



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DOUTORADO EM PSICOLOGIA

GRAZIELLY RITA MARQUES GIOVELLI

TESE DE DOUTORADO

**PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA SOB A ABORDAGEM
COGNITIVO - COMPORTAMENTAL PARA PESSOAS QUE VIVEM COM
HIV/AIDS**

Prof^o Dr. Gabriel José Chittó Gauer

Porto Alegre

2012

GRAZIELLY RITA MARQUES GIOVELLI

**PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA SOB A ABORDAGEM
COGNITIVO - COMPORTAMENTAL PARA PESSOAS QUE VIVEM COM
HIV/AIDS**

Tese de Doutorado apresentada ao
programa de Pós-graduação em Psicologia
da Faculdade de Psicologia da PUCRS para
obtenção do grau de Doutor em Psicologia

Orientador: Prof^o Dr. Gabriel José Chittó Gauer

Porto Alegre

2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA SOB A ABORDAGEM
COGNITIVO - COMPORTAMENTAL PARA PESSOAS QUE VIVEM COM
HIV/AIDS**

Banca Examinadora

Profº Dr. Gabriel José Chittó Gauer
Programa de Pós-graduação em Psicologia
Orientador Presidente

Profº Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti
Programa de Pós-graduação em Psicologia
UNISINOS

Profº Dra .Hericka Zogbi Jorge Dias
Programa de Pós-graduação em Psicologia
Universidade Federal De Santa Maria -UFSM

Prof ºDra. Andréa Fachel Leal
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS

“Para compreender a fala de outrem não basta entender as suas palavras – temos que compreender o seu pensamento. Mas nem mesmo isso é suficiente – também é preciso que conheçamos a sua motivação. Nenhuma análise psicológica de um enunciado estará completa antes de se ter atingido esse plano (Vygotsky (2000) ”

Ao meu grande amor Alexandre, pelo amor incondicional e respeito ao meu trabalho e aos frutos deste amor, aos nossos filhos, Valentina e(seis semanas de gestação) quem trouxeram maior sentido as nossas vidas.

Aos meus pais, Ademar e Tânia pelo amor incondicional e aos meus irmãos (compadres) Ademar Junior e Michael pela parceria de sempre.

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho, pude contar com o apoio e o carinho de muitas pessoas. Para tanto agradeço a cada uma pela especial participação nesta etapa, tão importante, de minha vida.

Ao meu orientador, pela compreensão, autonomia e confiança que sempre me proporcionou para a realização deste estudo.

A minha colega e grande amiga e irmã Prísla Ucker Calvetti que tive a satisfação de conhecer e de construir uma aliança sólida e consistente para a realização desta tese de doutorado. Sou imensamente feliz por ter compartilhado com ela todas as etapas deste estudo e aprendido muito como profissional e em especial como pessoa.

Em especial, aos bolsistas de iniciação científica, Jamille Ovadia Moraes, Clarissa Trevisan da Rosa e Pedro Augusto Marini pela forma responsável e dedicada que se demonstraram em todas as etapas do estudo. E, a colega Tarcia agradeço sua disponibilidade em sempre me auxiliar no que fosse necessário.

Ao professor estatístico João Feliz Moraes que contribuiu para a análise dos dados, e por sua motivação nas discussões integradoras entre resultados e o campo da pesquisa.

Ao professor Eduardo Remor pela troca de ideias na elaboração das pesquisas na área deste estudo.

Aos financiamentos:

CNPq Edital MCT/CNPq 03/2008 - Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas, processo número 400325/2008-0 e a obtenção de bolsa de Iniciação Científica pelo PIBIC/CNPq (129884/2009-0).

Centro de Estudos de Aids/DST do Rio Grande do Sul (CEARGS)/Universidade da Califórnia em São Francisco, por meio do projeto “*International Clinical, Outcomes and Health Services Research and Training Award from the John E. Fogarty*”

International Center of the United States National Institutes of Health'
(5D43TW005799).

À instituição apoiadora ATP - Empresa Associação dos Transportadores de Passageiros de Porto Alegre pela ajuda de custo por meio de vale-transporte fornecido.

Ao SAPP – Serviço de Atendimento Psicológico e Pesquisa da PUCRS pela disponibilização de salas para coleta de dados com os participantes da pesquisa.

À doutora Cândida Neves e ao doutor Gabriel Narvaez representando o Ambulatório de Infectologia do HSL-PUCRS pelo apoio constante e o engajamento da sua equipe do serviço de saúde e ao acolhimento que esta proporcionou para a nossa equipe em coleta no campo.

Ao doutor Breno Riegel pelo apoio a este estudo e a sua equipe pelo acolhimento no Ambulatório de Infectologia do GHC.

Ao GAPA/RS por proporcionar mais um local para a coleta deste estudo e apoio a nossa equipe e também por ter me proporcionado grande conhecimento na área de HIV/Aids.

Ao PPGP-PUCRS pela estrutura oferecida e apoio da secretaria e professores, em especial à querida Profa. Margareth de Oliveira.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, por viabilizar financeiramente a realização deste estudo.

À PUCRS pelo acolhimento e a estrutura oferecida para a realização do doutorado. Sou grata pela instituição por fazer parte da minha trajetória de formação acadêmica desenvolvida com qualidade.

A todos os participantes desta pesquisa, pela contribuição em aceitar participar do estudo.

Muito obrigada!

RESUMO

Esta tese de doutorado objetivou avaliar o programa de intervenção psicológica sob abordagem da Terapia Cognitivo-comportamental para a adesão ao tratamento e qualidade de vida em pessoas que vivem HIV/Aids. Para tanto, apresenta-se em três seções, sendo uma teórica, e duas com resultados empíricos. A seção I, a qual trata-se de uma revisão teórica, discute as contribuições das intervenções psicossociais na vida das pessoas que vivem com HIV/Aids sob perspectiva de Saúde Pública. A seção II relata o estudo empírico que teve como objetivo geral conhecer e analisar os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos em relação ao tratamento de saúde das pessoas que vivem com HIV/Aids. Dentre os objetivos específicos estão: avaliar as características sociodemográficas e a situação clínica, bem como investigar a relação de mudança entre o pensamento disfuncional e o pensamento alternativo em relação ao tratamento de saúde desta população. Estudo de caráter qualitativo, teve uma amostra de 11 participantes soropositivos para o HIV. Os instrumentos utilizados para esta parte da análise foram: Técnicas de Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) em relação à adesão ao tratamento e Registro de Pensamentos Alternativos para adesão ao tratamento. Foi possível concluir que a Técnica proposta para identificar e trabalhar os pensamentos automáticos com os participantes em questão cumpriu com eficácia seu objetivo, pois todos os participantes conseguiram criar pensamentos alternativos para enfrentarem sua condição sorológica, bem como seu tratamento e os aspectos psicossociais envolvidos neste cenário. Ou seja, à medida que o indivíduo a partir de uma situação possa identificar seus pensamentos automáticos (os quais podem estar disfuncionais), os sentimentos e comportamentos oriundos destes pensamentos e consegue inserir o pensamento alternativo tem a possibilidade de lidar com mais facilidade com as situações. A seção III relata o estudo empírico que avaliou a contribuição de um Programa de Intervenção Psicológica sob abordagem da Terapia Cognitivo - comportamental para a adesão ao tratamento e qualidade de vida em pessoas que vivem HIV/Aids. O presente estudo utilizou uma abordagem qualitativa e caracteriza-se como descritivo exploratório com a utilização da técnica de entrevista semi-estruturada. Os sujeitos do estudo foram 11 participantes soropositivos para o HIV, com idade entre 18 e 60 anos, em tratamento antirretroviral. Como Programa de Intervenção Psicológica e Medidas de Avaliação foram utilizados: Intervenção Psicológica sob abordagem da Terapia Cognitivo-comportamental para

peças que vivem com HIV/Aids; Entrevista de Avaliação da Intervenção Psicológica sob abordagem da Terapia Cognitivo-comportamental para peças que vivem com HIV/Aids. Os resultados mostraram que o Programa teve uma contribuição importante, tanto para a identificação como para mudanças dos pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação à adesão ao tratamento, bem como o suporte social e qualidade de vida das peças atendidas.

Palavras-chaves: HIV/Aids; Intervenção psicológica; Adesão ao tratamento; Qualidade de vida.

Área do conhecimento: Psicologia (7.07.00.00-1)

ABSTRACT

This doctoral thesis aimed at evaluate the psychological intervention program to adherence to treatment and quality of life of people living with HIV/Aids using the Cognitive-behavioral therapy approach. Thus, there are three sections: one is theoretical and the other two sections are about empiric results. Section I, which is a theoretical review, discuss the psychosocial interventions contributions in life of people living with HIV/Aids under the Public Health perspective. Section II reports the empiric studies that aimed at understanding and analyzing thoughts, feelings and behaviors related to the health treatment of people living with HIV/Aids. Amongst specific aims are: evaluate sociodemographic characteristics and clinical situations, and also investigate the changing relation between dysfunctional thinking and alternative thinking related to the health treatment of this population. A qualitative study that had a sample of 11 HIV seropositive participants. The instruments used for this part of analyze were: techniques of Dysfunctional Thoughts Recording (RPD) related to the adherence to treatment and Alternative Thoughts Recording to the adherence to treatment. One was able to infer that the Technique proposed to identify and manipulate automatic thoughts with the participants has fulfill its purpose because all participants were able to create alternative thoughts to face his/her serologic condition, as well as the treatment and the psychosocial aspects in this scenario. As the individual in a certain situation is able to identify his/her automatic thoughts (which may be dysfunctional), he may be able to insert alternative thoughts in order to deal better with situations, feelings and behaviors arising from those thoughts. Section III reports the empiric study that evaluated the contribution of a Psychological Intervention Program to adherence to treatment and quality of life of people living with HIV/Aids using the Cognitive-behavioral therapy approach. This study used a qualitative approach and it is characterized as descriptive-exploratory and it uses semi-structured interview technique. There were 11 subjects of study, HIV sorepositives, with ages between 18 and 60 years old, in antiretroviral therapy. As Psychological Intervention Program and Evaluation Measures it was used: psychological intervention under the Cognitive-behavioral therapy approach for people living with HIV/Aids; evaluation interview of psychological intervention under the Cognitive-behavioral therapy approach for people living with HIV/Aids. Results showed the Program made and important contribution to identify and change thoughts,

feelings and behaviors related to the adherence to treatment, as well as social support and quality of life of people heeded.

