., Maxfield, J., Clayton, S., Weber, E., Medoff, D., & Dixon, L. (2011). Feasibility of telephone-based cognitive behavioral therapy targeting major depression among urban dwelling African- American people with co-occurring HIV. *Psychology Health and Medicine*, 16(2), 156-165.
- Hirani, S., & Newman, S. P. (2005). Patients' beliefs about their cardiovascular disease. *Heart*, 91, 1235-1239.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- Houston, E., Mikrut, C., Guy, A., Fominaya, A. W., Tatum, A. K., Kim, J. H., & Brown, A. (2015). *Another look at depressive symptoms and antiretroviral therapy adherence: the role of treatment self-efficacy*. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25712489>
- Huang, C. H., Li, S. M., & Shu, B. C. (2015). *Exploring the relationship between illness perceptions and negative emotions in relatives of people with schizophrenia within the context of an affiliate stigma model*. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26588452>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Retirado de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
- Irffi, G., Soares, R. B., & DeSouza, S. A. (2010). Fatores socioeconômicos, demográficos, regionais e comportamentais que influenciam no conhecimento sobre HIV/aids. *Revista Economia*, 11(2), 333-356.

- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2011). *Diretrizes de terminologia do UNAIDS/ONUSIDA*. Retirado de <https://www.google.com.br/search?q=epidemia+HIV++concentrada+generalizada&hl=ptPT&authuser=0#authuser=0&hl=ptPT&q=Diretrizes+de+terminologia+do+UNAIDS%2FONUSIDA>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2014). *Fast-track end the aids epidemic by 2030*. Retirado de http://www.unaids.org.br/biblioteca/JC2686_WAD2014report_en.pdf
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2015a). *How aids changed every thing*. Retirado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2015b). *Implications of the start study data*. Retirado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_Implications_of_the_START_study_data_en.pdf
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2015c). *A global target achieved*. Retirado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_15by15_en.pdf
- Jones, D. L., Ishii, O. M., Lydston, D., Tobin, J. N., Brondolo, E., & Weiss, S. M. (2010). Self-efficacy and distress in women with AIDS: the SMART/EST women's project. *AIDS Care*, 22(12), 1499-1508.
- Kalichman, S., Kalichman, M. O., & Cherry, C. (2015). Medication beliefs and structural barriers to treatment adherence among people living with HIV infection. *Psychology & Health*, 4, 1-25.
- Kamen, C., Arganbright, J., Kienitz, E., Weller, M., Khaylis, ., Shenkman, T., ...Gore-Felton, C. (2015). HIV-related stigma: implications for symptoms of anxiety and depression among Malawian women. *African Journal of AIDS Research*, 14(1), 67-73.
- Kaptein, A., Hughes, B. M., Scharloo, M., Fischer, M., Snoei, L., Weinman, J., & Rabe, K. E. (2008). Illness perception about asthma are determinants of outcome. *Journal of Asthma*, 45, 459-464.
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: a systems view. *Annual Review of Psychology*, 44, 23-52.
- Kee, M. K., Lee, S. Y., Kim, N. Y., Lee, J. S., Kim, J. M., Choi, J. Y., ... Kim, S. S. (2015). Anxiety and depressive symptoms among patients infected with human immunodeficiency virus in South Korea. *Aids Care*, 27(9), 1174-1182.
- Keeling, M., Bambrough, J., & Simpson, J. (2013). Depression, anxiety and positive affect in people diagnosed with low-grade tumours: the role of illness perceptions. *Psychooncology*, 22(6), 1421-1427.

- Kemppainen, J., Kim-Godwin, R., Reynolds, N. R., & Spencer, V. S. (2008). Beliefs about HIV disease and medications adherence in persons living with HIV/aids in rural southeastern North Carolina. *The Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 19(2), 127-136.
- Kennard, B., Brown, L., Hawkins, L., Risi, A., Radcliffe, J., Emslie, G.,...Thornton, S. (2014). Development and implementation of health and wellness CBT for individuals with depression and HIV. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(2), 237-246.
- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: ARTMED.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64.
- Kossakowska, M. M., & Zielazny, P. (2013). Illness perceptions and benefit finding among people with HIV/aids. *Postepy Psychiatrii I Neurologii*, 22, 177-186.
- Kraaij, V., Van Emmerik, A., Garnefski, N., Schroevers, M. J., LoFo-Wong, D., Van Empelen, P., ... Maes, S. (2010). Effects of a cognitive behavioral self-help program and a computerized structured writing intervention on depressed mood for HIV-infected people: a pilot randomized controlled trial. *Patient Education Counseling Journal*, 80(2), 200-204.
- Labbe, A. K., O'Cleirigh, C. M., Stein, M., & Safren, S. A. (2015). Depression CBT treatment gains among HIV-infected persons with a history of injection drug use varies as function of baseline substance use. *Psychology, Health and Medicine*, 20(7), 870-877.
- Lee, M. R., Cohen, L., Hadley, S. W., & Goodwin, F. K. (1999). Cognitive-behavioral group therapy with medication for depressed gay men with AIDS or symptomatic HIV infection. *Psychiatric Service*, 50(7), 948-952.
- Leite, C. M. (2011). *A self-regulation model of depression: content of cognitive representations and prediction of treatment seeking* (Tese de doutorado). Retirada de <http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1487&context=etd>
- Leite, J. C. C., Drachler, M. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T., & Amato, V. L. (2002). Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento antirretroviral. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15, 121-133.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theory and measurement. Em K. J. Petrie, & J. A. Weinman (Orgs.), *Perceptions of Health & Illness* (pp. 1-46). Amsterdam: Harwood academic publishers.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. Em L. D. Cameron & H. Leventhal (Orgs.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42-65). New York, NY: Routledge.

- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. Em S. Rachman (Org.), *Medical psychology* (pp. 7-30). New York, NY: Pergamon Press.
- Lima, C. V. O., & Derdyck, P. R. (2001). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com depressão. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 113-130). Porto Alegre: Artmed.
- Lima, A. L. L. M., Wünsch, C. T., Gutierrez, E. B., & Leite, R. M. (1996). Epidemiologia. In A. L. L. M. Lima, C. R. V. Kiffer, D. E. Uip, M. G. Oliveira & R. M. Leite (Eds.), *Perguntas e Respostas HIV/aids* (pp. 1-29). São Paulo, SP: Atheneu.
- Liu, C., Ma, X., Liu, B., Chen, C., & Zhang, H. (2015). HIV-1 functional cure: Will the dream come true? *BMC Medicine*, *13*(1), 1-39.
- Lobo, B. O. M., Rigoli, M. M., Sbardelloto, G., Rinaldi, J., Argimon, I. L., & Kristensen, C. H. (2012). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para idosos com sintomas de ansiedade e depressão: resultados preliminares. *Psicologia: Teoria e Prática*, *14*(2), 116-125.
- Lopéz, J. A. P., & Sosa, J. J. S. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión em personas com VIH. *Universitas Psychologica de Bogotá*, *6*(2), 399-407.
- Lopez, M. A., & Basco, M. A. (2015). Effectiveness of cognitive behavioral therapy in public mental health: comparison to treatment as usual for treatment-resistant depression. *Administration and Policy in Mental Health*, *42*(1), 87-98.
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2006). Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research and policy. *Brief Treatment and crisis intervention*, *4*(3), 205-225.
- Malta, D. C., Cezário, A. C., Moura, L., Morais Neto, O. L., & Silva Junior. (2006). A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *15*(3), 47-65.
- Malta, D. C., Morais Neto, O. L., & Silva Junior. (2011). Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *20*(4), 425-438.
- Marcolino, J. A. M., Mathias, L. A. S. T., Piccinini Filho, L., Guaratini, A. A., Suzuki, F. M., & Alli, L. A. C. (2007). Escala de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, *57*(1), 52-62.
- McAndrew, L. M., Musumeci-Szabo, T. J., Mora, P. A., Vileikyte, L., Burns, E., Halm, E. A., ... Leventhal, H. (2008). Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: From description to process. *British Journal of Health Psychology*, *13*, 195-204.

- Mellagi, A. G. (2009). *O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/aids: um estudo psicossocial entre homens católicos e evangélicos* (Tese de Doutorado). Retirado de file: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-27112009-104846/pt-br.php>
- Merson, M. H. (2006). The HIV-AIDS pandemic at 25- the global response. *The New England Journal of Medicine*, 354(23), 2414-2317.
- Millard, T., Elliott, J., Slavin, S., McDonald, K., Rowell, S., & Girdler, S. (2014). The positive outlook study- a randomised controlled trial evaluating the effectiveness of an online self-management program targeting psychosocial issues for men living with HIV: a study protocol. *BMC Clinic Health*, 4(106), 1-11.
- Miller, S. M., Lazev, A., Wang, C., Shapiro, P., Diefenbach, M. A., Buzaglo, J. S., ... Wise, J. (2006). *Cognitive-social and biobehavioral research in cancer prevention and control*. Retirado de <http://www.docstoc.com/docs/91889601/Cognitive-Social-and-Biobehavioral-Research-in-Cancer-Prevention>
- Miller, S. M., Shoda, Y., & Hurley, K. (1996). Applying cognitive social theory to health protective behavior: breast self-examination in cancer screening. *Psychological Bulletin*, 119(1), 70-94.
- Ministério da Saúde (2004). *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. Brasília: Departamento de Vigilância Epidemiológica.
- Ministério da Saúde (2005). *Guia de vigilância epidemiológica*. Brasília: Departamento de Vigilância Epidemiológica.
- Ministério da Saúde (2006). *HIV/aids, hepatites virais e outras DST*. Brasília: Departamento de Atenção Básica.
- Ministério da Saúde (2008a). *Recomendações para a terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV*. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids/Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2008b). *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids*. Brasília: Programa Nacional de DST e aids.
- Ministério da Saúde (2012). *Atenção em Saúde Mental nos Serviços Especializados em DST/Aids*. Brasília: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
- Ministério da Saúde (2013). *Sintomas e fases da aids*. Retirado de <http://www.aids.gov.br/pagina/sintomas-e-fases-da-aids>
- Ministério da Saúde (2014a). *Boletim epidemiológico HIV-Aids*. Brasília: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
- Ministério da Saúde (2014b). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos*. Brasília: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
- Ministério da Saúde (2015a). *Boletim epidemiológico HIV-Aids*. Brasília: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

- Ministério da Saúde (2015b). *Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais*. Retirado de <http://www.aids.gov.br/pagina/atividade-fisica>
- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., & Caballo, V. E. (2001). Psicologia da saúde: intervenções em hospitais públicos. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.463-474). Porto Alegre: Artmed.
- Molassiotis, A., Callaghan, P., Twinn, S. F., Lam, S. W., Chung, W. U., & Li, C. K. (2002). A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counseling in decreasing psychologic distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease. *AIDS Patient Care and STDs*, 16(2), 83-96.
- Morais, A. B. A., Rolim, G. S., & Costa Júnior, A. L. (2009). O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(2).
- Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2003). Illness perceptions and levels of disability with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 305-308.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.
- Mozzato, A. R., & Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise dos dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, 15(4), 731-747.
- Muessig, K. E., Panter, A. T., Mouw, M. S., Amola, K., Stein, K. E., Murphy, J. S., ... Wohl, D. A. (2015). Medication-taking practices of patients on antiretroviral HIV therapy: control, power, and intentionality. *Aids Patient Care STDS*, 29(11), 606-616.
- Muoghalu, C. O., & Jegede, S. A. (2013). Perception of HIV/aids along the Igbo of Anambra State, Nigeria. *Journal of Social Aspects of HIV/aids*, 10(1), 42-54.
- Nogueira, G. S. (2012). *Adaptação e validação do Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) para a cultura brasileira* (Dissertação de Mestrado). Retirado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10777/1/2012_GrazielaSousaNogueira.pdf
- Nogueira, G. S., & Seidl, E. M. F. (no prelo). Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas com HIV/aids. *Temas em Psicologia*.
- Norcini Pala, P. A., & Steca, P. (2015). Illness perceptions and coping strategies among individuals diagnosed with HIV. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(4), 620-631.
- Noto, A., & Treutmann, L. (2013). Developing combined HIV vaccine strategies for functional cure. *Vaccines*, 1(4), 481-496.
- Oliveira, R. M. R. (2006). Gênero, direitos humanos e impacto socioeconômico da Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40, 80-87.

- Oliveira, M. I. S. (2011). Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 30-34.
- Pacheco Filho, J. R., & Santos, F. H. (2008). Estudos brasileiros sobre demência associada ao HIV. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 20(3-4), 196-203.
- Pacheco-Huergo, V., Vildrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Peña, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P., Amado-Guirado, E., Núñez, E., & Val, J. L. (2012). Percepción em enfermidades crônicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*, 44(5), 280-287.
- Paes, A. T. (1998). Itens essenciais em bioestatística. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 71(4), 575-580.
- Papas, R. K., Sidle J. E., Gakinya, B. N., Baliddawa, J. B., Martino, S., Mwaniki, M. M. ... Maisto, S. A. (2011). Treatment outcomes of a stage 1 cognitive-behavioral trial to reduce alcohol use among human immunodeficiency virus-infected out-patients in western Kenya. *Addiction*, 106(12), 2156-2166.
- Papas, R. K., Sidle, J. E., Martino, S., Baliddawa, J. B., Songole, R., Omolo, O. E., ... Maisto, S. A. (2010). Systematic cultural adaptation of cognitive-behavioral therapy to reduce alcohol use among HIV-infected outpatients in western Kenya. *AIDS and Behavior*, 14(3), 669-678.
- Parsons, J. T., Rosof, E., Punzalan, J. C., & Di Maria, L. (2005). Integration of motivational interviewing and cognitive behavioral therapy to improve HIV medication adherence and reduce substance use among HIV-positive men and women: results of a pilot project. *Aids Patient Care and STDs*, 19(1), 31-39.
- Peleg, S., Drori, E., Banai, S., Finkelstein, A., & Shiloh, S. (2015). Illness perceptions or recurrence risk perceptions: what comes first? A longitudinal cross-lagged examination among cardiac patients. *Psychology & Health*, 13, 1-29.
- Peltzer, K. (2001). Perception of illness among secondary school pupils in South Africa: malaria, tuberculosis, HIV/AIDS e alcoholism. *Psychological Reports*, 88(3), 847-848.
- Petersen, C. S., Koller, S. H., Vasconcellos, D., & Teixeira, M. A. P. (2008). Efeitos da terapia cognitivo-comportamental em pessoas vivendo com HIV/aids. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(2), 90-106.
- Petrie, K. J., Broadbent, E., & Kydd, R. (2008). Illness perceptions in mental health: issues and potencial application. *Journal of Mental Health*, 17(6), 559-564.
- Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). The role of illness perception in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 163-167.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter? *Clinic Medical*, 6, 536-539.

- Poletto, M. P., Heck, C., Calsa, D. C., Bonfim, P. C., & Moskovics, J. M. (2015). Pensamentos Automáticos e Crenças Centrais Associados ao HIV/AIDS em Indivíduos. *Temas em Psicologia, 23*(2), 243-253.
- Pooe, J. M., Sokudela, B., Roos, J. L., Motlana, L. M., Dlamini, N., & Snyman, M. (2010). Testing the effectiveness of existing psycho-educational material (The Alliance Programme) for patients suffering from schizophrenia in the South African context. *African Journal of Psychiatry, 13*, 302-308.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(2), 73-80.
- Proudfoot, J., Parker, G., Manicavasagar, V., Hadzi-Pavlovic, Whitton, A., Smith, M., & Burckhardt, R. (2012). *Journal of Affective Disorders, 142*(1-3), 98-105.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness perception questionnaire. *Psicología desde el Caribe, 25*, 56-83.
- Reberte, L. M., Hoga, L. A. K., & Gomes, A. L. Z. (2012). O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. *Revista Latino Americana de Enfermagem, 20*(1), 1-8.
- Remor, E. A. (1997). Contribuições do modelo psicoterapêutico cognitivo na avaliação e tratamento psicológico de uma portadora de HIV. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 10*(2), 249-261.
- Remor, E. (1999). Abordagem psicológica da aids através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicologia Reflexão e Crítica, 12*(1), 89-106.
- Remor, E., Milner-Moskovics, J., & Preussler, G. (2007). Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. *Revista Saúde Pública, 41*(5), 685-694.
- Reynolds, N. R., Eller, L. S., Nicholas, P. K., Corless, I. B., Kirksey, K., Hamilton, M. J., ... Holzemer, W. L. (2009). HIV illness representation as a predictor of self-care management and health outcomes, *Aids and Behavior, 13*(2), 258-67.
- Reynolds, N. R., Testa, M. A., Marc, L. G., Chesney, M. A., Neidig, J. L., Smith, S. R., ... Robbins, G. K. (2004). Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naive to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study. *AIDS and Behavior, 8*(2), 141-150.
- Robadey, R., Coutinho, F., & Pitanguy, I. (2002). Cirurgia plástica estética em portadores do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)- existe consenso? *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, 17*(2), 23-34.
- Rodrigues, A., Carneiro, W. S., Nogueira, J. A., & Athayde, A. C. R. (2013). Fatores que acentuam a vulnerabilidade na população jovem feminina ao HIV. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 17*(1), 3-10.

- Rosa, L. T. B., & Miyazaki, M. C. O. S. (1996). Intervenção psicológica em paciente HIV sintomático: relato de caso. *HB Científica*, 3(3), 237-240.
- Ross, S., Walker, A., & Macleod, M. J. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613.
- Routy, J. P., Mehraj, V., & Verdin, E. (2015). HIV immunotherapy comes of age: implications for prevention, treatment and cure. *Expert Review Clinical Immunology*, 1-4.
- Safren, S. A., O'Cleirigh, C. M., Bullis, J. R., Otto, M. W., Stein, M. D., & Pollack, M. H. (2012). Cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected injection drug users: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 404-415.
- Safren, S. A., O'Cleirigh, C. M., Tan, J. Y., Raminani, S. R., Reilly, L. C., Otto, M. W., & Mayer, K. H. (2009). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in HIV-infected individuals. *Health Psychology*, 28(1), 1-10.
- Sage, N., Snowden, M., Chorlton, E., & Edeleanu, A. (2008). *CBT for chronic illness and palliative care. A workbook and toolkit*. West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Sale, S. (2014). Psycho-social and medical variables of depression in HIV/AIDS patients in Kano, Nigeria. *Journal of Therapy and Management in HIV Infection*, 2, 36-44.
- Santos, E. E. P., Padoin, S. M. M., Zuge, S. S., Schwarzbald, A. V., Magnago, T. S. B. S., & Paula, C. C. (2014). Expectativa de autoeficácia para tratamento de adultos com aids de um hospital universitário. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8(8), 2797-2804.
- Schaurich, D., & Freitas, H. M. B. (2011). O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 989-995.
- Scheffer, M. (2000). Tecnologia, aids & ética em pesquisa. *Interface (Botucatu)*, 4(6), 173-176.
- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/aids. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 421-429.
- Seidl, E. M. F., & Faustino, Q. M. (2014). Pessoas vivendo com HIV/aids: possibilidades de atuação da psicologia. In E. M. F. Seidl, & M. C. O. S. Miyazaki (Eds.), *Psicologia da saúde: pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas* (pp. 21-54). Curitiba: Juruá.
- Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2305-2316.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17, 225-234.
- Sharma, S., Khadga, P., Dhungana, G. P., & Chitrakar, U. (2013). Medication adherence to antiretroviral therapy among patients visiting antiretroviral therapy center at tribhuvan

- university teaching hospital, Kathmandu Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*, 11(41), 50-53.
- Silva, S. F. R., Pereira, M. R. P., Motta Neto, R., Ponte, M. F., Ribeiro, I. F., Costa, P. F. T. F., & Silva, S. L. (2010). Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 42(3), 209-212.
- Simoni, J. M., Wiebe, J. S., Saucedo, J. A., Huh, D., Sanchez, G., Longoria, V.,... Safren, S. A. (2013). A preliminary RCT of CBT-AD for adherence and depression among HIV-positive latinos on the U.S.-Mexico border: the nuevo día study. *Aids and Behavior*, 17(8), 2816-2829.
- Singh, R. (2011). *Psychological model of illness*. United Kingdom: Cambridge Scholars Publishing.
- Skalski, L. M., Watt, M. H., MacFarlane, J. C., Proeschold-Bell, R. J., Stout, J. E., & Sikkema, K. J. (2015). Mental health and substance use among patients in a North Carolina HIV clinic. *North Carolina Medical Journal*, 76(3), 148-155.
- Slot, M., Sodeman, M., Gabel, C., Holmoskov, J., Laursen, T., & Rodkjaer, L. (2015). Factors associated with risk of depression and relevant predictors of screening for depression in clinical practice: a cross-sectional study among HIV-infected individuals in Denmark. *HIV Medicine*, 16(7), 393-402.
- Songwathana, P., & Manderson, L. (1998). Perceptions of HIV/aids and caring for people with terminal aids in southern Thailand. *AIDS Care*, 10(2), 155-165.
- Sousa, M., Landeiro, M., Pires, R., & Santos, C. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 151-160.
- Sousa, M. R. M. G. C. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2* (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/668>
- Souza, T. R. C. (2008). *Impacto psicossocial da aids: enfrentando perdas... resignificando a vida*. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids.
- Stallard, P. (2004). *Bons pensamentos - Bons sentimentos: manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: ARTMED.
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde: uma Abordagem Psicossocial* (3nd Ed.). Porto Alegre: ARTMED.
- Taylor, R. R. (2006). *Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability*. New York, NY: Springer.
- Weiss, S. M., Tobin, J. N., Antoni, M., Ironson, G., Ishii, M., Vaughn, A. ... Page, J. B. (2011). Enhancing the health of women living with HIV: the SMART/EST Women's Project. *International Journal Womens Health*, 15(3), 63-77.

- Willhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1), 79-86.
- Wiseman, H., Brown, R., House, A., Howlett, S., & Reuber, M. (2015). *A brief psycho-education intervention for patients with non-epileptic attack disorder (NEAD)*. Retirado de <http://jnnp.bmj.com/content/86/9/e3.60.abstract>
- World Health Organization. (2011). *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people*. Geneva, Switzerland: HIV/aids Programme.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: ARTMED.
- Ziarko, M., Mojs, E., Piasecki, B., & Samborski, W. (2014). The mediating role of dysfunctional coping in the relationship between beliefs about the disease and the level of depression in patients with rheumatoid arthritis. *The Scientific World Journal*, 2014, 1-6.
- Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation: a social cognitive perspective. Em M. Boerkaerts, P. R. Pintrich & M. Zeidner (Orgs.), *Handbook of self-regulation* (pp. 13-35). Retirado de http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=rv3DZSim6z4C&oi=fnd&pg=PT1&dq=self+regulation+concept&ots=tZvcA9BYUe&sig=_14VXSJ_NAksTVWkc_QT_uNyKoo#v=onepage&q=self%20regulation%20concept&f=false
- Zuniga, J.A., Yoo-Jeaong, M., Dai, T., Guo, Y., & Waldrop-Valverde, D. (2015). *The role of depression in retention in care for persons living with HIV*. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26544915>

Anexo A

Questionário para Avaliação do Manual Psicoeducativo sobre HIV/aids: Estudo Piloto

1) Qual a sua opinião sobre o manual?

2) Quais os pontos fortes e pontos fracos do material?

3) Avalie os seguintes aspectos:

Linguagem

	1	2	3	4	5
Péssima					Excelente

Sugestões _____

Ilustrações

	1	2	3	4	5
Péssimas					Excelentes

Sugestões _____

Qualidade do material de impressão

	1	2	3	4	5
Péssima					Excelente

Sugestões _____

4) O que você acha que pode ser feito para melhorar o manual de uma maneira geral?

Anexo B**Entrevista de Avaliação do Protocolo de Pesquisa: Estudo Piloto**

- 1) Tempo gasto para realização da entrevista e preenchimento dos instrumentos _____
- 2) Houve dificuldades no preenchimento de algum instrumento? Descrever em caso positivo.

- 3) Quais as dificuldades que outras pessoas podem ter para preencher aos instrumentos do protocolo de pesquisa?

- 4) Quais os pontos positivos e quais os pontos negativos do protocolo de pesquisa?

- 5) Sugestões para a melhoria do protocolo?