Keywords: HIV/Aids. Psychological intervention; Adherence to treatment; Quality of life.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	14
LISTA DE SIGLAS.....	16
INTRODUÇÃO.....	17
SEÇÃO 1 - REVISÃO TEÓRICA	
Contribuições das intervenções psicossociais na vida das pessoas que vivem com HIV/Aids sob perspectiva de Saúde Pública.....	23
Introdução.....	23
Aspectos biopsicossociais do HIV/Aids.....	25
Intervenções psicossociais no contexto de infecção por HIV/Aids.....	29
Considerações Finais	32
SEÇÃO 2 –.ARTIGO EMPÍRICO	
Estudo I – Análise qualitativa da intervenção sob o enfoque da Terapia Cognitivo - Comportamental com portadores do HIV/Aids	33
Introdução.....	33
Método.....	36
Desenho do estudo.....	36
Participantes.....	37
Programa de Intervenção Psicológica e Medidas de Avaliação.....	38
Procedimentos de coleta de dados.....	41
Procedimentos de análise de dados	42
Procedimentos éticos.....	42
Resultados.....	44
Discussão.....	48
Conclusão.....	50

SEÇÃO 3- ARTIGO EMPÍRICO

Estudo II- Avaliação qualitativa do Programa de Intervenção Psicológica sob a Abordagem Cognitivo - comportamental para pessoas que vivem com HIV/Aids.....	52
Introdução.....	52
Método.....	54
Desenho do estudo.....	54
Participantes.....	54
Programa de Intervenção Psicológica e Medidas de Avaliação.....	55
Procedimentos de coleta dos dados.....	57
Procedimentos de análise dos dados.....	59
Procedimentos éticos.....	60
Apresentação e discussão dos resultados.....	60
Pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação à adesão ao tratamento.....	61
Suporte Social em relação à adesão ao tratamento.....	63
Medos e expectativas em relação à adesão ao tratamento.....	64
Qualidade de vida em relação à adesão ao tratamento.....	67
Avaliação da Intervenção Psicológica.....	69
Conclusão.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	80
APÊNDICES.....	92
Apêndice 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP 08/04228).....	93
Apêndice 2 – Descrição das Sessões.....	95
Apêndice 3 – Entrevista De Avaliação Da Intervenção Cognitivo - Comportamental Com Pessoas com HIV/Aids.....	115

LISTA DE QUADROS

SEÇÃO 2 – ARTIGO EMPÍRICO

Estudo I – Análise qualitativa da intervenção sob o enfoque da Terapia Cognitivo - Comportamental com portadores do HIV/Aids33

Quadro 1-Dados de identificação dos participantes.....37

Quadro 2: Resumo das sessões do Programa de Intervenção Pensamentos Disfuncionais em relação a adesão ao tratamento39

Quadro 3- Categorias a priori44

Quadro 4- Pensamentos (automáticos) em relação ao tratamento.....44

Quadro 5- Sentimentos em relação à adesão ao tratamento.....45

Quadro 6 - Comportamentos em relação à adesão ao tratamento.....45

Quadro 7– Pensamentos Alternativos em relação à adesão ao tratamento.....47

Quadro 8 - Sentimentos em relação à adesão ao tratamento.....47

Quadro 9- Comportamentos em relação à adesão ao tratamento.....48

SEÇÃO 3- ARTIGO EMPÍRICO

Estudo II- Avaliação qualitativa do Programa de Intervenção Psicológica sob a Abordagem Cognitivo - comportamental para pessoas que vivem com HIV/Aids.52

Quadro 10 – Pensamentos em relação à adesão ao tratamento.....61

Quadro11- Sentimentos em relação à adesão ao tratamento.....61

Quadro 12 - Comportamentos em relação à adesão ao tratamento.....62

Quadro 13- Suporte Social em relação à adesão ao tratamento.....63

Quadro 14- Medos em relação à adesão ao tratamento.....65

Quadro 15- Expectativas em relação à adesão ao tratamento.....65

Quadro 16-Domínio Físico.....	67
Quadro 17- Domínio Psicológico.....	67
Quadro 18- Domínio Relações sociais.....	67
Quadro 19 - Nível de Independência, Meio Ambiente Espiritualidade/Religiosidade Crenças Pessoais.....	68
Quadro 20- Mudanças nos pensamentos em relação à adesão ao tratamento.....	70
Quadro 21- Mudanças nos sentimentos em relação à adesão ao tratamento.....	70
Quadro 22- Psicoeducação em relação à adesão ao tratamento.....	71
Quadro 23- - Mudanças nas relações sociais em relação à adesão ao tratamento.....	72
Quadro 24- Mudanças na Qualidade de vida global em relação à adesão ao tratamento.....	73

LISTA DE SIGLAS

Aids: *Acquired immune deficiency syndrome*

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEAT-VIH: *Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral em personas con infección por VIH y SIDA*

CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CV: Carga viral

DST: Doenças sexualmente transmissíveis

GAPA-Grupo de Apoio a Prevenção da Aids

HAART- *Highly Active Antiretroviral Therapy Aids*

HIV: *Human Immunodeficiency Virus*

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONG: Organização não-governamental

OSC: Organização da sociedade civil

TARV: Terapia antirretroviral

TC:Terapia Cognitivo

TCC: Terapia Cognitiva – comportamental

UNAIDS: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

UNESCO: *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

WHOQOL-HIV bref: *World Health Organization Quality of Life assessment instrument in patients with human immunodeficiency virus infection*

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde OMS (WHO, 2010) a infecção pelo HIV atingiu um estágio de pandemia no mundo. Diante deste dado a relevância desta pesquisa reside no fato de investigar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/Aids, embora relatórios da OMS mostre que a epidemia tem sido estabilizada uma vez que o número de novas infecções está em declínio se comparados aos relatórios dos anos 1990. Ainda se tem registro de novos casos, conforme o boletim epidemiológico de 2011, no ano de 2010 foram notificados 34.218, com taxa de incidência nacional de 17,9/100.000 habitantes e razão de sexo de 1,7 novos casos em homens para cada caso em mulheres. O relatório destaca que entre o período de junho de 1980 a junho de 2011, no Brasil, foram registrados 608.230 casos de Aids sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no sexo feminino.

O HIV é um retrovírus que causa no organismo disfunção imunológica crônica e progressiva devido ao declínio dos níveis de linfócitos CD4+, sendo que quanto mais baixo for o índice destes, maior será o risco do indivíduo desenvolver Aids e os múltiplos sintomas que podem limitar a vida do soropositivo devido ao enfraquecimento de seu sistema imunológico. A infecção pelo HIV, além das consequências físicas repercute no âmbito emocional e nas relações sociais do sujeito, fato este reforçado por ser uma doença que não tem cura e que carrega em seu histórico a temeridade de morte iminente e (ainda) desencadeia reações de discriminação, preconceito e exclusão social.

Estudos indicam diversas alterações emocionais das pessoas que vivem com HIV/Aids, associadas com depressão, estresse (Remor, 2002), ansiedade, revolta (raiva) obsessões e auto-observação, além de excessiva preocupação com a saúde (Bayés, 1995). Ocorrem ainda alterações biopsicossociais que podem influenciar no quadro evolutivo da síndrome e contribuir na vulnerabilidade imunológica do indivíduo (Thompson, Nanni & Levine, 1996; Remor, Milner & Pressler, 2007).

Com a chegada dos antirretrovirais, as pessoas que vivem com HIV/Aids tiveram um aumento em seu tempo de vida. No entanto, o TARV (Terapia antirretroviral) ainda é considerado um tratamento com diversos elementos passíveis de

contribuição para não adesão, como por exemplo, os efeitos colaterais severos, intensa rotina de consultas e exames, resistência viral, toxicidade das drogas (Brasil, 2007) entre outros.

Portanto, segundo Kern (2004), a adesão ao tratamento está associada à forma como a pessoa que vive com HIV/Aids lida ou como pretende lidar com sua vida sexual e seus hábitos e relações sociais, assim como a maneira com que a pessoa vê a si se sente diante da situação vivenciada. Sabe-se que aderir ao tratamento medicamentoso é uma tentativa de inibir ou retardar a degradação sofrida por causa do vírus e controlar a carga viral. Contudo, a adesão pode ir além, ou seja, a adesão transcende à simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da pessoa que vive com HIV/Aids, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de TARV (Brasil 2008).

O temor de sentir-se discriminado socialmente é também uma das reações psicológicas que, com mais frequência se associam às pessoas soropositivas (Garcia-Huete, 1993; Bayés, 1995). Esta reação, muitas vezes, gera o isolamento social, além de uma restrição dos relacionamentos interpessoais e dificuldades no campo afetivo-sexual, com impacto negativo na rede social de apoio de pessoas que vivem com HIV/Aids (Green, 1993).

Por se tratar de uma doença que carrega consigo uma significativa vulnerabilidade física, emocional e social, muitos portadores de HIV/Aids também sofrem impacto em sua qualidade de vida, tanto pelos fatores próprios às limitações físicas, sociais e estéticas quanto pelo fato de que muitos profissionais da área de saúde encontram dificuldades no atendimento a esses pacientes (Maia, 2006), uma vez que carecem de conhecimentos e habilidades necessários para lidar com essa enfermidade.

A qualidade de vida relacionada à saúde pode ser considerada um conceito muito mais amplo, uma vez que aborda tanto os conceitos de qualidade de vida global quanto aqueles relacionados ao próprio estado de saúde (Heyland, Guyatt, Cook, Meade, Juniper & Cronin (1998).

No entanto, a inexistência de cura para a maioria das doenças crônicas tem mostrado que a mensuração da qualidade de vida é imprescindível para a avaliação de estratégias de tratamento e de custo/benefício (Calvetti, 2010). Ainda segundo Calvetti (2010), estas medidas de qualidade de vida tornam-se ferramentas importantes para direcionar a distribuição de recursos e a implementação de programas de saúde.

Para a melhor compreensão dos objetivos deste estudo, faz-se importante contextualizar brevemente a terapia cognitivo-comportamental que foi desenvolvida por Beck em 1960. Esta se caracteriza por um sistema psicoterapêutico breve, e baseia-se na premissa de que a maneira como as pessoas interpretam suas experiências tende a estar relacionada com o que elas sentem ou como se comportam. As emoções sentidas em determinadas situações podem desencadear pensamentos automáticos, não controlados pelo paciente, os quais podem ser distorcidos frente a temas emocionais tais como: tristeza, perda, abandono, rejeição, alegria, ganho, aprovação, ansiedade, preocupações em situações de ameaça e raiva (Cordioli, 1998).

As técnicas da abordagem cognitivo-comportamental são peculiarmente indicadas para as pessoas que se encontram frente à necessidade de reorganizar sua vida cotidiana, frequentemente perturbada por causa da doença, de dificuldades financeiras, da perda do parceiro ou de outras mudanças no interior da família. As pessoas submetidas à terapia antirretroviral necessitam modificar o seu plano de alimentação e o seu ritmo de vida, visando à eficácia da terapia medicamentosa. Os aspectos psicológicos influenciam a vida cotidiana do paciente e, quando não são bem administrados, tendem a agravar ainda mais o prejuízo do sistema imunológico.

As características da modalidade de terapia cognitivo-comportamental são as seguintes: ativa, diretiva, educativa, estruturada, de prazo limitado, que utiliza técnicas cognitivas e/ou comportamentais para a modificação de falsas crenças das pessoas atendidas (Rangé & Sousa, 1998). Os pacientes aprendem diferentes técnicas/exercícios de controle do pensamento e do julgamento a fim de obterem uma modificação dos esquemas negativos de pensamento e julgamento das representações.

Pesquisas realizadas apontam que a intervenção psicológica cognitiva tem auxiliado na melhora da adesão ao tratamento antiretroviral (Arnal, 2003) e na qualidade de vida (Rousaud, Hautzinger, De Lazzari, Peri, Puig, Martinez, Masana & Gatell, 2007). No presente estudo, as técnicas da terapia cognitivo-comportamental

serão orientadas para a resolução de problemas relacionados à adesão ao tratamento para a melhora da mesma, identificação de uma rede de suporte social efetiva e da qualidade de vida dos pacientes HIV. Esta modalidade de intervenção tem-se apresentado efetiva para a clínica em Saúde Pública e têm destaque as características breve, focada e psicoeducativa.

Para tanto, esta tese originou-se da experiência da pesquisadora no atendimento a pessoas que vivem com HIV/Aids, adquirida a partir de um trabalho voluntário voltado ao campo assistencial e preventivo, realizado no Grupo de Apoio à Prevenção de Aids do Rio Grande do Sul (GAPA /RS). Nesta oportunidade foi possível experimentar muitas atividades e como o interesse da pesquisadora estava sempre voltado para área de saúde, desde a promoção, prevenção e tratamento, procurou-se o grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção em Saúde Mental e Bioética Clínica, orientado pelo Professor Doutor Gabriel Chittó Gauer para então tornar possível o entrelaçamento da teoria e prática até então vivenciada.

Desta forma muitos aspectos, sendo eles emocionais, comportamentais e sociais, chamavam a atenção da pesquisadora durante o atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids desde a descoberta do HIV até o tratamento antirretroviral. Para buscar maior formação acadêmica e aprofundar o conhecimento sobre o assunto na perspectiva de prevenção e promoção de saúde a pesquisadora desenvolveu seus estudos durante o mestrado e o doutorado sob esta ótica.

Diante disso, surge o projeto “Avaliação e intervenção psicológica para pessoas que vivem com HIV/Aids em tratamento antirretroviral”. Esta pesquisa é dividida em três principais estudos descritos a seguir:

-Estudo transversal descritivo e correlacional sobre aspectos biopsicossociais - dados sócio demográficos, situação clínica, níveis de depressão, suporte social, adesão ao tratamento e qualidade de vida - com 63 pessoas que vivem com HIV/Aids, apresentado na dissertação de mestrado da autora desta tese.

-Estudo transversal descritivo, correlacional e preditivo sobre aspectos biopsicossociais - dados sócio-demográficos, situação clínica, níveis de depressão, níveis de ansiedade, estresse percebido, suporte social, adesão e qualidade de vida - com

120 pessoas que vivem com HIV/Aids bem-sucedidas no tratamento de saúde, apresentado na tese de doutorado de Prisca Ucker Calveti.

-Estudo qualitativo sobre a avaliação do Programa de Intervenção Psicológica (PIP) sob abordagem da Terapia Cognitivo-comportamental para a adesão ao tratamento e qualidade de vida em pessoas que vivem HIV/Aids referente a esta tese de doutorado, realizado com 11 sujeitos que vivem com HIV/Aids e fazem tratamento antirretroviral.

O projeto de pesquisa geral deu origem a duas bolsas de iniciação científica:

-Níveis de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas que vivem com HIV/Aids (PIBIC/CNPq 129884/2009-0).

-Avaliação qualitativa de programa de intervenção psicossocial sob a abordagem cognitivo-comportamental em pessoas que vivem com HIV/Aids (BPA/PUCRS).

Além disso, foram obtidos os seguintes financiamentos:

Edital MCT/CNPq 03/2008 - Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas, processo número 400325/2008-0

Centro de Estudos de Aids/ DST do Rio Grande do Sul (CEARGS)/Universidade da Califórnia em São Francisco, por meio do projeto *“International Clinical, Outcomes and Health Services Research and Training Award from the John E. Fogarty International Center of the United States National Institutes of Health”* (5D43TW005799).

Também esta pesquisa obteve ajuda de custo por meio de vale-transporte, fornecido pela Empresa Associação dos Transportadores de Passageiros de Porto Alegre, e a disponibilização de salas para atendimento cedidas pelo SAPP – Serviço de Atendimento Psicológico e Pesquisa da PUCRS.

Diante do exposto, o objetivo geral deste estudo é o de: avaliar as contribuições de um Programa de Intervenção Psicológica sob abordagem da terapia cognitivo-comportamental para a adesão ao tratamento e qualidade de vida em pessoas que vivem HIV/Aids.

Seus objetivos específicos são:

- Conhecer e analisar os pensamentos, as emoções e os comportamentos em relação ao tratamento de saúde dos portadores do HIV/Aids;
- Identificar e analisar as fontes de suporte social destas pessoas;
- Investigar os aspectos psicológicos, adesão ao tratamento e qualidade de vida da população em estudo.
- Identificar na fala destas pessoas, quais são suas maiores dificuldades em seguir o TARV, e seus sentimentos em relação à intervenção psicoterapêutica.

Para apresentação dos resultados desta pesquisa, foram elaborados três artigos, os quais serão submetidos à publicação em periódicos, de acordo com a Resolução nº002/2004 de 25/03/2004 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PUCRS, sendo eles:

Seção 1 - Contribuições das intervenções psicossociais na vida das pessoas que vivem com HIV/Aids sob perspectiva de Saúde Pública.

Seção 2 - Análise qualitativa da intervenção sob o enfoque da terapia cognitivo - comportamental com portadores do HIV/Aids (artigo referente a resultados preliminares já encaminhado para ser apreciado pela **Revista Saúde e Sociedade**).

Seção 3 - Avaliação qualitativa do Programa de Intervenção Cognitivo - comportamental para pessoas que vivem com HIV/Aids

Desta forma, espera-se que esta pesquisa sirva para mobilizar o sistema público de saúde, para que este invista na elaboração de novas estratégias e implementação de melhorias no atendimento às pessoas que vivem com Aids. Também se acredita que este trabalho possa fornecer subsídios teórico-práticos para os serviços de saúde, para equipes e para pessoas que vivem com HIV/Aids.

SEÇÃO 1 - REVISÃO TEÓRICA
SEÇÃO 2 e 3 – .ARTIGOS EMPÍRICOS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das informações expostas nesta tese podemos refletir sobre as percepções e vivências das pessoas que vivem com HIV/Aids acerca da adesão ao tratamento. Destarte, considera-se importante a escolha pelo método qualitativo neste estudo, que possibilitou a imersão nos conteúdos mais peculiares da vivência de cada um destes indivíduos. Em suas falas, os participantes relatam o quanto é difícil a adesão, no entanto todos se mostraram aderentes, isso quer dizer que, mesmo algumas vezes negligentes, afirmam que seguem o tratamento antirretroviral e as recomendações médicas da melhor forma possível. Fato este que pode sugerir um desejo íntimo de melhora, esperança e determinação.

Dentre os aspectos evidenciados a partir dos dados coletados, alguns se destacam, por exemplo, o preconceito e a discriminação advindos do contexto familiar, da sociedade ou até dos próprios profissionais de saúde no que se refere à infecção pelo HIV e, em consequência, o isolamento destas pessoas em um primeiro momento, mas impulsionando-os posteriormente a buscarem uma nova rede provedora de suporte social.