Anexo C**Questionário Sociodemográfico**

1. Nome:
2. Sexo
 Masculino Feminino
3. Idade:
4. Qual a sua situação conjugal atual?
 Possui companheiro(a) - casado(a) ou união estável
 Não possui um companheiro - solteiro(a), separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)
5. Qual a sua escolaridade?
 Ensino Fundamental Incompleto
 Ensino Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo
6. Qual a sua situação ocupacional no momento?
 Trabalhando
 Não trabalhando: motivo a doença outro(s)
7. Qual a sua renda familiar?
 Até 1 salário mínimo
 De 2 a 3 salários mínimos
 De quatro a seis salários mínimos
 Mais de seis salários mínimos
8. Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada?
 sim, tenho religião ou crença numa doutrina específica. Qual(is)?

 sim, tenho crenças religiosas, mas não relativas a uma religião ou doutrina específica.
 não tenho crenças religiosas nem doutrinas deste tipo.
 outro. O quê? _____

Anexo D**Questionário Médico-Clínico**

1. Há quanto tempo você recebeu o diagnóstico de HIV/aids?

2. Quantas vezes você foi internado em decorrência desta enfermidade? Qual a data da última internação?

3. Você possui outros problemas de saúde além deste?

4. Você está em tratamento antirretroviral há quanto tempo? Quais os medicamentos que constituem o seu esquema? Quantos comprimidos foram prescritos e em quais horários faz a ingestão?

5. Em sua opinião você tem seguido o tratamento à risca (por exemplo: tomar medicação no horário e na quantidade indicada, comparecer às consultas médicas, etc.)? Em caso negativo justificar.

6. Você já recebeu atendimento psicológico anteriormente devido à soropositividade? Descreva.

7. Atualmente está fazendo acompanhamento psiquiátrico? Faz uso de alguma medicação psicotrópica? Em caso afirmativo, qual medicamento e em que dosagem?

8. Contagem dos Linfócitos T CD4 + _____
Contagem da Carga Viral _____

Anexo E

Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (*Brief IPQ*)

Este questionário é sobre o que você pensa sobre a sua doença. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é que você escolha a alternativa que melhor represente a maneira como você percebe a sua doença. Por exemplo:

Quanto você acha que é responsável pela sua saúde?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não sou responsável pela minha saúde						Sou totalmente responsável pela minha saúde				

Para a questão acima, caso você pense que tem muita responsabilidade pela sua saúde, mas que não é totalmente responsável por ela, você poderia circular o número 8 ou o número 9, por exemplo. Se você acha que tem pouca responsabilidade pela sua saúde poderia circular o número 1 ou o número 2, e assim por diante.

Da mesma maneira, para as questões a seguir, por favor, circule o número que melhor corresponda ao seu ponto de vista.

<p>1. Quanto a doença afeta a sua vida?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não afeta em nada a minha vida Afeta gravemente a minha vida</p>										
<p>2. Quanto controle você sente que tem sobre a sua doença?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Absolutamente nenhum controle Tenho extremo controle</p>										
<p>3. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a sua doença?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não ajudará em nada Ajudará extremamente</p>										

<p>4. Quanto você sente sintomas (sinais, reações ou manifestações) da sua doença?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não sinto nenhum sintoma Sinto muitos sintomas graves</p>											
<p>5. Quanto você está preocupado(a) com a sua doença?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nem um pouco preocupado(a) Extremamente preocupado</p>											
<p>6. Até que ponto você acha que compreende a sua doença?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não compreendo nada Compreendo muito claramente</p>											
<p>7. Quanto a sua doença o(a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não me afeta emocionalmente em nada Afeta-me muitíssimo emocionalmente</p>											
<p>8. Quanto tempo você pensa que a sua doença irá durar? Explique.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>											
<p>9. Por favor, liste os fatores mais importantes que você acredita que causaram a sua doença. As causas mais importantes para mim são:</p> <p>1ª _____</p> <p>2ª _____</p> <p>3ª _____</p>											

Muito obrigada por sua colaboração!

Anexo F

Roteiro de Entrevista sobre Percepção de Doença de Linha de Base

- 1) Você teve ou tem algum sintoma desde que recebeu o diagnóstico de HIV/aids? Em caso afirmativo, desde quando? Em sua opinião ele está relacionado ao HIV/aids?
- 2) Como você previne ou controla os sintomas da doença? Descreva.
- 3) Você acredita que o tratamento antirretroviral é eficaz? Como ele pode ajudar no controle da sua doença?
- 4) Você acredita que é responsável pela evolução (melhora ou piora) da sua doença? Justifique.
- 5) Quais as consequências da doença para a sua vida? Alguma coisa mudou na sua relação com os amigos, familiares, companheiro(a) ou no trabalho? A condição de soropositividade interferiu de alguma forma na sua situação econômica?
- 6) Você sofreu algum tipo de alteração emocional em função da doença, como raiva, preocupação, tristeza, irritabilidade, ansiedade, medo, etc.? Pensar na sua soropositividade, ainda hoje, leva a algum tipo de sentimento? Descreva.
- 7) Você compreende a sua doença ou ainda tem dúvidas e necessita de mais informação? Fale brevemente sobre o que você sabe sobre HIV/aids e sobre suas dúvidas (se tiver alguma).

Anexo G

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas tem mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:

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

D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

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

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

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

D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

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

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

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

D (6) Eu me sinto alegre:

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

A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

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

D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

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

A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

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

D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

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

A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em nenhum lugar:

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

D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

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

A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

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

D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

0 () Quase sempre

1 () Várias vezes

2 () Poucas vezes

3 () Quase nunca

Anexo H

Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Pense em uma situação ou problema atual que esteja produzindo mais estresse para você. Escreva aqui esta situação ou problema: _____

Para responder ao questionário, tenha em mente as coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta situação ou problema, no momento atual.

Veja um exemplo: **Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema**

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso Sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Sexo: () Feminino () Masculino

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____ Procedência: _____

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso quase sempre

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Eu me culpo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Procuro um culpado para a situação..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Espero que um milagre aconteça..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

	Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso quase sempre
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.....	1	2	3	4	5
8. Eu rezo/ oro.....	1	2	3	4	5
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.....	1	2	3	4	5
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.....	1	2	3	4	5
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.....	1	2	3	4	5
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.....	1	2	3	4	5
13. Desconto em outras pessoas.....	1	2	3	4	5
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.....	1	2	3	4	5
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.....	1	2	3	4	5
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.....	1	2	3	4	5
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.....	1	2	3	4	5
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.....	1	2	3	4	5
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.....	1	2	3	4	5
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.....	1	2	3	4	5
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.....	1	2	3	4	5
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.....	1	2	3	4	5
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.....	1	2	3	4	5
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.....	1	2	3	4	5
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.....	1	2	3	4	5
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.....	1	2	3	4	5
27. Tento esquecer o problema todo.....	1	2	3	4	5
28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.....	1	2	3	4	5
29. Eu culpo os outros.....	1	2	3	4	5
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.....	1	2	3	4	5
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.....	1	2	3	4	5
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia.....	1	2	3	4	5
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.....	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso quase sempre

34. Procuro me afastar das pessoas em geral..... 1 2 3 4 5
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer..... 1 2 3 4 5
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez..... 1 2 3 4 5
37. Descubro quem mais é ou foi responsável..... 1 2 3 4 5
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor..... 1 2 3 4 5
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela..... 1 2 3 4 5
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui..... 1 2 3 4 5
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo..... 1 2 3 4 5
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo..... 1 2 3 4 5
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação... 1 2 3 4 5
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação..... 1 2 3 4 5
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema..... 1 2 3 4 5

- Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com o seu problema?

Favor verificar se todos os itens foram preenchidos.

Anexo I

Escala de Autoeficácia para Seguir a Prescrição Antirretroviral

Há pessoas que em algumas situações, não conseguem tomar os remédios contra o vírus da Aids como explica a receita. Aponte nessa escala qual a certeza de que, desde hoje até a próxima consulta, você conseguirá tomar os remédios antirretrovirais, como na receita, nas seguintes situações:

Situações	Não vou tomar mesmo	Acho que não vou tomar	Não sei	Acho que vou tomar	Com certeza vou tomar
Se eu tiver bem de saúde					
Se o vírus no meu sangue for tão pouco que não aparece no exame de carga viral					
Se eu estiver aborrecido e me sentindo “pra baixo”					
Se eu for discriminado ou rejeitado					
Se eu estiver ocupado ou me divertindo					
Se eu estiver em viagem de passeio ou trabalho					
Se eu estiver na rua					
Se eu estiver me sentindo doente					
Se eu estiver com alguém que não quero que saiba que sou portador do vírus da aids					
Se eu tiver que tomar muitos comprimidos					
Se eu estiver nervoso ou irritado					
Se mudar muito o médico que me atende					
Se eu tiver que tomar remédios várias vezes por dia					
Se eu estiver com pessoas estranhas					
Se o remédio for difícil de engolir					
Se for feriado ou fim de semana					
Se eu tiver de mudar meu horário de comer ou de dormir					
Se o remédio tiver gosto ruim ou cheiro forte					
Se eu estiver fazendo coisas fora da minha rotina					
Se eu estiver com alguém que acha bobagem eu tomar esses remédios					
Se os remédios estiverem me causando efeito ruim					
Se eu estiver fazendo uso de bebidas alcoólicas					

Tem alguma outra situação atual que pode dificultar o uso dos medicamentos antirretrovirais?

Anexo J

Roteiro de Entrevista sobre Percepção de Doença Pós-Intervenção

- 1) Nos últimos ___ meses você teve ou tem algum sintoma que você acredita que está relacionado ao HIV/aids? Qual(is)?
- 2) Você fez algo nos últimos ___ meses para prevenir ou controlar os sintomas da doença? Descreva.
- 3) No momento, você acredita que é responsável pela evolução (melhora ou piora) da sua doença? Justifique.
- 4) Quanto tempo você acha que a sua doença irá durar? Justifique.
- 5) Quais as conseqüências da doença para a sua vida? Alguma coisa mudou na sua relação com os amigos, familiares, companheiro(a) ou no trabalho nos últimos ___ meses? A condição de soropositividade interferiu de alguma forma na sua situação econômica nesse período?
- 6) No momento, você acredita que o tratamento antirretroviral é eficaz? Ele pode ajudar no controle da sua doença? Justifique.
- 7) Você compreende a sua doença ou ainda tem dúvidas e necessita de mais informações? Fale brevemente sobre o que você sabe sobre HIV/aids e sobre suas dúvidas (se tiver alguma).
- 8) Você sofreu algum tipo de alteração emocional nos últimos ___ meses em função da doença, como raiva, preocupação, tristeza, irritabilidade, ansiedade, medo, etc.? Descreva.
- 9) Para você, o que causou o HIV/aids?
- 10) Alguma coisa mudou na sua forma de pensar e de lidar com o diagnóstico de HIV/aids nos últimos ___ meses? Em caso afirmativo, a que você atribui essa mudança?

Anexo K

Roteiro de Entrevista de Avaliação do Grupo Experimental 1

- 1) Qual a sua opinião sobre o grupo que está sendo finalizado hoje?
- 2) O que você gostou e o que não gostou?
- 3) Tem alguma sugestão para grupos futuros?

Anexo L



Manual Psicoeducativo sobre HIV/aids

Autora

Graziela Sousa Nogueira

Autora: Graziela Sousa Nogueira

Colaboração técnica e revisão final: Eliane Maria Fleury Seidl

Ilustrações: Karla Cíntia S. Lourenço

Manual Psicoeducativo sobre HIV/aids

Universidade de Brasília
Brasília, 2013.

Apresentação

Esse manual foi desenvolvido para auxiliar pessoas que vivem com HIV/aids e seus familiares a compreenderem e lidarem de uma maneira mais adaptativa com o diagnóstico. Nele são encontradas informações gerais sobre o HIV/aids ao lado de outras mais específicas, mas que irão ajudar a pessoa soropositiva e seus familiares a se guiarem diante da nova condição.

Essa publicação trata-se de um recurso importante a ser utilizado pelos profissionais de saúde que prestam assistência a pessoas que vivem com HIV/aids, já que esse manual reúne as principais informações que devem ser conhecidas por essa população.



Sumário

⌘	HIV/aids: conhecimentos básicos.....	5
⌘	HIV/aids: causas e prevenção.....	13
⌘	Reflexões: o HIV/aids como uma doença crônica.....	18
⌘	Consequências: como o diagnóstico e o HIV/aids afeta a vida de uma pessoa soropositiva?	22
⌘	Em busca do controle da doença.....	26
⌘	Preocupações frequentes de pessoas soropositivas e seus familiares.....	33
⌘	Emoções comuns: como lidar com elas?.....	37
⌘	Em resumo.....	40

HIV/aids: conhecimentos básicos

Nessa seção você irá aprender sobre os conhecimentos básicos sobre o HIV/aids, incluindo a definição dos termos: HIV, aids, CD4, carga viral e doenças oportunistas. Também irá aprender sobre os sintomas da doença.