Na tentativa de amenizar o impacto biopsicossocial da infecção pelo HIV/Aids, algumas intervenções voltadas a diversos grupos populacionais vêm sendo propostas. Além disso, são diversas as propostas metodológicas de intervenções como: psicoeducativas, técnica de relaxamento, psicoterapia individual ou grupal entre outras.

Diante disso, destacamos a psicoeducação, que, com este estudo foi possível constatar o quanto se faz necessário que as informações acerca do diagnóstico, tratamento, cuidados com a saúde, entre outros, sejam explanadas de forma clara e acessível para conseguir a compreensão por parte dessas pessoas em tratamento.

Muitas vezes, uma linguagem adequada vai além do conhecimento, ela serve para desmistificar informações equivocadas que comprometem o tratamento, bem como sua convivência com outras pessoas. Além disso, o acompanhamento psicológico pode auxiliar no sentido de proporcionar um espaço onde o sujeito possa manifestar seus temores, fragilidades e vulnerabilidades, como também receber orientações e aconselhamentos para o enfrentamento da doença.

Desta forma, a presente tese contribuiu para avaliar a Intervenção e demonstrar suas importantes contribuições na vida dos sujeitos atendidos pelo Programa. Além disso, apresentar uma iniciativa inovadora, que sugere a elaboração de uma intervenção específica, de curta duração, de baixo custo e fácil execução, passível de reprodução por especialistas da área, sem que seja necessário um longo treinamento e que pode beneficiar um maior número de pessoas, neste caso pessoas que vivem com HIV/Aids. Reforçando que a modalidade escolhida pelos autores do Projeto, intervenção individual, visa criar um espaço particular que permite uma escuta mais atenta e personalizada, além de facilitar a adesão dos participantes aos atendimentos.

Na avaliação geral do Programa de Intervenção Psicológica sob abordagem Cognitivo-comportamental com pessoas que vivem com HIV/Aids, pôde-se perceber que a modalidade escolhida se mostrou adequada para os participantes atendidos um programa individualizado, de curta duração, que priorizou aspectos psicológicos e psicoeducativos, com temas previamente estruturados, porém conduzidos de forma flexível, a fim de oferecer uma intervenção personalizada e atenta às demandas de cada participante.

Embora tenham sido encontradas publicações sobre intervenções junto a essa população, e considerando suas múltiplas vulnerabilidades, entende-se ser de grande valia a intervenção aqui proposta. O Programa apresentado foi elaborado com o intuito de ser de fácil reprodução e aplicação, portanto espera-se que sua aplicação seja multiplicada e que venha, ainda, beneficiar muitas pessoas. Mesmo que possa ser readequado e testado em diferentes contextos, é importante que o programa seja amplamente aplicado em seu formato atual, a fim de que se reúnam dados mais acurados sobre a sua efetividade, em amostras maiores.

Salienta-se que a limitação do estudo foi em ser amostra por conveniência e não permite, assim, a generalização dos resultados. Pode-se pensar que participantes que aceitam a participação, se sintam bem, e mostrem-se mais motivados, porém, esta modalidade de participação permite mais facilmente a realização do estudo, de acordo com o princípio bioético da autonomia.

Em relação à análise do material enfatiza-se que a construção a priori da estrutura de categorias temáticas pode tê-la feito pouco sensível a novos temas que tenham aparecido nas transcrições das sessões. Desta forma, relatos de temas que

porventura tenham sofrido mudanças em decorrência da intervenção, e que não correspondiam às categorias previamente definidas, não foram incluídos no presente estudo. Quanto à própria intervenção, é importante ponderar que sua curta duração pode restringir seu impacto psicológico e afetivo. Além disso, a atual versão do programa se restringe a alguns temas específicos, tais como: psicoeducação, suporte social, qualidade de vida e adesão propriamente dita, contudo, existem outros temas que seriam interessantes de serem incluídos na intervenção. No entanto a carência desses e outros temas restringem o efeito da intervenção em sua versão atual, sendo que essas limitações devem ser consideradas em futuros estudos.

REFERENCIAS

- Alvarez, A. M. S., Moraes, M. C. L., & Rabinovich, E. P. (1998). Resiliência: um estudo com brasileiros institucionalizados. *Revista Brasileira de Desenvolvimento Humano* 8(1/2), 70-75.
- Arnal, R. B. (2003). Eficacia terapéutica de um programa de intervención grupal cognitivo- comportamental para mejorar la adhesion al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15 (4), 517-523.
- Baer, M. & Roberts, J. (2002). Complex HIV treatment regimens and patient quality of life. *Canadian Psychology*, 43 (2), p.115-121.
- Bahls, S.C. & Navolar, A.B.B.(2004). Terapia cgnitivo-comportamental: conceitos e pressupostos teóricos. *Revista Psico On Line*. n. 04; www.utp.br/psico.utp.online
- Barroso, L. M. M. B. (2006). Adesão ao tratamento com antirretrovirais entre pacientes com AIDS. *Bras J Nurs*, 4.
- Bastos, F. I. (2006). *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Bayés, R. (1995). *Psicología y SIDA*. Madrid: Martinez Rocca.
- Beck, A. T. 1963. Thinking and Depression I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry* 9, 324-333.
- _____. 1964. Thinking and Depression II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry* 10, 561-571.
- Berger, S., Schad, T., von Wyl, V., Ehlert, U., Zellweger, C., Furrer, H., Regli, D., Vernazza, P., Ledergerber, B., Battegay, M., Weber, R., & 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), 767-75.
- Bezerra, A. C. M. (2011). *Apoio social e resiliência no processo de adesão ao tratamento antirretroviral de moradores de rua que vivem com o HIV/Aids*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Orientador José Carlos de Carvalho Leite
- Blanch, J., Rousaud, A., Hautzinger, M., Martínez, E., Peri, J., Andrés, S., Cirera, E., Gatell, J., & Gastó, C. (2002). Assessment of the efficacy of a cognitive-behavioural

group psychotherapy programme for HIV-infected patients referred to a consultation-liaison psychiatry department. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1), 77–84.

Bozon, M. (2002). A pesquisa sobre o comportamento sexual na França na era da AIDS e sua continuidade. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 93-100.

Brannon, L.; Feist, J. *Psicología de la Salud*. Madrid: Thomson Learning, 2001

Brasil (2004). *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. Brasília-DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 10 junho, 2009, de www.aids.gov.br. 71

Brasil (2007). *Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, DF.

Brasil. (2008). *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, DF

Brasil (2009). *Boletim Epidemiológico AIDS - Ano V, nº 1 - julho a dezembro de 2007/janeiro a junho de 2008*. Programa Nacional de DST/AIDS. Recuperado em 10 junho, 2009, de www.aids.gov.br.

Brasil (2011). *Boletim epidemiológico Aids e DST*. Ministério da Saúde. Brasília, DF.

Boletim Mercosul (2012). *Boletim Epidemiológico da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul.*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. n. 1; Brasília

Calvetti, P. Ü.; Muller, M.C. & Nunes, M.L.T.(2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicol. cienc. prof. [online]*. 2007, 27(4).

Calvetti, P.Ü.; Pelisoli, C.; Nallem, J.S.; Piccoloto, L.B. (2011). As contribuições da Psicoterapia cognitivo-comportamental no contexto da saúde pública: abuso sexual, dependência química, HIV/Aids. In Wainer, R.; Piccoloto, N. & Pergher, G (Eds.). *Novas temáticas em Teraia Cognitiva*.(pp. 443-466. Porto Alegre: Sinopsys

Calvetti, U.P. (2010). *Fatores biopsicossociais preditivos para a adesão e qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/Aids bem-sucedidas no tratamento de saúde*. Tese de Doutorado (Pós-graduação em Psicologia). Faculdade de Psicologia, PUCRS. Porto Alegre, RS.

Canini, S.R.M.S., Reis R.B., Pereira, L.A., Gir, E. & Pelá, N.T.R. (2004). Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 940-945

Carvalho F., T., & Piccinini C., A. (2006). Maternidade em situação de infecção pelo HIV: Um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Revista Interações em Psicologia* 10(2),345-355.

Carvalho, F. T (2009). *Contribuições de uma intervenção psico-educativa para as estratégias de enfrentamento e a qualidade de vida de gestantes portadoras de HIV/AIDS*, Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

Carvalho, F.T., Moraes, N. A., Koller, S. H. & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Caderno de Saúde Pública*.23 (9).Rio de Janeiro.

Carvalho,C. V.; Hamann, E. M. & Matsushita, R. (2007). Determinantes da adesão ao tratamento antirretroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 40 (5), 555-565.

Castro, E. Kern & Remor, E.A. (2004) Aspectos Psicossociais e HIV/Aids: Um Estudo Bibliométrico (1992-2002)- Comparativo dos Artigos Publicados entre Brasil e Espanha.*Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), pp.243-250

Catalan, J., Meadows, J. & Douzenis, A. (2000). The changing pattern of mental health problems in HIV infection: *Aids Care*, 12(3), 333-341.

Chan, I., Kong, P., Leung, P., Au, A., Li, P., Chung, R., Po, L. M., & Yu, P. (2005). Cognitive-behavioral group program for Chinese heterosexual HIV-infected men in Hong Kong. *Patient Education and Counseling*, 56(1), 78–84. 517-540.