✦ Por que é importante que eu tenha informações sobre o HIV/aids?

Informações ajudam pacientes e seus familiares a construir uma visão mais realista sobre a doença, pois muitas pessoas possuem informações equivocadas que foram passadas por conhecidos ou até mesmo pela mídia. Vale lembrar também que grandes mudanças ocorreram nas últimas décadas com relação ao tratamento de várias doenças, incluindo o HIV/aids, devido aos avanços na medicina e na farmacologia.



Assim, é importante que pacientes soropositivos para o HIV/aids e seus familiares tenham conhecimentos atualizados sobre a doença, para que possam compreendê-la adequadamente e lidar da melhor maneira possível com o diagnóstico e com o tratamento.

Agora que você já sabe porquê necessita aprender mais sobre HIV/aids, vamos responder a algumas perguntas básicas sobre a doença, mas que são importantes para que você compreenda o que ocorre no organismo de uma pessoa soropositiva para o HIV.

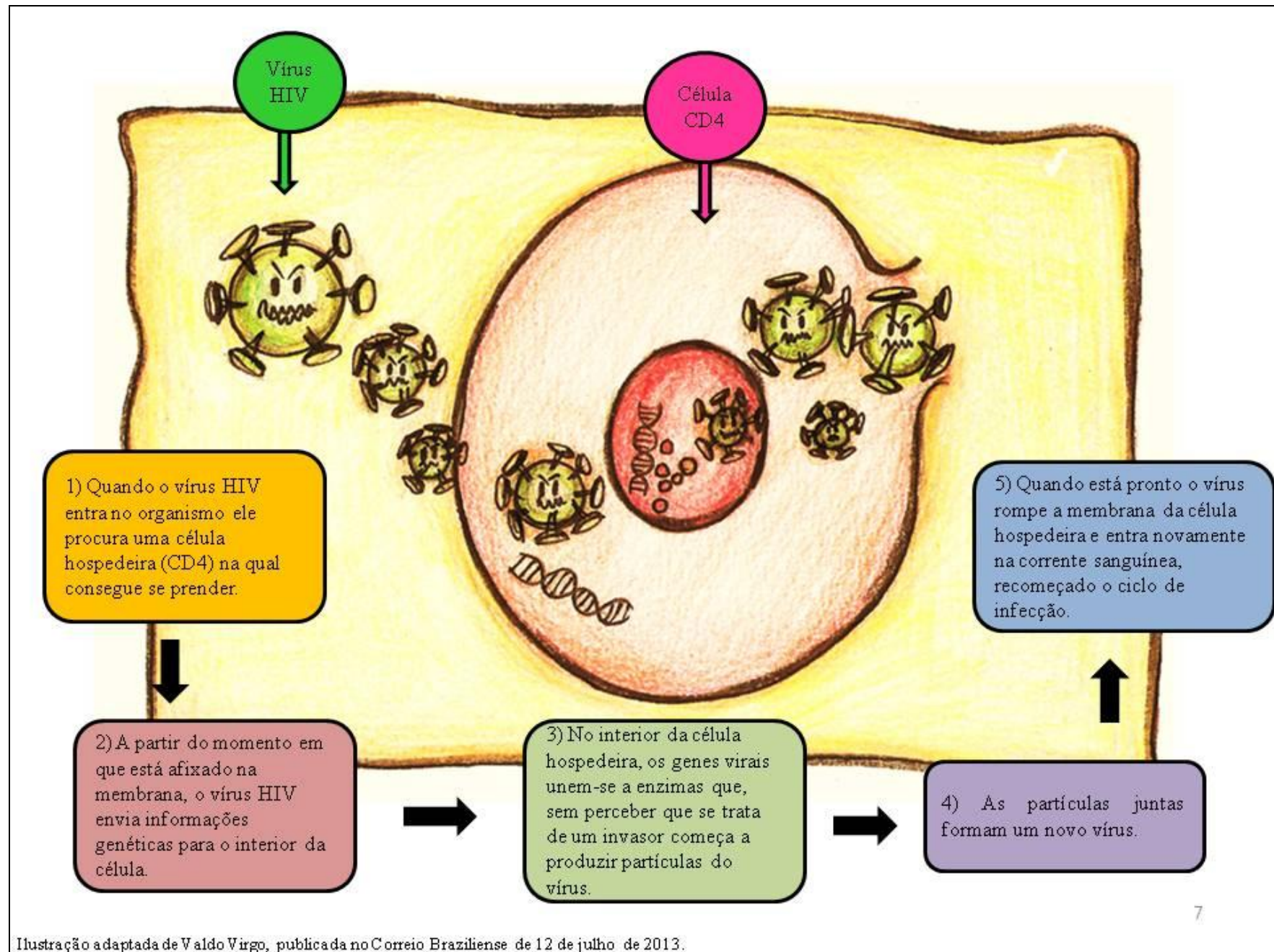
⌘ O que é HIV?

HIV é a sigla utilizada para fazer referência ao vírus da imunodeficiência humana.

HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana

⌘ O que é o vírus da imunodeficiência humana?

É o vírus que causa a aids, pois ele destrói os linfócitos T CD4 que desempenham um papel fundamental na resposta imunológica, ou seja, a pessoa fica com as defesas do organismo “enfraquecidas”. Assim, quando uma pessoa HIV positiva entra em contato com outros vírus e bactérias que estão no ambiente, as defesas do seu organismo podem não conseguir combatê-los e, então, essa pessoa pode ficar doente.



⌘ O que é aids?

A aids ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é uma doença crônica caracterizada por “uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)” (Ministério da Saúde, 2004, p. 32).

Uma pessoa soropositiva para o HIV é diagnosticada com aids quando já teve ou tem alguma doença oportunista e/ou quando encontra-se com as defesas do organismo baixas, ou seja, quando os níveis das células CD4 estão reduzidos. Cabe lembrar que mesmo tendo o diagnóstico de aids a pessoa pode se recuperar seguindo adequadamente as orientações médicas.

⌘ O que são doenças oportunistas?

Doenças oportunistas são aquelas que, devido ao enfraquecimento das defesas do organismo (do sistema imunológico), podem se manifestar em uma pessoa. Exemplos de doenças oportunistas da aids são neurotoxoplasmose, neurocriptococose, tuberculose, pneumonia, herpes zoster e candidíase oral.



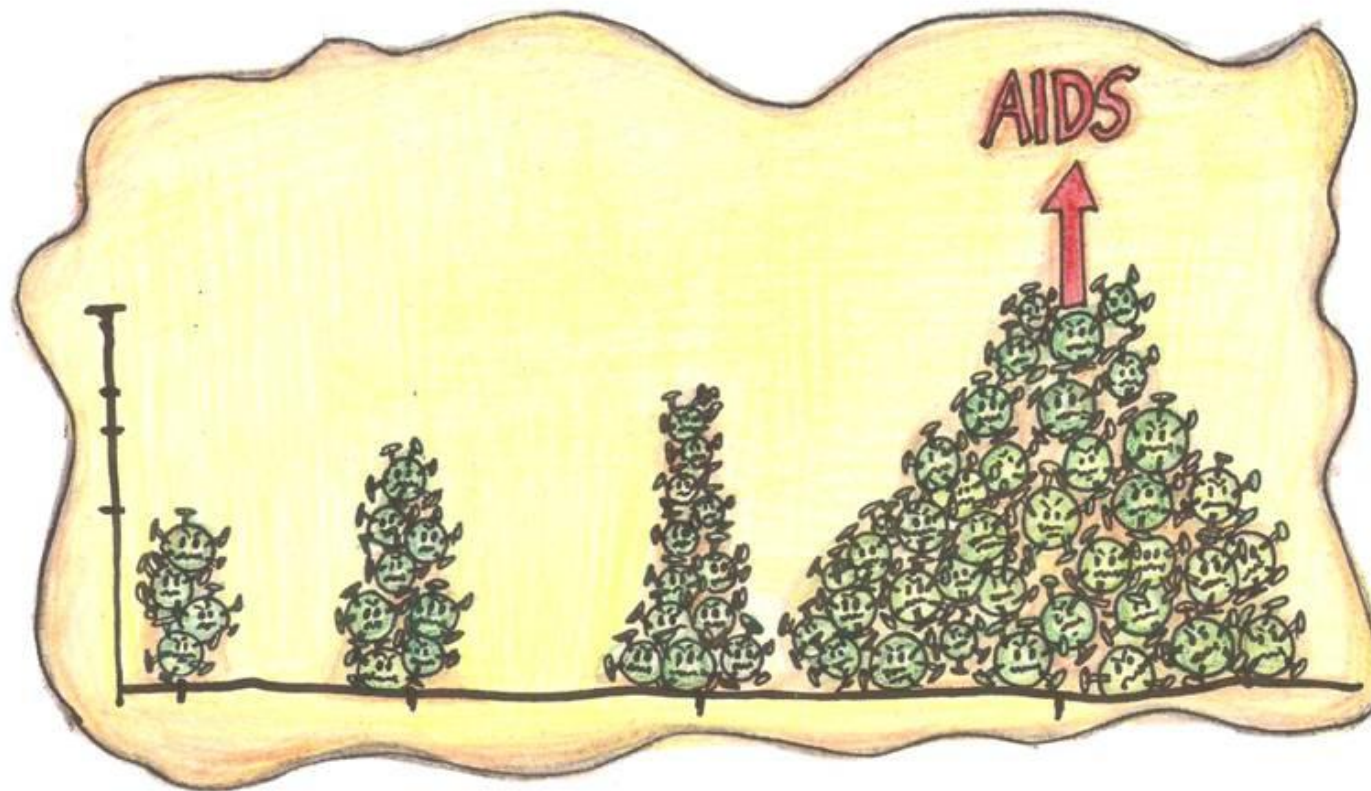
⌘ O que é CD4?

Os linfócitos T CD4 também chamados de CD4, são células de defesa do organismo. Essas células são como soldados que lutam para proteger o organismo de doenças causadas por outros vírus e bactérias. O HIV geralmente infecta as células CD4 passando a fazer parte dessas células, que quando se multiplicam para combater uma infecção, fazem mais cópias do HIV. Com o passar do tempo ocorre a diminuição do número de CD4 no organismo à medida que a quantidade do HIV no sangue vai aumentando. Quando a contagem do CD4 está muito baixa (menos de 200 células/mm³, por exemplo) a pessoa soropositiva para o HIV tem mais chance de ficar doente. Assim, o CD4 é um dos indicadores utilizados para identificar se um paciente tem risco ou não de progredir para o diagnóstico de aids e por isso deve ser monitorado, por meio de exames de sangue, juntamente com a carga viral.

⌘ O que é carga viral?

Carga viral refere-se à quantidade de HIV que está circulando no sangue. Ela é usada para monitorar a evolução da doença e ajuda os médicos a tomarem decisões com relação ao tratamento. A carga viral é medida juntamente com o CD4.

Atualmente, após o diagnóstico, independente da condição imunológica e da carga viral, é iniciado o tratamento com os antirretrovirais.

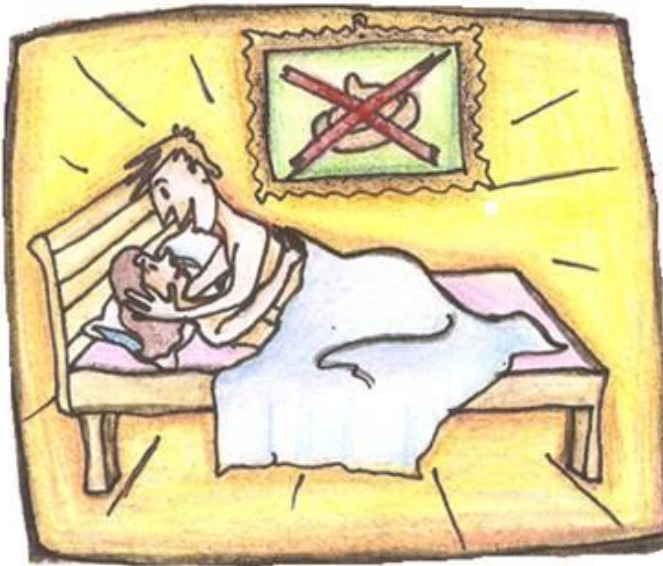


⌘ Por que a carga viral é uma medida importante?

Porque as variações na carga viral durante um determinado período de tempo são indicadores confiáveis da progressão da aids. Além disso, a redução na carga viral indica que a pessoa soropositiva para o HIV está tomando adequadamente os antirretrovirais, respeitando a dosagem e frequência de ingestão da medicação, conforme orientação médica. O objetivo do tratamento antirretroviral é atingir uma carga viral indetectável, ou seja, abaixo de 50 cópias por mililitro de sangue.

⚠ Quais os sintomas do HIV?

O HIV é um vírus silencioso, a maioria das pessoas pode ficar anos com ele no organismo sem sentir qualquer sintoma. Contudo, algumas pessoas manifestam uma alteração aguda à infecção, na qual podem ter febre alta (38°C a 40°C); faringite; manchas vermelhas na pele; inguvas nas axilas e pescoço; e/ou dores articulares, musculares e de cabeça. Os sintomas de infecção aguda pelo HIV geralmente surgem após 2 a 4 semanas da transmissão. Trata-se de um período no qual a carga viral está bastante elevada, o que aumenta muito a chance de infecção de outras pessoas.



Alguns dias depois...



⚠️ Quais os sintomas da aids?

Os sintomas mais comuns da aids são: fadiga, febre sem motivo aparente, diarreia persistente e/ou emagrecimento. Doenças oportunistas, como tuberculose ou pneumonia, também são sintomas da aids. Uma pessoa infectada pelo HIV pode ficar sem sinais ou sintomas (assintomática) por muitos anos (em média por cinco anos, podendo chegar até 8 ou 10 anos), sem fazer qualquer tratamento para o HIV. Na fase assintomática o vírus não está quieto, mas em processo de multiplicação no organismo e de destruição do sistema imunológico.

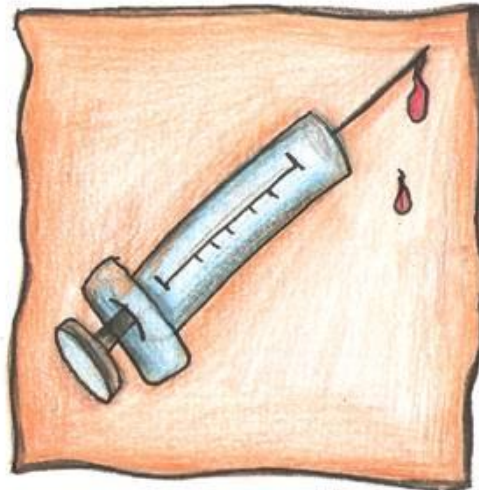


HIV/aids: causas e prevenção

⌘ Como ocorre a transmissão do HIV?

A transmissão do HIV se dá por três formas:

- 1) Relações sexuais (sexo oral, anal ou vaginal) com pessoa soropositiva para o HIV, sem uso de preservativo;
- 2) Uso de agulhas, seringas ou instrumentos perfurantes contaminados com o vírus HIV;
- 3) Transmissão do vírus HIV da mãe soropositiva para o filho durante a gravidez, parto ou amamentação.



⌘ **Quais as formas de prevenção do HIV?**

- Uso de preservativos em todas as relações sexuais;
- Não compartilhamento de seringas e materiais cortantes;



- No caso de gestantes soropositivas para o HIV, tratamento durante a gestação e não amamentação.



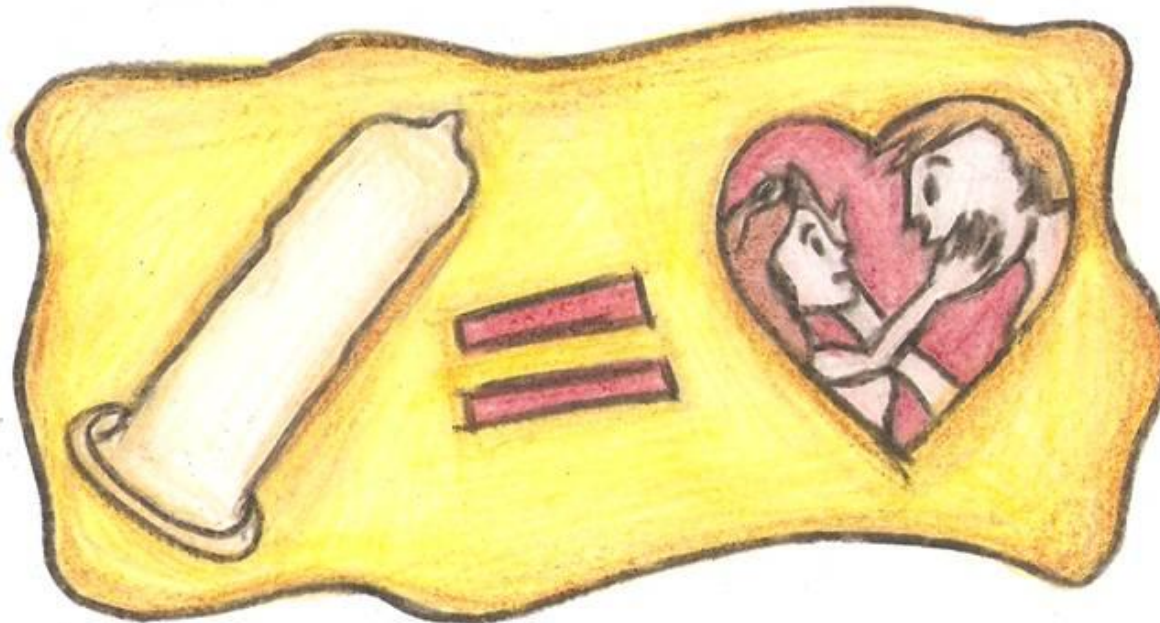
❖ **Existe grupo de risco no que se refere à contaminação pelo HIV?**

Não, não se fala mais em grupo de risco e sim em situação, contexto ou comportamento de risco. Hoje em dia sabe-se que qualquer pessoa que tiver algum comportamento de risco (como relações sexuais sem preservativo e uso de drogas injetáveis com compartilhamento de seringas) pode contrair o vírus do HIV.



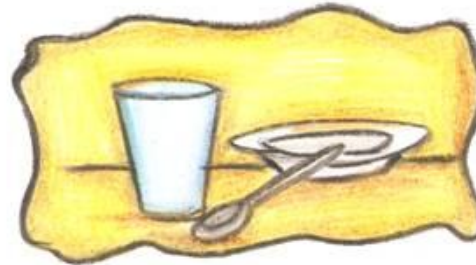
✘ É necessário usar preservativo durante as relações sexuais mesmo quando as duas pessoas são soropositivas?

Sim, pois existem diferentes tipos de HIV e durante as relações sexuais o casal pode reinfetar o parceiro(a), transmitindo um tipo de HIV diferente, podendo este ser até mais resistente ao tratamento. Além disso, o preservativo previne contra outras doenças sexualmente transmissíveis, como sífilis, gonorreia, HPV (papiloma vírus), hepes, entre outras.



⌘ Como não se pega o HIV?

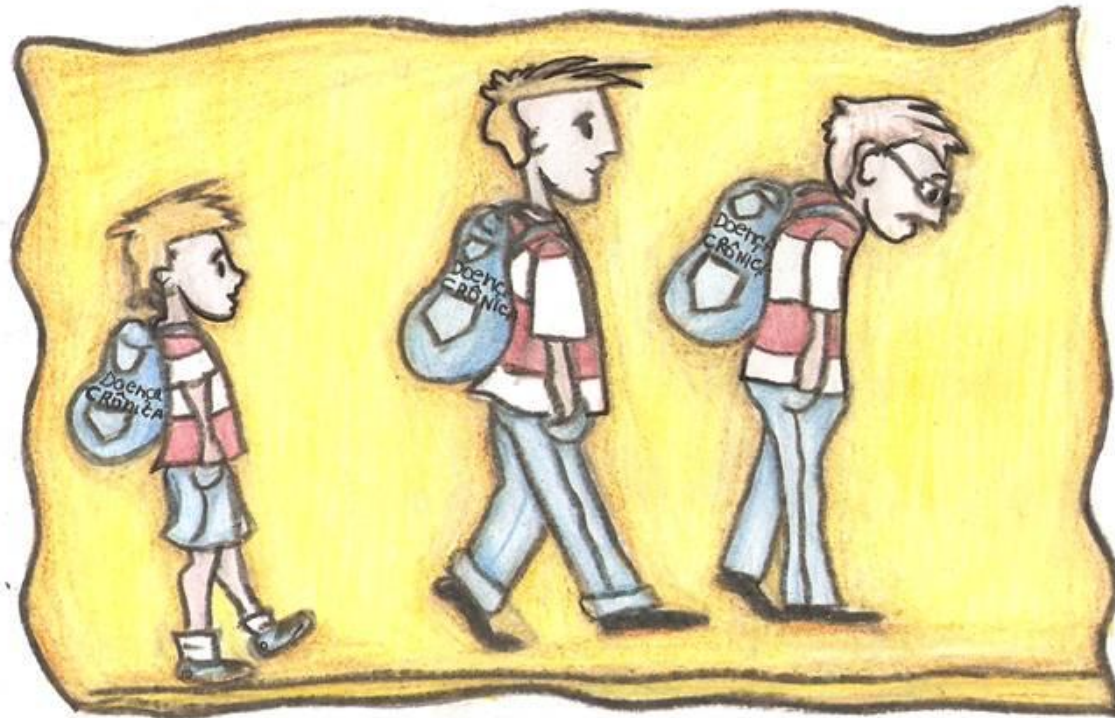
- Compartilhando utensílios de cozinha, como copos, pratos, talhares, etc.
- Ao usar o mesmo banheiro que uma pessoa soropositiva usa.
- Pelo ar.
- Através da roupa de cama ou toalhas usadas por uma pessoa soropositiva.
- Ao sentar em um lugar que um soropositivo sentou.
- Pelo beijo na boca, já que a quantidade de vírus do HIV presente na saliva boca é insuficiente para infectar outra pessoa.
- Pelo abraço.



Reflexões: o HIV/aids como uma doença crônica

⚡ O que é uma doença crônica?

Uma doença crônica é aquela que não tem cura, ou seja, dura para o resto da vida. Muitas delas têm tratamento e as pessoas acometidas podem viver com qualidade de vida e por muito tempo. São exemplos de enfermidades crônicas a diabetes, a hipertensão arterial e a aids.



Ⓜ O que ocorre na vida de uma pessoa quando ela descobre que tem uma doença crônica?

As doenças crônicas geralmente levam a grandes mudanças de hábitos na vida das pessoas que às possuem. No entanto, no caso de pessoas com HIV/aids, as orientações são as mesmas para qualquer pessoa que quer se manter saudável: boa alimentação, fazer atividade física, usar preservativo e dormir bem. Ter contatos sociais também é muito importante para a saúde emocional de qualquer pessoa. Além disso, tomar a medicação antiretroviral é fundamental para a manutenção da saúde.