- Cordioli, A. V. (1998). As psicoterapias mais comuns e suas indicações. In Cordioli, A.V. (org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp.19-34). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Côté, J. K., & Pepler, C. (2005). Cognitive coping intervention for acutely ill HIV-positive men. *Clinical Nursing*, 14(3), 321-326.
- Cowdery, J. E., & Pesa, J. A. (2002). Assessing quality of life in women living with HIV infection. *Aids Care*, 14(2), 235-245.
- Cruess, D. G., Antoni, M., Schneiderman, N., Ironson, G., McCabe, P., Fernandez, J. B., Cruess, S. E., Klimas, N., & Kumar, M.(2000). Cognitive-behavioral stress management increases free testosterone and decreases psychological distress in HIV-seropositive men. *Health Psychology*, 19(1), 12-20.
- D’Cruz, P. (2002). Engulfing darkness: The impact of HIV/Aids on the family. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 83(4), 416-430.
- Faustino, Q. de 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.
- Figueiredo, M. A. C., & Fioroni, L. N. (1997). Um análise de conteúdo de crenças relacionadas com AIDS entre participantes em O.N.G.S. *Estudo de Psicologia Natal*,2(1), 28-41.
- Fleck, M.P.A.; Leal, O.F.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL - 100), *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.
- Funck-Brentano, I., Dalban, C., Veber, F., Quartier, P., Hefez, S., Costagliola, D., & Blanche, S. (2005). Evaluation of a peer support group therapy for HIV-infected adolescents. *AIDS*, 19(14), 1501-1508.
- Garcia-Huete, E. (1993). *SIDA: Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral*. Espanha: Eudema.

- Gebo, K. A., Keruly, J., & Moore, R. D. (2003). Association of social stress, illicit drug use, and health beliefs with nonadherence to antiretroviral therapy. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 104-111.
- Gifford A. L., Laurent, D. D., Gonzales, V. M., Chesney, M. A., & Lorig, K. R. (1998). Pilot randomized trial of education to improve self-management skills of men with symptomatic HIV/AIDS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome Human Retrovirology*, 18(2), 136-44
- Giovelli, G.R.M. (2009). *Avaliação psicossocial de portadores HIV/Aids*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia, PUCRS. Porto Alegre, RS.
- Giovelli, G.R.M.;Gauer, G.J.C. & Calvetti, U.P (2010). Dossiê Psicologia e alguns desafios atuais à clínica, às políticas públicas e à formação profissional. *Revista Grifos* 28 (1).<http://apps.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/grifos>
- Gonzalez, J. S., Penedo, F. J., Antoni, M., Durán, R. E., Fernandez, M. I., McPherson-Baker, S., Ironson, G., Klimas, N. G., Fletcher, M. A., & Schneiderman, N. (2004). Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/Aids. *Health Psychology*, 23(4), 413–418.
- Goodkin, K., Blaney, N. T., Feaster, D. J., Baldewicz, T., Burkhalter, J. E., & Leeds, B. (1999). A randomized controlled clinical trial of a bereavement support group intervention in Human Immunodeficiency Virus Type 1– seropositive and – seronegative homosexual men. *Archives of General Psychiatry*, 56(1), 52-59.
- Gossart-Walker, S., & Moss, N. E. (1998). Support groups for HIV-affected children. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 8(2), 55-69.
- Green, G. (1993). Editorial review: Social support and HIV. *AIDS Care*, 5 (1), 87-104
- Heckman, T. G., & Carlson, B. A. (2007). A randomized clinical trial of two telephonedelivered, mental health interventions for HIV-infected persons in rural areas of the United States. *AIDS Behavior*, 11(1), 5-14.
- Heyland, D.K., Guyatt, G., Cook, D.J., Meade, M., Juniper, E., Cronin, L., et al. (1998). Frequency and methodologic rigor of quality-of-life assessments in the critical care literature. *Critical Care Medicine*, 26(3), 591-8

Hoffman, M. A. (1996). *Counseling clients with HIV disease: Assessment, intervention and prevention*. New York/London: The Guilford Press.

Jones, D. L., McPherson, B. S., Lydston, D., Camille, J., Brondolo, E., Tobin, J. N., & Weiss, S. M. (2007). Efficacy of a group medication adherence intervention among HIV positive women: The SMART/EST Women's Project. *AIDS and Behavior*, 11(1), 79-86.

Kalichman, S. C., Cherry, C., Cain, D., Pope, H., Kalichman, M., Eaton, L., Weinhardt, L., & Benotsch, E. (2006). Internet-Based Health Information Consumer Skills Intervention for people living with HIV/AIDS. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 545-554.

Kalichman, S. C., DiMarco, M., Austin, J., Luke, W., & DiFonzo, K. (2003). Stress, social support, and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(4), 315-332.

Kelly, J. & Kalichman, S.(2002). Behavioral research in HIV/Aids primary and secondary prevention: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 626-639.

Kennedy, A., Rogers, A., & Crossley, M. (2007). *Participation, roles, and the dynamics of change in a group-delivered self-management course for people living with HIV*. 106.

Kern, F. A. (2004). *Redes de apoio no contexto da Aids: um retorno para a vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Koenig, L. J., Pals, S. L., Bush, T., Palmore, M. P., Stratford, D., & Ellerbrock, T. V. (2008). Randomized controlled trial of an intervention to prevent adherence failure among HIV-infected patients initiating antiretroviral therapy. *Health Psychology*, 27(2), 159-169

Leite, J. C. C., Drachler, M. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T., & Silveira, V. L. (2002). Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento antirretroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 121-133.

Lignani Jr, L., Greco, D.B. & Carneiro, M.(2001). Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Revista de Saúde Pública*, 35(6), 495-501.

Lutgendorf, S. K., Antoni, M. H., Ironson, G., Starr, K., Costello, N., Zuckerman, M., Klimas, N., Fletcher, M., & Schneiderman, N. (1998). Changes in cognitive coping skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human immunodeficiency virus (HIV)-seropositive gay men. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 204-214.

Maia, C.M.F.(2006). *Avaliação da Qualidade de vida de portadores HIV/Aids*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Católica de Goiás-GO.

Marins, J.R., Jamal, L., Chen, S., Barros, M., Hudes, E., Barbosa, A., Chequer, P., Teixeira, P. & Hearst, N.(2003). Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 17, p. 1675-1682.

Matarazzo, J. (1982). Behavioural health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.

Minayo, S. F.(org). (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29 ed. Petrópolis: Vozes.

Moskovics, J. M. (2008). *Gestantes soropositivas: Dimensões psicossociais na adesão ao pré-natal*. Tese de doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Nino, A. T., Izquierdo, I., Fumaz, C. R., & Lasala, M. J. F. (2003). Guia de tratamentos psicológicos eficazes em la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). 109 In I. A. Vázquez (Ed.), *Guia de Tratamiento Pscológicos Eficaces II: Psicología de La Salud*. (pp. 199-203). Madrid: Pirámides.

Paiva, V., Leme, B., Nigro, R., Caraciolo, J. (2000). Lidando com a adesão: A experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. In R.P. Teixeira, V. Paiva (2000). *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo: Nepaids.

Parker, R. & Aggleton, P. (2001). *Estigma, discriminação e Aids. Coleção ABIA: Cidadania e Direitos*, Vol. 1. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids: Rio de Janeiro.

Pedersen, S. S. & Elklit, A. (1998). Traumatization, psychological defense style, coping, symptomatology, and social support in HIV positive: a pilot study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 39,55-60.

Petersen, C. (2007). *Avaliação de intervenção grupal para promoção de qualidade de vida em portadores de doenças crônicas: a aids como modelo*. Tese de Doutorado Inédita disponível no banco de teses da capes, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

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).jul/dez

Petrushkin, H.; Boardman, J. & Ovuga, E. (2005). Psychiatric disorders in HIV positive individual in urban Uganda. *Psychiatric Bulletin*, 29, 455-458.

Pomeroy, E. C., Green, D. L., & Van-Laningham, L. (2002). Couples who care: The effectiveness of a psychoeducational group intervention for HIV serodiscordant couples. *Research on Social Work Practice*, 12(2), 238-252.

Pomeroy, E. C., Kiam, R., & Abel, E. M. (1999). The effectiveness of a psychoeducational group for HIV-infected/affected incarcerated women. *Research on Social Work Practice*, 9(2), 171-187.

Rangé, B. & Sousa, C. (1998). *Terapia Cognitiva*. In Cordioli, A. V. (org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 209-224). Porto Alegre: Artes Médicas.

Rasera, E. F., & Japur, M. (2003). Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras do HIV: a construção da homogeneidade. *Estudos de Psicologia* (Natal), 8(1), 55-62.

Rasera, E. F., & Japur, M. (2005). Problema e mudança em terapia de grupo: Descrições construcionistas sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(1), 33-41.

Regatto, V. C., & Assmar, E. M. L. (2004). A Aids de nossos dias: quem é o responsável? *Estudos de Psicologia Natal.*, 9(1), 167-175.

Rolland, J. (1995). *Doença crônica e o ciclo de vida*. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Remien, R. H., Hirky, A. E., Johnson, M. O., Wenhardt, L. S., Whittier, D., & Le, G. M. (2003). Adherence to medication treatment: a qualitative study of facilitators and barriers among a diverse sample of HIV+ men and women in four U.S. cities. *Aids and Behavior*, 7(1), 61-72.

Remor, E.(1999). Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Revista Psico*, Porto Alegre, v. 30, n.1, p. 205-217.

Remor, E. (2002a). Valoración de la adhesión al tratamiento anti-retroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14(2), 262-267.

Remor, E. A. (2002b). Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 283-287.

Remor, E.A., Milner-Moskovics, J. & Preussler, G. (2007). Adaptação brasileira do Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral. *Revista de Saúde Pública* 41(5), 685-694.

Rousaud, A., Blanch, J., Hautzinger, M., De Lazzari, E., Peri, J.M., Puig, O., Martinez, E., Masana, G., De Pablo, J., Gatell, J.M. (2007). Improvement of psychosocial adjustment to HIV-1 infection through a cognitive-behavioral oriented group psychotherapy program: a pilot study. *AIDS Patient Care*, 21(3), 212-222.

Sadala,M.L.A. & Marques,S.A.(2006). Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde . *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2369-2378

Seffner, F. (1995). *Aids, estigma e corpo*. In J. Ferreira (Ed.), *Semiologia do corpo* (pp. 391- 415). Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Seidl, E. M. F. & Machado, A. C. A. (2008). Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*- 13 (2).

Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 580-588.

Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicologia em Estudo*, 10(3).

Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-323.

Seidl, E. M. F., Melchiades, A., Farias, V. & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/Aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (10), p. 2305-2316.

Shaw, B. F. & Segal, Z. V.(1999). *Efficacy, indications, and mechanisms of action of cognitive therapy of depression*. In D. S. Janowsky (Ed.) *psychotherapy, indications and outcomes* (p. 173-195). Washington: American Psychiatric Press.

Shinohara, H. O. (1997.) *Conceituação da terapia cognitivo-comportamental*. Em: R. A. Banaco (Org.) *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva*, V. 3 (p. 1-5) São Paulo: Editora Arbytes.

Siegel, K., & Lekas, H. M. (2002). AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS*, 16(4), 69–76

Siegel, K., & Lekas, H. M. (2002). AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS*, 16(4), 69–76

Silveira, M. & Santos, I. (2005). Impacto de intervenções no uso de preservativos em portadores do HIV. *Revista de Saúde Pública*, 39(2), 296-304.

Silveira, V. L., Drachler, M. L., Leite, J. C., & Pinheiro, C. A. (2003). Characteristics of HIV antiretroviral regimen and treatment adherence. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 7(3), 194-201.

Teixeira P.R, Paiva V., Shima E.(2000). *Tá difícil engolir? Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo*. São Paulo: Copidart;

Thompson S.C, Nanni C. & Levine A. (1996). The stressors and stress of being HIV-positive. *AIDS Care*, 8 (1), 5-14.

Tuldrá, A. & Wu, A. (2002). Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, p.154-157, Suppl 3.

Ulla, S. & Remor, E.A. (2002). Psiconeuroimunologia e Infecção por HIV: Realidade ou Ficção? *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(1), 113-119.

UNAIDS (2009). Annual Report 2009. UNAIDS Report Jun 2010. Recuperado em 20 setembro, 2012, de <http://www.unaids.org>.

UNAIDS/WHO (2010). Global Report: Unaid report on the Global Aids Epidemic 2010. Geneva: UNAIDS, 7. Recuperado em 5 dezembro, 2010, de http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf.

Valle, C. G. (2002). Identidades, doença e organização social: um estudo das “pessoas vivendo com HIV e Aids”. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 179-210.

Vasconcellos, D.; Picard, O. & Cohen Ichai, S. (2002). VIH SIDA: Vivre avec les traitements. *L'Information Psychiatrique*, 10, 987-997.

Vázquez, I.A.; Rodríguez, C.F.; & Alvarez, M.P. (2003). *Manual de Psicologia de La Salud*. Madrid: Pirámide.

UNAIDS (2009). Annual Report 2009. UNAIDS Report Jun 2010. Recuperado em 20 setembro, 2010, de <http://www.unaids.org>.

UNAIDS/WHO (2009). *AIDS Epidemic Update: November 2009*. Geneva, United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization. Recuperado em 20 novembro, 2010, de http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf.

Weaver, E.K., Llabre, M.M., Durán, R.E., Antoni, M.H., Ironson, G., Penedo, F.J. & Schneiderman, N. (2005). A stress and coping model of medication adherence and viral load in HIV-positive men and women on highly active antiretroviral therapy (HAART). *Health Psychology*, 24 (4), 385-392.

Weiser, S.; Riley, E.; Ragland, K.; Hammer, G.; Clark, R. & Bangsberg, D. (2006). Factor associated with depression among homeless and marginally housed HIV infected men in San Francisco. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 61-64.

Weiss, J. J., Mulder, C. L., Antoni, M. H., de Vroome, E. M., Garsen, B., & Goodkin, K. (2003). Effects of a supportive-expressive group intervention on long-term psychosocial adjustment in HIV-infected gay men. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(3), 132– 140.

Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Mikhail, I., Lang, D. L., McCree, D. H., Davies, S. L., Hardin, J. W., Hook, E. W., & Saag, M. (2004). A randomized controlled trial to reduce HIV transmission risk behaviors and sexually transmitted diseases among women living with HIV: The WiLLOW Program. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 37(supl. 2), 58–67.

Wu, A. (2000). Quality of life assessment comes of age in the era of highly active antiretroviral therapy. *Aids*, 14, 1449-1451

Zimpel, R. (2003). *Avaliação da qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/Aids*. Unpublished master's thesis, Programa de Pós-graduação em Clínica Médica: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul (Parecer CEP 08/04228)



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-1695/09

Porto Alegre, 22 de dezembro de 2009.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou as modificações propostas em ofício datado de 02 de dezembro de 2009, referentes a seu protocolo de pesquisa intitulado **"Avaliação e intervenção psicológica em pessoas com vírus da imunodeficiência humana (HIV)"**.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Gabriel Jose Chittó Gauer
FAPSI
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000

Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

www.pucrs.br/prppg/cep

Apêndice 2 – Descrição das Sessões

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA ADESÃO AO TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

1º SESSÃO – Apresentação do programa e psicoeducação do modelo biopsicossocial do HIV/AIDS e adesão ao tratamento

1) Estabelecimento de agenda

Terapeuta: Contrato

Apresentação do programa

Psicoeducação sobre o modelo biopsicossocial do HIV/AIDS e adesão ao tratamento

Psicoeducação sobre a Técnica de Respiração

Técnica de respiração

Tarefa de casa

Entrega de vale-alimentação

2) Contrato

Número de sessões: 08

Abordagem teórica: Modelo Biopsicossocial da Psicologia da Saúde e Terapia Cognitivo-comportamental

Duração: 50min-1h

Atividade e técnicas incluídas: Estabelecimento de agenda no início de cada sessão e técnica de respiração e de relaxamento e visualização

Periodicidade das sessões: uma sessão por semana

Limite de falta: 1 sessão

Benefício: vale-alimentação entregue a cada sessão

Ética: Sigilo e privacidade

Ao término das 08 sessões, no máximo no período de 15 dias será realizada uma entrevista de avaliação da intervenção.

3) Apresentação do programa de intervenção

Objetivo geral: As sessões do atendimento psicológico estão embasadas no modelo biopsicossocial da Psicologia da Saúde e na abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental. Estes fundamentos podem auxiliar na compreensão e utilização de

estratégias e técnicas para o aumento da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Os **objetivos específicos** deste atendimento psicológico são:

- Auxiliar na reestruturação cognitiva, por meio do automonitoramento de pensamentos disfuncionais em relação ao tratamento de saúde para alternativas das pessoas que vivem com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral.
- Trabalhar na resolução de problemas para tomada de decisão para o aumento da adesão ao tratamento e da qualidade de vida, em destaque nos aspectos psicológico e social.

4) Psicoeducação sobre o modelo biopsicossocial do HIV/AIDS e adesão ao tratamento

4.1 Processo saúde-doença: físico

4.1.1 HIV/AIDS e sistema imunológico. Diferença entre o vírus e a doença, como a carga viral age no organismo, apresentar o ataque do vírus às células de defesa no sistema imunológico.

4.1.2 Tratamento antirretroviral (CD4 e carga viral) e adesão ao tratamento. Destacar a importância da realização do monitoramento dos exames CD4 e carga viral, destacar ou pontuar que a doença surge quando as defesas estão baixas, o que pode levar as doenças oportunistas, por este motivo é fundamental seguir corretamente o Tratamento.

4.2 Processo saúde-doença: psicológico

4.2.1 Ansiedade e depressão, otimismo e esperança e sua relação com o sistema imunológico. Os afetos negativos e positivos influenciam o sistema imunológico, por exemplo, se uma pessoa fica triste porque um amigo(a) muito próximo viajou para longe, isso afeta o sistema imunológico, baixando as defesas do organismo (CD4). O contrário, por exemplo, uma notícia de que a pessoa conseguiu o emprego que tanto deseja e foi contratado, isto eleva as células de defesa do organismo.

4.2.2 Estresse Percebido. O que é o estresse? Situação de mudança na vida cotidiana que pode ter conotação positiva ou negativa, conforme a percepção da sobre a situação, por exemplo, a troca do médico, mudança de cidade ou residência, de idade, férias, viagem, nova atividade no trabalho, saída de um membro da família, dentre outras.

4.2.3 Esquemas da personalidade: São estruturas estáveis e duradouras (crenças) que se desenvolvem e se cristalizam precocemente na personalidade e/ou ao longo da vida da pessoa. Caracterizam-se como padrões emocionais e cognitivos, que tendem a se repetir ao longo da vida, configurando processos de funcionamento da personalidade que medeiam a interação do indivíduo com a realidade. Estes são caracterizados por 5 grandes domínios, conforme descritos abaixo:

1) Desconexão e rejeição

Domínio ligado ao sentimento de frustração vivenciado pela pessoa com relação às expectativas de segurança, estabilidade, carinho, empatia, compartilhamento de sentimentos, aceitação e consideração. Os esquemas vinculados a este grupo – privação emocional, abandono, desconfiança/abuso, isolamento social e defectividade/vergonha.

2) Autonomia e desempenho prejudicados

Domínio que avalia sentimentos de incapacidade experimentados pelo indivíduo no que diz respeito à possibilidade de se separar dos demais conquistando a autonomia necessária para sobreviver de forma independente e com bom desempenho (os esquemas são fracasso, dependência/incompetência, vulnerabilidade a dores e doenças, emaranhamento).

3) Limites prejudicados

Possível de ser identificado pela deficiência nos limites internos, pela ausência de responsabilidade com os demais e/ou pela dificuldade de orientação para a concretização de objetivos distantes. Caracteriza prejuízos com relação a respeitar os direitos dos outros, a cooperar e a se comprometer com metas ou desafios. Os esquemas associados a este domínio são os de merecimento e autocontrole/autodisciplina insuficientes.