Boa saúde = bem estar físico + bem estar emocional

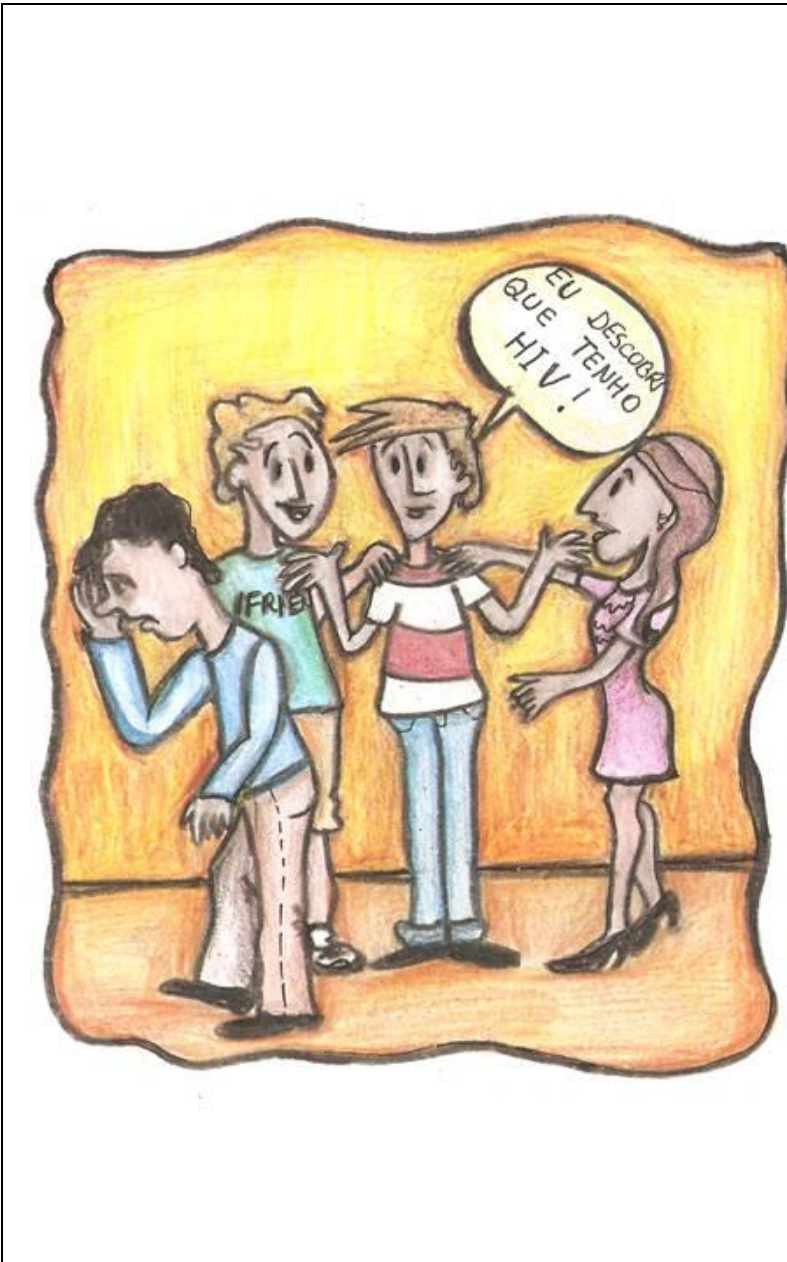


⌘ Como conviver com uma doença crônica, por toda a vida?

Cada pessoa lida de uma forma diferente com o diagnóstico de uma doença crônica. Isso costuma depender de suas experiências anteriores, de características de personalidade e da qualidade dos contatos sociais e familiares. Para auxiliar na adaptação a uma doença crônica e ao tratamento, as pessoas podem recorrer ao(a) companheiro(a), familiares e amigos; religião ou fé; e aos profissionais de saúde. Cabe a cada pessoa definir quais as melhores fontes de apoio em cada momento da vida. Além disso, realizar atividades prazerosas, trabalhar, estudar, fazer atividades manuais, se ocupar com plantas e/ou animais de estimação e/ou fazer exercícios físicos podem ajudar na adaptação à nova condição.



O diagnóstico de uma doença crônica, entre elas o HIV/aids, não é hoje em dia, na grande maioria das vezes, “estar condenado à morte” e sim uma boa oportunidade para o início de uma vida mais saudável!



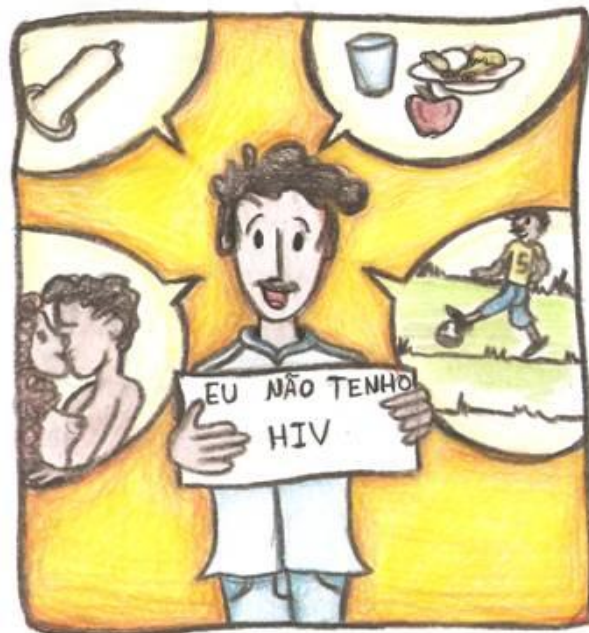
8 O que pode acontecer quando alguém que é soropositivo conta sobre a sua condição para outras pessoas?

Não é possível prever a reação dos outros diante da revelação de uma pessoa sobre a sua soropositividade para o HIV. Cabe a cada pessoa avaliar a situação e tomar a decisão se deseja contar para alguém ou guardar o diagnóstico para si mesmo. Muitos indivíduos são preconceituosos por terem ideias ultrapassadas sobre a doença, por estarem mal informadas e essas pessoas podem não reagir muito bem. Contudo, nem todos lidam com a revelação de uma maneira negativa. Assim, sugere-se que a revelação do diagnóstico seja feita para pessoas de confiança, que irão dar apoio e poderão auxiliar na adaptação à doença. O psicólogo poderá ajudar na revelação do diagnóstico para alguém, caso o paciente soropositivo solicite. Cabe ressaltar que nenhum profissional pode revelar o diagnóstico soropositividade sem a autorização do paciente.

Consequências: como o diagnóstico e o HIV/aids afetam a vida de uma pessoa soropositiva?

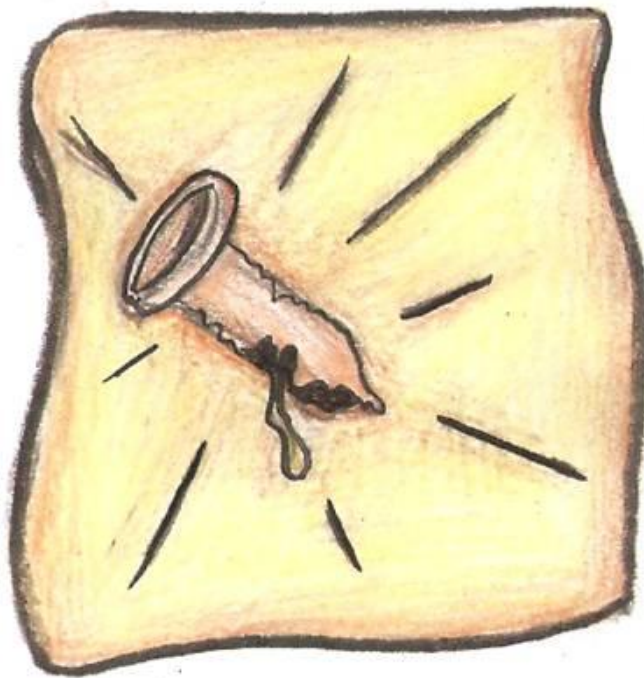
⚡ O que muda na vida de uma pessoa quando ela descobre que tem o vírus HIV?

Ocorrem algumas mudanças na vida de uma pessoa quando ela recebe o diagnóstico de HIV/aids, entre elas o indivíduo deverá ir regularmente ao serviço de saúde para acompanhamento com a equipe de profissionais, tomar a medicação antirretroviral e ter um estilo de vida saudável (fazer sexo sempre com preservativo, se alimentar adequadamente e fazer atividade física).



⌘ Como é a vida sexual de uma pessoa com HIV/aids após o diagnóstico?

A vida sexual de uma pessoa soropositiva deve ser como a de qualquer outra pessoa sem essa condição, devendo-se usar preservativo em todas as relações sexuais. Em caso de rompimento da camisinha durante o sexo com pessoas que são soronegativas deve-se procurar um serviço de saúde o mais rápido possível, em até 72 horas, para prevenção da infecção do(a) parceiro(a) por meio da profilaxia pós-exposição (PEP). Trata-se da ingestão de medicamentos antirretrovirais pela pessoa exposta ao vírus HIV, por 28 dias seguidos, sob orientação médica.



⌘ Uma pessoa que vive com HIV/aids consegue se aposentar por causa da doença?

Não. Hoje em dia, considerando a eficácia dos medicamentos antiretrovirais, uma pessoa soropositiva para o HIV pode trabalhar normalmente.



⌘ Um soropositivo para o HIV tem direito a algum benefício do governo?

Sim. Pessoas soropositivas para o HIV possuem direito ao passe livre, ou seja, podem usar o transporte público de graça no Distrito Federal. Além disso, podem sacar o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Para informações sobre esse benefício e outros o interessado deve procurar o serviço social da instituição no qual faz tratamento.



⚠️ Quais as mudanças que devem ser feitas na vida para prevenir o agravamento da saúde em pessoas com HIV/aids?

Para prevenir o agravamento da doença uma pessoa soropositiva deve seguir as recomendações dos profissionais de saúde, incluindo o uso da medicação conforme orientação. Além disso, levar uma vida saudável.



Em busca do controle da doença

⌘ O HIV tem cura?

Não, infelizmente até o momento não foi encontrada a cura para o HIV/aids.

⌘ Tem tratamento?

Sim, existe tratamento eficaz para o HIV/aids.

⌘ Como é feito o tratamento?

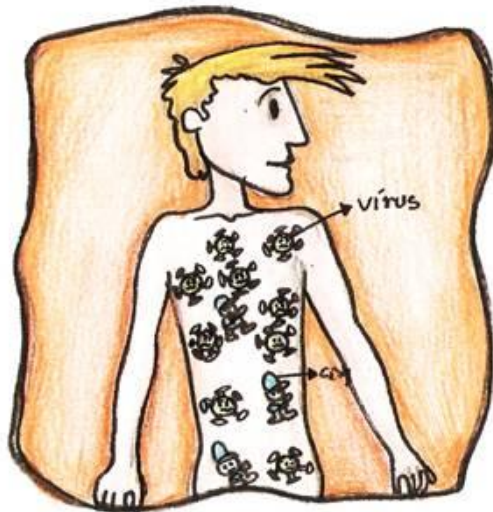
O tratamento é feito pelo uso de medicação antirretroviral.

⌘ Qual o momento ideal para começar a terapia antirretroviral (TARV) ?

A decisão para início da terapia antirretroviral irá depender da avaliação do médico. Porém, existe uma recomendação do Ministério da Saúde para início do tratamento antirretroviral, assim que a pessoa receber o diagnóstico, mesmo diante da ausência de sintomas da aids e independentemente da contagem de CD4 ou da carga viral.

⚡ O que os medicamentos antirretrovirais fazem no organismo?

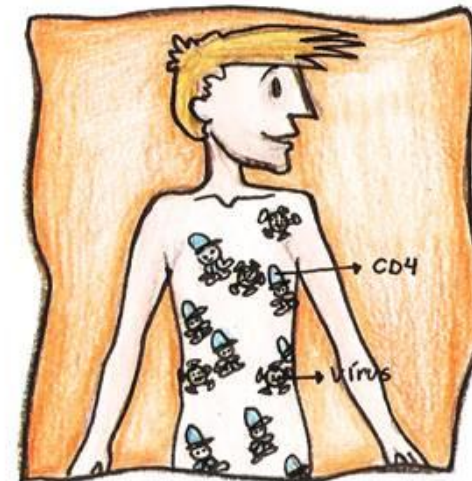
Os medicamentos antirretrovirais impedem que o HIV se reproduza dentro das células CD4, cessando sua multiplicação. Assim, com o uso da medicação antirretroviral a quantidade de HIV no sangue vai diminuindo a medida que a quantidade de células de defesa (CD4) vai aumentando, levando ao reestabelecimento do sistema imunológico.



Antes do tratamento antirretroviral, grande quantidade de HIV no organismo.



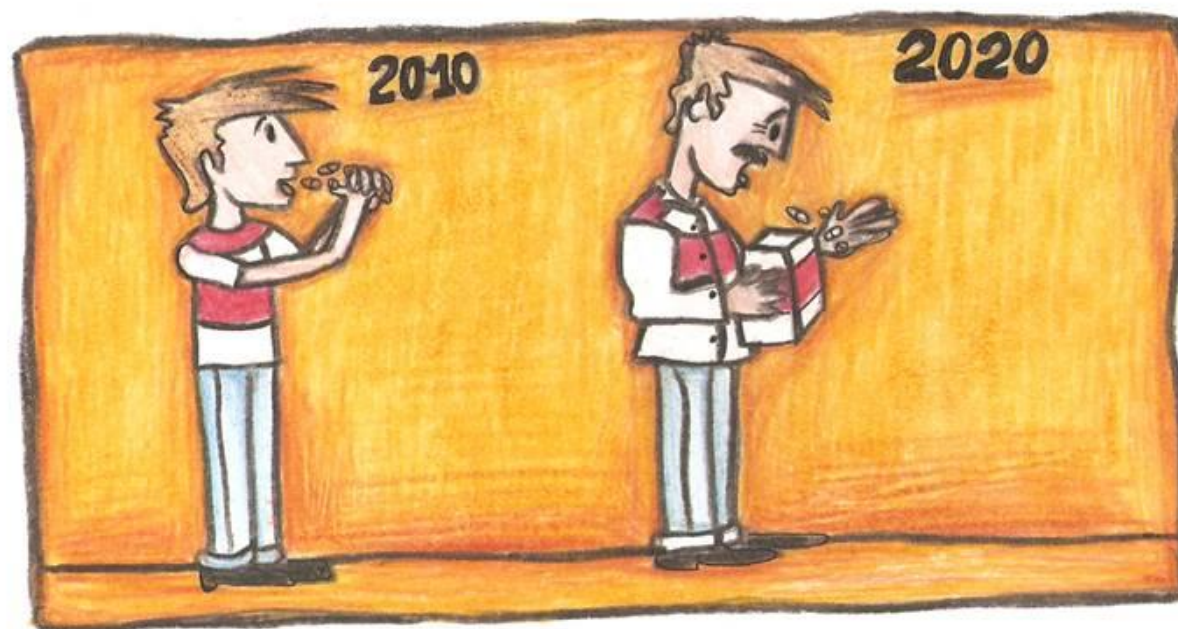
Ingestão dos antirretrovirais



Redução da quantidade de vírus HIV no organismo depois de iniciado o tratamento antirretroviral.

⌘ Por quanto tempo uma pessoa soropositiva deve tomar os medicamentos antirretrovirais?

Ela deverá tomar a medicação por toda a vida após início da TARV.



⌘ Os medicamentos possuem efeitos colaterais?

Alguns antirretrovirais podem causar alguns efeitos colaterais. A maioria desses efeitos são transitórios e ocorrem apenas em momentos iniciais do tratamento. Além disso, nem todas as pessoas irão senti-los. Quando uma pessoa está fazendo uso de antirretrovirais e sente algum tipo de desconforto ela deve conversar com o seu médico para confirmar se tais efeitos são decorrentes da medicação, e se for, o que é possível fazer para aliviá-los.

❖ Se uma pessoa não se adaptar aos antirretrovirais que o médico passou, ela deve abandonar o tratamento?

Não. Não se deve abandonar o tratamento por conta própria, ela deve conversar com o médico para que juntos possam encontrar uma solução, como, por exemplo, a troca do esquema antirretroviral.

❖ Tem algum problema ingerir bebida alcoólica quando estiver tomando os antirretrovirais?

Não tem problema ingerir bebida alcoólica quando estiver tomando os antirretrovirais. O álcool não prejudica os efeitos dos antirretrovirais. Contudo, recomenda-se uma ingestão moderada para que não ocorram outros problemas de saúde decorrentes do uso abusivo do álcool. Aconselha-se que se converse com os profissionais de saúde em caso do uso de álcool e/ou outras drogas para avaliação e orientação com relação aos níveis de consumo e possíveis prejuízos à saúde.



⌘ O que acontece se alguém esquecer de tomar o remédio de vez em quando?

Quando alguém esquece de tomar um comprimido e lembra de tomá-lo na próxima hora pode ingeri-lo. Caso esqueça por várias horas é melhor aguardar o próximo horário e não tomar o comprimido esquecido. Porém, é arriscado esquecer muitas vezes de tomar a medicação no mês, pois para que os antirretrovirais sejam eficazes é necessária a ingestão de pelo menos 95% das doses prescritas ao mês.



⌘ O que acontece se uma pessoa parar os antirretrovirais por conta própria por um tempo?

Se uma pessoa toma os antirretrovirais de maneira irregular, deixando de tomá-los frequentemente ou abandonando o tratamento de tempos em tempos, o HIV pode se tornar resistente àquele esquema e os medicamentos podem não fazer mais o efeito que deveria. Assim, pode ser necessário trocar o esquema. Caso isso ocorra muitas vezes pode chegar ao ponto de não haver mais muitas opções de esquemas antirretrovirais.

⌘ Existe um exame para saber se o HIV está resistente a um determinado esquema antirretroviral?

Sim, o teste se chama genotipagem, sendo este um instrumento utilizado pelo médico para definir um novo esquema antirretroviral que possa ser mais adequado para o paciente.

⌘ **Como é possível perceber se o tratamento não está funcionando?**

O tratamento pode não estar funcionando quando a pessoa faz uso correto e regular dos medicamentos antiretrovirais, respeitando rigorosamente as orientações médicas, e mesmo assim não ocorre a redução da carga viral e nem aumento do CD4.

⌘ **O HIV pode se tornar resistente mesmo em indivíduos que tomam adequadamente a medicação, como indicado pelo médico?**

Sim, os medicamentos antiretrovirais podem deixar de ser eficazes porque o vírus se torna resistente a determinado esquema terapêutico, o que é chamado de falha terapêutica.



⌘ Qual a minha responsabilidade no meu tratamento?

O sucesso de qualquer tratamento médico depende em grande parte do paciente. Os profissionais de saúde orientam a pessoa sobre o que deve fazer e como fazer, por exemplo, tomar os antirretrovirais em determinado horário e dosagem, mas cabe ao paciente colocar em prática as orientações recebidas. Porém, diante de qualquer tipo de dificuldade posterior que o indivíduo encontrar relacionada à sua doença é responsabilidade dos profissionais de saúde orientá-lo e auxiliá-lo, cada um dentro da sua competência/formação.



⌘ O controle da minha doença depende da medicação?

Sim, a principal forma de controle do HIV é por meio dos antirretrovirais, mas para que a doença seja controlada através da medicação é necessário que o paciente siga rigorosamente as orientações da equipe de saúde.

Preocupações frequentes de pessoas soropositivas e seus familiares

Pessoas soropositivas para o HIV possuem muitas preocupações quando recebem o diagnóstico, entre elas medo da morte, invalidez, solidão e discriminação.

⚠ **Receber o diagnóstico de HIV é estar condenado à morte?**

Não, como já dito, o HIV/aids tem tratamento e quanto mais cedo a pessoa receber o diagnóstico e começar o acompanhamento com profissionais de saúde melhor, reduzindo as chances de maiores complicações decorrentes dos efeitos do vírus no organismo. É claro que se a pessoa não se cuidar, não seguir as recomendações médicas, não tomar adequadamente a medicação, como em outras doenças crônicas, ela corre grande risco de morrer.

⚠ **Alguém que tem o diagnóstico de HIV/aids irá ficar inválido?**

Provavelmente não, se seguir as recomendações médicas e tiver uma boa adesão ao tratamento. Algumas pessoas desenvolvem problemas de saúde, como problemas de visão e de locomoção, como sequelas de doenças oportunistas. Cabe lembrar mais uma vez, a importância do diagnóstico precoce, bem como do início do acompanhamento médico e psicossocial para a prevenção de doenças oportunistas.



✶ **Pessoas que tem HIV/aids devem ficar isoladas, para evitar a discriminação?**

Não, pessoas que vivem com o HIV/aids devem levar uma vida normal, semelhante a que levavam antes da soropositividade, com a diferença de que terão que tomar a medicação antirretroviral quando indicado, além de usar preservativo nas relações sexuais e adotar outras práticas preventivas como: não compartilhar materiais cortantes (como lâmina de barbear) ou seringas, no caso de uso de drogas injetáveis.



✶ **Mas como levar uma vida normal se existem pessoas que podem discriminar?**

Existem formas diferentes de lidar com o diagnóstico de HIV. Algumas pessoas decidem por revelá-lo abertamente para várias pessoas, outras decidem contar para apenas uma ou duas pessoas, enquanto outros indivíduos resolvem manter o diagnóstico em segredo. Aquelas que o revelam o diagnóstico e sofrem algum tipo de preconceito podem adotar medidas legais para cessar qualquer tipo de discriminação. Numa situação de discriminação converse com profissionais de saúde, como o psicólogo, que poderá orientar e auxiliá-lo(a) a lidar com o problema.

⌘ Como posso lidar com as preocupações relacionadas ao HIV/aids?

Uma das formas para lidar com preocupações é dividindo-as com pessoas confiáveis, como amigos e familiares. Caso queira um auxílio profissional, sugere-se que procure um psicólogo(a) de um serviço especializado em HIV/aids, que ajudará na construção de uma visão realista em relação à doença e seu tratamento, o que pode ajudar a reduzir as preocupações. Seguem algumas dicas para lidar com as preocupações relacionadas ao HIV/aids:

- Compartilhe suas preocupações com pessoas de confiança;
- Obtenha informações de fontes confiáveis;
- Procure ocupar o tempo com atividades de seu interesse que distraem e que sejam preferencialmente prazerosas.



Emoções comuns: como lidar com elas?

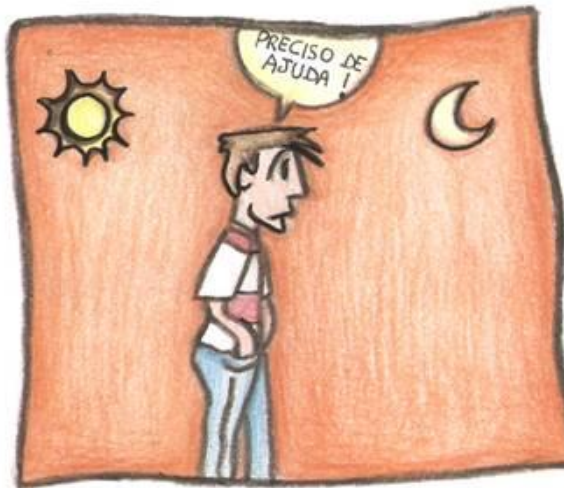
⌘ Quais as emoções mais frequentes em pessoas que recebem o diagnóstico de HIV/aids?

Quando as pessoas recebem o diagnóstico de HIV/aids a maioria delas expressa sentimentos como raiva/revolta, culpa, tristeza e medo.

Raiva/revolta e culpa- Depois de receber o diagnóstico de HIV muitas pessoas sentem raiva da pessoa que transmitiu o vírus e muitas vezes ficam revoltadas se questionando: por que comigo? Esse tipo de sentimento é comum, cabendo lembrar que toda pessoa que tem algum comportamento de risco (como fazer sexo sem preservativo e/ou compartilhar seringas) está vulnerável à infecção pelo HIV.

Tristeza- Sentir-se triste após saber do diagnóstico de HIV é esperado, sendo essa uma resposta natural à frustração, decepção, culpa, sentimento de perda, ou seja, é uma maneira de se demonstrar insatisfação com algum evento da vida. A tristeza tende a passar com o tempo. Contudo, alguns sintomas podem indicar um problema que vai além da tristeza, a depressão.





Depressão- A depressão é caracterizada por uma tristeza que tende a persistir por meses, levando a um considerável sofrimento que atrapalha as atividades diárias e o relacionamento com outras pessoas, leva a perda de prazer em atividades que antes eram prazerosas, à sensação de cansaço ou “perda de energia”, além de alterações do sono e do apetite. Quando uma pessoa tem algum desses sintomas é fundamental procurar ajuda no serviço no qual faz tratamento para o HIV/aids.



Medo- O medo é outro sentimento bastante presente após o diagnóstico de HIV/aids, muitas pessoas expressam o medo da morte, medo de ficar incapacitado, medo de ficar sozinho, medo de não conseguir retomar a sua vida, entre outros. Os medos em geral são muitas vezes irracionais e podem levar ao aumento da ansiedade.

Ansiedade- A ansiedade é uma característica comum do ser humano em situações que são avaliadas como sendo de perigo real ou imaginário. Os sintomas da ansiedade podem ser físicos (como: aperto no peito, batimento acelerado do coração, mãos frias, suor excessivo e mal estar no estômago) e psicológicos (como: medo e sensação de ameaça). A ansiedade é muito comum em pessoas que vivem com o HIV/aids em função das incertezas em relação à progressão da doença, do medo do tratamento, de alterações corporais e da morte.



Estresse- O estresse nem sempre é algo negativo, ele é uma resposta à uma mudança muito grande no ambiente ou na vida da pessoa. Assim, diante de um estressor, por exemplo, o diagnóstico de HIV/aids ou uma doença oportunista, surge a necessidade de adaptação do indivíduo. Como na ansiedade, os sintomas de estresse podem ser físicos (como: cansaço, perda ou ganho de peso, alterações no funcionamento do intestino, problemas no estômago e baixa resistência) ou psicológicos (como: irritabilidade, insatisfação, falhas de concentração e de memória).