4) Orientação para o outro

Trata-se de um funcionamento que, quando presente na personalidade, ocasiona um foco excessivo para os desejos e sentimentos dos outros, em função da constante busca de obtenção de amor. Muitas vezes, a pessoa suplanta suas próprias necessidades com o intuito de obter aprovação, podendo suprimir sua consciência, sentimentos e inclinações naturais. Os esquemas de subjugação e auto-sacrifício compõem este grupo.

5) Supervigilância e inibição

Refere-se ao bloqueio da felicidade, auto-expressão, relaxamento, relacionamentos íntimos e ao comprometimento da própria saúde em razão da ênfase excessiva na supressão dos sentimentos, dos impulsos e das escolhas pessoais espontâneas. Regras e expectativas rígidas internalizadas sobre desempenho e comportamento ético geralmente integram esse padrão de funcionamento. Inibição emocional e padrões inflexíveis são os dois esquemas que integram esse contexto.

4.3) Processo saúde-doença: social

4.3.1 Suporte social: Importância da identificação de fontes de suporte social para o fortalecimento deste fator de proteção. Os tipos de suporte social são:

- Instrumental (fazer coisas, operacional, logística, ex. levar para o médico, emprestar objetos)

- Emocional (ouvir, emocional, por ex. alguém que possa ligar para compartilhar uma boa notícia, ou mesmo falar quando se sente triste, ou chateado)

4.4) Qualidade de Vida (QV): desfecho do programa de intervenção

O que é a qualidade de vida? O modo como a pessoa percebe a sua vida em relação aos aspectos/dimensões: biológico, psicológico, social, ambiental, nível de independência, crenças pessoais/religiosidade/espiritualidade.

5) Psicoeducação sobre a relação entre respiração e estado emocional

Auxilia na consciência corporal;

Diminuição da ansiedade;

Aumento da concentração;

Aumento da qualidade de vida: físico e psicológico.

Técnica 1: Treino respiratório e respiração diafragmática

Instruções:

1. Colocar a mão acima do estômago para sentir a expansão e a contração do diafragma e do abdômen.
2. Inspirar lentamente pelo nariz, contando até 3 bem devagar.
3. Prender a respiração, contando também até 3 bem devagar.
4. Exalar lentamente o ar pela boca, contando até 6 bem devagar.
5. Fazer com que o ar passe pelo diafragma, estufando o abdômen durante a inspiração.
6. Fazer com que o ar exalado deixe o abdômen cada vez mais encolhido.
7. Fazer com que o paciente procure o ritmo ideal da respiração dentro desse estilo.

Tarefa de casa: Treino respiratório e respiração diafragmática

Entrega de descrição da técnica de respiração para realização de tarefa de casa.

Entrega de material informativo sobre HIV/AIDS e descrição da técnica de respiração diafragmática e a descrição da Estratégia Acalme-se.

ESTRATÉGIA ACALME-SE

A chave para lidar com estado de ansiedade é aceitá-lo totalmente. Permanecer no presente e aceitar sua ansiedade fará com que ela desapareça. Para lidar com sucesso com sua ansiedade, você pode utilizar a estratégia “ACALME-SE”, de oito passos. Usando-a, você estará apto(a) a aceitar sua ansiedade até que desapareça.

A – ACEITE A SUA ANSIEDADE: Um dicionário define aceitar como dar “consentimento em receber”. Concorde em receber as suas sensações de ansiedade. Mesmo que lhe pareça absurdo no momento, aceite as sensações em seu corpo assim como você aceitaria em sua casa um hóspede inesperado e desconhecido ou uma dor incômoda. Substitua seu medo, raiva ou rejeição por aceitação. Não lute contra as sensações. Resistindo, você estará prolongando e intensificando o seu desconforto. Ao invés disso, flua com elas.

C – COMTEMPLA AS COISAS A SUA VOLTA: Não fique olhando para dentro de você, observando tudo e cada coisa que sente. Deixe acontecer com o seu corpo o que ele quiser, sem julgamento(:), nem bom, nem mau. Olhe a sua volta, observando cada detalhe da situação em que você está. Descreva-os minuciosamente para você, como meio de afastar-se de sua observação interna. Lembre-se: você não é sua ansiedade. Quanto mais puder separar-se de sua experiência interna e ligar-se nos acontecimentos externos, melhor se sentirá. Esteja com ansiedade, mas não seja ela; seja apenas observador.

A – AJA COM SUA ANSIEDADE: Aja como se você não estivesse ansioso(a), isto é, funcione com suas sensações de ansiedade. Diminua o ritmo, a velocidade com que você faz as suas coisas, mas mantenha-se ativo(a). Não se desespere, interrompendo tudo para fugir. Se fugir, a sua ansiedade diminuirá, mas o seu medo aumentará, fazendo com que na próxima vez sua ansiedade seja pior. Se você ficar onde está – e continuar fazendo as suas coisas – tanto a sua ansiedade quanto o seu medo diminuirão. Continue agindo, bem devagar!

L – LIBERE O AR DE SEUS PULMÕES, BEM DEVAGAR! : Respire, bem devagar, calmamente, inspirando pouco ar pelo nariz e expirando longa e suavemente pela boca. Conte até três, vagorosamente, na inspiração, outra vez até três prendendo um pouco a respiração e até seis na expiração. Faça o ar ir para o seu abdômen, estufando-o ao inspirar e deixando-o contrair-se ao expirar. Não encha os pulmões. Ao exalar, não sopra, apenas deixe o ar sair lentamente pela boca. Procure descobrir o ritmo ideal de sua respiração, nesse estilo e nesse ritmo, e você descobrirá como isso é agradável.

M – MANTENHA OS PASSOS ANTERIORES: Repita cada um, passo a passo. Continue a: (1) aceitar sua ansiedade, (2) contemplar, (3) agir com ela e (4) respirar calma e suavemente até ela diminuir e atingir um nível confortável. E ela irá, se você continuar repetindo estes quatro passos.

E – EXAMINE SEUS PENSAMENTOS: Talvez você esteja antecipando coisas catastróficas. Você sabe que elas não acontecem. Você já passou por isso muitas vezes e sabe que nunca aconteceu nada do que pensou que aconteceria. Examine o que você está dizendo para si mesmo(a) e reflita racionalmente para ver se o que pensa é verdade ou não: você tem provas sobre se o que pensa é verdade? Há outras maneiras de entender o que lhe está acontecendo? Lembre-se: você está apenas ansioso(a) – isto pode ser desagradável, mas não é perigoso. Você está pensando que está em perigo, mas tem provas reais e definitivas disso?

S – SORRIA, VOCÊ CONSEGUIU!: Você merece todo o seu crédito e o seu reconhecimento. Você conseguiu, sozinho(a) e com seus próprios recursos, tranquilizar-se e superar esse momento. Não é uma vitória, pois não havia um inimigo, apenas um visitante de hábitos estranhos que você passou a compreender e aceitar melhor. Você agora saberá como lidar com visitantes estranhos.

E – ESPERE O FUTURO COM ACEITAÇÃO: Livre-se do pensamento mágico de que você terá se livrado definitivamente, para sempre de sua ansiedade. Ela é necessária para você viver e continuar vivo(a). Em vez de considerar-se livre dela, surpreenda-se pelo jeito como a maneja, como acabou de fazer agora. Esperando a ocorrência de ansiedade no futuro, você estará em uma boa posição para lidar com ele novamente.

2º SESSÃO – Identificação dos aspectos da qualidade de vida (QV) e psicoeducação sobre relaxamento e visualização/imaginação guiada

1) Psicoeducação sobre os aspectos/dimensões da qualidade de vida

Como a pessoa se percebe em cada um/a dele/as?

1.1) Físico/Biológico - hábitos saudáveis, reeducação alimentar, atividade física, identificação de atividade de lazer/prazer, ir à consulta médica, tomar a medicação, dentre outras.

1.2) Psicológico – afetos positivos (otimismo e esperança) e negativos (ansiedade e depressão).

1.3) Nível de Independência (locomoção e dor)

1.4) Social (companheiro/a, família, amigos e colegas)

1.5) Ambiental (organização, limpeza, ruídos)

1.6) Religiosidade/Espiritualidade/Crenças pessoais (fé, crença religiosa, sentido da vida e perspectiva de futuro)

Técnica 2: Técnica Raios de Sol (Qualidade de vida)

Instruções:

- Entregar uma folha para o participante com um círculo desenhado ao centro com raios de sol direcionados as bordas da folha de ofício. Cada raio do sol é constituído por um aspecto da qualidade de vida (QV) - são 6 aspectos/domínios, sendo então 6 raios de sol - biológico, psicológico, social, ambiental, nível de independência, religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais.

-Pedir ao participante que identifique de 0 à 10 como percebe a sua qualidade de vida.

Estabelecimento de agenda

Terapeuta: Psicoeducação sobre qualidade de vida

Identificação dos aspectos da QV

Psicoeducação sobre as técnicas de relaxamento e visualização/imaginação guiada

Técnica de respiração, relaxamento e Imaginação Guiada

O terapeuta perguntar ao participante se gostaria de abordar determinado assunto na sessão: _____

Entrega de vale-alimentação

2) Psicoeducação sobre as técnicas de relaxamento e visualização (imaginação guiada)

Auxilia na consciência corporal;

Diminuição da ansiedade;

Aumento da concentração;

Foco na realização da meta;

Aumento da qualidade de vida: físico e psicológico

Técnica 3: Técnica de Respiração e Relaxamento Progressivo de Jacobson e Técnica de Visualização (Imaginação Guiada).

a) Técnica de Respiração

Instruções: Idem a 1º sessão em relação a técnica de respiração.

b) Técnica de relaxamento progressivo de Jacobson e imaginação guiada

Instruções:

- Postura: Sentado
- Feche os olhos e sinta-se flutuando mentalmente. Puxe o ar e solta o ar pelo nariz.
- Estique as pernas e os pés. Puxe e solte o ar pelo nariz.
- Relaxe as pernas e os pés. Puxe e solte o ar pelo nariz.
- Relaxe os glúteos e a genitália. Puxe e solte o ar pelo nariz.
- Relaxe o peito. Puxe e solte o ar pelo nariz.
- Relaxe as costas. Puxe e solte o ar pelo nariz.
- Relaxe as mãos. Puxe e solte o ar pelo nariz.