Após o diagnóstico de HIV/aids o paciente pode apresentar uma série de emoções e problemas psicológicos. Contudo, a reação de cada pessoa é única e imprevisível, o que irá depender de fatores como suas experiências anteriores e da presença de uma rede de suporte adequada. Diante de qualquer alteração emocional, seja do próprio paciente ou dos seus familiares, aconselha-se a busca do serviço de saúde especializado no tratamento de HIV/aids, para avaliação e encaminhamento para acompanhamento psicológico e psiquiátrico, se necessário.

Em resumo...

- ✘ A aids é uma doença crônica, ou seja, não tem cura, mas tem tratamento.
- ✘ Para evitar o agravamento da doença a pessoa que vive com HIV deve seguir rigorosamente as orientações médicas e dos profissionais de saúde, especialmente com relação ao uso da medicação antirretroviral. Assim, o indivíduo com HIV deverá ir regularmente ao serviço de saúde, tomar a medicação antirretroviral e ter um estilo de vida saudável (fazer sexo sempre com preservativo, se alimentar adequadamente e fazer atividade física).
- ✘ Ressalta-se que alterações emocionais são comuns após o diagnóstico de HIV/aids, como: preocupação, raiva, tristeza e medo; o que pode levar ao desenvolvimento de alguns problemas psicológicos, como ansiedade, depressão e estresse. Porém, existem profissionais de saúde qualificados para o atendimento dessas demandas nos serviços de saúde e por isso aconselha-se a procura dos mesmos diante de qualquer alteração emocional, seja do paciente ou do familiar.
- ✘ Cabe lembrar que as pessoas lidam de diferentes formas com o diagnóstico de uma doença e para auxiliá-los nesse momento é importante o apoio de pessoas confiáveis, como amigos, familiares e profissionais de saúde, entre eles, o psicólogo.



Dicas para pessoas soropositivas para o HIV

- Não se isole: procure apoio em pessoas de confiança;
- Faça planos para o futuro;
- Faça coisas que você gostava de fazer antes de receber o diagnóstico, afinal de contas sua vida continua;
- Esclareça todas as suas dúvidas e peça auxílio dos profissionais de saúde, eles estão ali para ajudá-lo;
- Procure informações com os profissionais do serviço de saúde sobre instituições de apoio a pessoas soropositivas, conheça outras pessoas e busque modelos de superação, isso pode ajudar você a enfrentar e se adaptar ao diagnóstico.



Divirta-se, mas não se esqueça do preservativo.

Referências

- Grupo pela Vida. *Perguntas e respostas*. Retirado de: http://www.aids.org.br/perguntas_e_respostas.html
- Lima, A. L. L. M., Wunsch, C. T., Gutierrez, E. B., & Leite, R. M. (1996). Epidemiologia. Em A. L. L. M. Lima, C. R. V. Kiffer, D. E. Uip, M. G. Oliveira & R. M. Leite (Orgs.), *Perguntas e Respostas HIV/aids* (pp. 1-29). São Paulo, SP: Atheneu.
- Merck, Sharp & Dohme Corporation. (2013). *AIDS/HIV*. Retirado de: http://www.msdonline.com.br/pacientes/sua_saude/aidshiv/paginas/carga_viral.aspx
- Ministério da Saúde. (2008a). *Recomendações para a terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV*. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids/Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2008b). *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids*. Brasília: Programa Nacional de DST e aids.
- Ministério da Saúde. (2012). *Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/aids*. Retirado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_mental_servicos_dst.pf

Anexo M

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Avaliação do Manual Psicoeducativo sobre HIV/aids

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Brasília, DF, _____, de _____ de _____.

Prezado(a) Senhor(a),

As pessoas apresentam diferentes percepções sobre a sua doença, que podem ser indicativas de como elas lidam com a mesma, sendo que intervenções psicológicas podem auxiliar as pessoas a desenvolverem uma postura mais adaptativa frente à ameaça da doença. Assim, estamos realizando um estudo com objetivo de avaliar os efeitos de uma intervenção psicológica sobre a percepção de doença de pessoas que vivem com HIV/aids. Sua participação é muito importante, pois ajudará na construção de um manual psicoeducativo que será utilizado nesse estudo.

A pesquisa está sendo coordenada pela psicóloga Graziela Sousa Nogueira (matrícula 12/0062666) sob orientação da professora Eliane Maria Fleury Seidl, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Este é um convite para que o(a) senhor(a) participe desta pesquisa, avaliando a adequação da linguagem e das ilustrações do manual psicoeducativo sobre HIV/aids, desenvolvido especialmente para o estudo, contribuindo para o aprimoramento do mesmo. A versão final desse manual será utilizada em outra etapa da pesquisa (intervenção psicológico em grupo) e futuramente disponibilizado para uso em instituições que prestam atendimento a pessoas que vivem com HIV/aids. Ressaltamos que todas as informações fornecidas são sigilosas e que o anonimato dos participantes está garantido.

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o(a) senhor(a) não terá direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não acarretará em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a equipe de pesquisa. Qualquer dúvida ou informação complementar sobre a pesquisa pode ser respondida pelas psicólogas Graziela Sousa Nogueira ou Eliane Maria Fleury Seidl através do telefone (061)8100 3517, no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (Campus universitário Darcy Ribeiro, Instituto Central de Ciências Sul, prédio minhocão, Brasília-DF) ou ainda, pelo endereço eletrônico: grazysousa@yahoo.com.br. Outros esclarecimentos sobre a pesquisa podem ser dados pelo Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, através do telefone (061) 3107 1947 ou cepfs@unb.br.

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente a sua valiosa colaboração neste trabalho.

Eliane Maria Fleury Seidl
Psicóloga CRP 01 766
Professora IP/UNB

Graziela Sousa Nogueira
Psicóloga CRP 01 14844
Doutoranda IP/UNB

Sim, aceito participar deste estudo.

Nome: _____ tel: _____

Assinatura: _____

Anexo N

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Avaliação do Protocolo de Pesquisa

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Brasília, DF, _____, de _____ de _____ .

Prezado(a) Senhor(a),

As pessoas apresentam diferentes percepções sobre a sua doença, que podem ser indicativas de como elas lidam com a mesma, sendo que intervenções psicológicas podem auxiliar as pessoas a desenvolverem uma postura mais adaptativa frente à ameaça da doença. Assim, estamos realizando um estudo com objetivo de avaliar os efeitos de uma intervenção psicológica sobre a percepção de doença de pessoas que vivem com HIV/aids. Sua participação é muito importante, pois ajudará na construção de um manual psicoeducativo que será utilizado nesse estudo.

A pesquisa está sendo coordenada pela psicóloga Graziela Sousa Nogueira (matrícula 12/0062666) sob orientação da professora Eliane Maria Fleury Seidl, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Este é um convite para que o(a) senhor(a) participe desta pesquisa, auxiliando na avaliação da viabilidade do protocolo de pesquisa utilizado nessa investigação. Ressaltamos que todas as informações fornecidas são sigilosas e que o anonimato dos participantes está garantido.

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o(a) senhor(a) não terá direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não acarretará em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a equipe de pesquisa. Qualquer dúvida ou informação complementar sobre a pesquisa pode ser respondida pelas psicólogas Graziela Sousa Nogueira ou Eliane Maria Fleury Seidl através do telefone (061)8100 3517, no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (Campus universitário Darcy Ribeiro, Instituto Central de Ciências Sul, prédio minhocão, Brasília-DF) ou ainda, pelo endereço eletrônico: grazysousa@yahoo.com.br. Outros esclarecimentos sobre a pesquisa podem ser dados pelo Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, através do telefone (061) 3107 1947 ou cepfs@unb.br.

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente a sua valiosa colaboração neste trabalho.

Eliane Maria Fleury Seidl
Psicóloga CRP 01 766
Professora IP/UNB

Graziela Sousa Nogueira
Psicóloga CRP 01 14844
Doutoranda IP/UNB

Sim, aceito participar deste estudo.

Nome: _____ tel: _____

Assinatura: _____

Anexo O

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Grupo Experimental 1, Grupo Experimental 2 e Grupo Controle

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Brasília, DF, _____, de _____ de _____ .

Prezado(a) Senhor(a),

As pessoas apresentam diferentes percepções sobre a sua doença, que podem ser indicativas de como elas lidam com a mesma, sendo que intervenções psicológicas podem auxiliar as pessoas a desenvolverem uma postura mais adaptativa frente à ameaça da doença. Assim, estamos realizando um estudo com objetivo de avaliar os efeitos de uma intervenção psicológica sobre a percepção de doença de pessoas que vivem com HIV/aids. Sua participação é muito importante, pois ajudará na construção de uma intervenção psicológica que poderá ser usada também por psicólogos em outras instituições de saúde que prestam atendimento a pessoas soropositivas. A pesquisa está sendo coordenada pela psicóloga Graziela Sousa Nogueira (matrícula 12/0062666) sob orientação da professora Eliane Maria Fleury Seidl, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Este é um convite para que o(a) senhor(a) participe desta pesquisa, respondendo aos questionários que fazem parte do estudo em quatro momentos, antes da realização do grupo (que terá duração de dois meses com um encontro por semana), após o término do grupo, após seis meses e após um ano. O senhor(a) poderá ser sorteado para participar do primeiro grupo ou do segundo grupo de intervenção psicológica. Caso não seja sorteado para participar do primeiro grupo, você ficará em fila de espera, aguardando a convocação para participar em um segundo momento. Contudo, também participará da pesquisa, respondendo aos questionários nos dois momentos: antes e após a realização do grupo. É assegurado seu direito de receber atendimento psicológico individual, caso necessite, em qualquer momento da pesquisa. O encontro respeitará a sua conveniência e disponibilidade de tempo. As sessões de grupo serão gravadas em áudio, sendo assim, ao assinar esse termo o senhor(a) está autorizando este procedimento. Ressaltamos que todas as informações fornecidas são sigilosas e que o anonimato dos participantes está garantido.

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o(a) senhor(a) não terá direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não acarretará em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o(a) senhor(a) e a outra com a equipe de pesquisa. Qualquer dúvida ou informação complementar sobre a pesquisa pode ser respondida pelas psicólogas Graziela Sousa Nogueira ou Eliane Maria Fleury Seidl através do telefone (061)8100 3517, no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (Campus universitário Darcy Ribeiro, Instituto Central de Ciências Sul, prédio minhocão, Brasília-DF) ou ainda, pelo endereço eletrônico: grazysousa@yahoo.com.br. Outros esclarecimentos sobre a pesquisa podem ser dados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, através do telefone (061) 3107 1947 ou cepfs@unb.br.

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente a sua valiosa colaboração neste trabalho.

Eliane Maria Fleury Seidl
Psicóloga CRP 01 766
Professora IP/UNB

Graziela Sousa Nogueira
Psicóloga CRP 01 14844
Doutoranda IP/UNB

Sim, aceito participar deste estudo.

Nome: _____ tel: _____

Assinatura: _____

Anexo P**Matriz de Vantagens e Desvantagens para Aderir aos Antirretrovirais**

Para você, quais as vantagens e as desvantagens de aderir e não aderir aos antirretrovirais?

	Vantagens	Desvantagens
Aderir aos antirretrovirais		
Não aderir aos antirretrovirais		

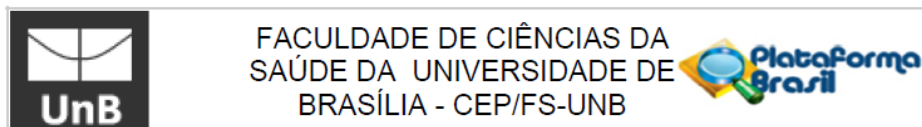
Anexo Q

Diário de Pensamentos Disfuncionais

Data/hora	Situação (onde estava? com quem estava? E fazendo o que?)	Pensamentos (o que estava passando pela sua cabeça?)	Sentimentos (o que você sentiu? Qual a intensidade do sentimento 0- 10?)	Comportamento (o que você fez?)

Anexo R

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITOS DE INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL SOBRE A PERCEPÇÃO DE DOENÇA DE PESSOAS COM HIV/AIDS

Pesquisador: Graziela Sousa Nogueira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13480513.1.0000.0030

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia -UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 331.052

Data da Relatoria: 02/07/2013



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

Continuação do Parecer: 331.052

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 10 de Julho de 2013

Assinador por:
Natan Monsores de Sá
(Coordenador)