- Relaxe os antebraços e braços. Puxe e solte o ar pelo nariz.
- Relaxe os ombros. Puxe e solte o ar pelo nariz.
- Relaxe o pescoço e gire a cabeça lentamente, primeiro para a direita e depois para a esquerda. Logo, continue o movimento colocando a cabeça para trás, em direção ao teto e depois movimento até o peito, e retorne a cabeça para o centro.
- Relaxe as mandíbulas (morda forte e relaxe novamente). Puxe e solte o ar pelo nariz.
- Relaxe os lábios e a boca. Puxe e solte o ar pelo nariz.
- Relaxe o queixo. Puxe e solte o ar pelo nariz.
- Relaxe as pálpebras (aperte fortemente e solte-as). Puxe e solte o ar pelo nariz
- Relaxe a testa e o couro cabeludo. Puxe e solte o ar pelo nariz.

Agora, imagine o seu sistema imunológico fortalecido na sua corrente sanguínea. As células de defesa do seu organismo encontram-se fortes protegendo você para a manutenção da saúde. Visualize você atingindo a sua meta de aumento da qualidade de vida.

Depois de um minuto, retorne da sua imaginação voltando-se para a concentração do relaxamento da testa aos pés novamente. Sinta-se presente nesta sala, sentado/a nesta cadeira. Inspire e expire profundamente o ar pelo nariz.

Tarefa de casa: Técnica de Respiração, Relaxamento Progressivo de Jacobson e Visualização (imaginação guiada)

Entrega da descrição da atividade realizada para tarefa de casa.

Resumo da sessão (fechamento)

3º SESSÃO – Modelo Cognitivo - comportamental: pensamentos disfuncionais em relação a adesão ao tratamento

Estabelecimento de agenda

Terapeuta: Psicoeducação sobre modelo cognitivo-comportamental

Registro de Pensamentos Disfuncionais em relação a adesão ao tratamento

Técnica de respiração, relaxamento e visualização/imaginação guiada

Auto-monitoramento dos pensamentos disfuncionais em relação a adesão ao tratamento

O terapeuta perguntar ao participante se gostaria de abordar determinado assunto na sessão: _____

Entrega de vale-alimentação

1) Psicoeducação do Modelo Cognitivo-comportamental

Pensamentos não são fatos. O sentimento de tristeza ou raiva, quando se sente tão intensamente parece que é uma certeza ou verdade. No entanto, o que incomoda não são os fatos em si, mas a interpretação que se faz dos fatos. O que você pensa dos fatos e o que eles são na realidade pode fazer você se sentir de formas diferentes nas mesmas situações. O objetivo deste entendimento é você aprender a distinguir as diferentes situações na sua vida que ativam os mais variados pensamentos, os quais geram diferentes emoções e comportamentos. A seguir são apresentados alguns erros mais comuns de pensamento automático em relação ao tratamento de saúde, embora alguns sejam verdadeiros, muitos são falsos ou apenas possuem parcelas de verdade. São erros que podem ocorrer no pensamento:

- CATASTROFIZAÇÃO: predizer o futuro negativamente, sem levar em consideração outros resultados mais prováveis.
Ex: *Estou tão ansioso que não vou conseguir ir ao médico. Vai dar tudo errado.*

- DESQUALIFICAR O POSITIVO: falar para si mesmo, sem razão, que experiências positivas, conquistas e qualidades não contam.
Ex: *Faço o tratamento de saúde corretamente, e estou bem, mas isso não significa que sou competente; tive sorte.*

- EMOCIONALIZAÇÃO: pensar que algo deve ser verdadeiro porque você “sente” (acredita) tão forte, ignorando evidências contrárias. “Sinto, logo existe”.
Ex: *Sei que faço o tratamento corretamente, mas sinto que sou um fracasso. Sinto que o médico não gosta de mim.*

- FILTRO MENTAL: prestar atenção num pequeno detalhe, ao invés de ver o quadro por inteiro.
Ex: *Porque o meu último exame de sangue de CD4 diminuiu (Todos os anteriores estavam altos) eu estou fazendo um péssimo tratamento.*

- HIPERGENERALIZAÇÃO: chegar a uma conclusão negativa abrangente que extrapola a situação em questão.
Ex: *Por não me sentir bem na consulta médica, não tenho o necessário para fazer o tratamento.*

- LEITURA MENTAL: acreditar que sabe o que os outros estão pensando, falhando em considerar outras possibilidades prováveis.
Ex: *Ele (médico) está pensando que não entendi sobre como se toma o remédio.*

- MAGNIFICAÇÃO/ MINIMIZAÇÃO: ao fazer uma avaliação de si mesmo, de outra pessoa, ou de uma situação, magnifica o negativo ou minimiza o positivo.

Ex: *Resultado de exame negativo significa que sou desleixado; resultado de exame positivo significa que não sou doente.*

- **ROTULAÇÃO:** fixar um rótulo em si mesmo ou nos outros, sem considerar que as evidências podem levar a conclusões menos desastrosas.
Ex: *Ele(a) é desligado. Ele (a) é desorganizado (a).*
- **PENSAMENTO POLARIZADO:** perceber uma situação em apenas dois níveis. Ex: *Se não sou um sucesso total, sou um fracasso. Ou me amam, ou me odeiam.*
- **PERSONALIZAÇÃO:** acreditar que os outros estão se comportando de determinada forma por sua causa, sem considerar outras possibilidades.
Ex: *Ela foi indiferente comigo porque eu fiz alguma coisa errada.*

Exemplos de situações relacionadas ao tratamento:

Evento (situação) – Tomar a medicação

- Ir à consulta médica agendada

Avaliação cognitiva - Esse remédio vai me fazer mal, vou sentir náusea

- Outras pessoas irão perguntar o que eu tenho e eu vou me atrapalhar. Não quero falar sobre o assunto.
- Vou travar e querer ir embora imediatamente
- Vou ter que ficar internado
- Estou bem não preciso ir ao médico

Emoção – Ansiedade, emoção e/ou medo

Comportamento - Evitou tomar o remédio

- Foi a outro compromisso no mesmo horário da consulta e não ao médico

Técnica 4: Reconhecendo os pensamentos automáticos: um registro de pensamento em três colunas.

Instruções:

1. Desenhe três colunas em uma folha de papel e escreva em cada uma delas “situação”, “pensamentos automáticos” e “emoções”
2. Agora lembre uma situação recente (ou uma lembrança de um evento) que pareceu mexer com suas emoções, como ansiedade, raiva, tristeza, tensão física ou alegria.
3. Tente se imaginar estando de volta na situação, exatamente como aconteceu.

4. Quais foram os pensamentos automáticos que ocorreram nessa situação? Escreva a situação, os pensamentos automáticos e as emoções nas três colunas do registro de pensamento.

Identifique situações, pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados ao tratamento de saúde.

Situação	Pensamentos Automáticos	Sentimentos	Comportamento	Pensamento Alternativo
Quem?	(Imagens) O que passou por sua cabeça no momento?	Como você se sentiu?	O que você fez na situação?	Qual outro pensamento eu poderia ter nesta situação?
O quê?				
Quando?				
Onde?				

Técnica 5: Técnica de respiração, relaxamento progressivo de Jacobson e técnica de visualização (imaginação guiada)

Tarefa de casa: Continuação da identificação dos pensamentos disfuncionais em relação ao tratamento de saúde.

Resumo da sessão (fechamento)

4º SESSÃO – Psicoeducação sobre suporte social e pensamentos alternativos para adesão ao tratamento.

Estabelecimento de agenda

Psicoeducação sobre modelo cognitivo-comportamental: pensamentos alternativos

Psicoeducação sobre o suporte social

Identificação de fontes de suporte social

Registro de Pensamentos Alternativos para adesão ao tratamento

O terapeuta perguntar ao participante se gostaria de abordar determinado assunto na sessão: _____

Técnica de Respiração, Relaxamento e Imaginação Guiada

Entrega de vale-alimentação

1) Psicoeducação sobre o suporte social

- Relação entre a importância do suporte social (fator de proteção à saúde) ou rede de relacionamentos para o aumento da qualidade de vida.
- Referir sobre a existência de estudos que comprovam que o isolamento e o afastamento da rede de relacionamento contribui para o adoecimento físico e psíquico da pessoa, entretanto, sendo o suporte social, fator de proteção à saúde.
- Desde os estudos de Darwin sobre os macacos, e mesmo os posteriores sobre a relação tátil entre cães, por exemplo, cadelas que acariciam seus filhotes, realizando uma estimulação tátil, seja para higienização, para amamentação, ou mesmo carinho, aumentam a sobrevivência de seus filhotes.
- Em relação aos humanos, o mesmo acontece desde o momento do nascimento, o contato com os cuidadores, tanto para as necessidades fisiológicas quanto afetivas são protetores da saúde.
- Pessoas que andam em grupo, tendem a sentir-se protegidas, e pertencentes a uma comunidade, isto pode aumentar a auto-confiança e a auto-estima. A identificação e manutenção das fontes de suporte social, e da qualidade das relações são fatores de proteção à saúde.

Técnica 6: Identifique situações, pensamentos, sentimentos e comportamentos e os pensamentos alternativos em relação ao tratamento de saúde (Complemento da Técnica 4)

Situação Quem? O quê? Quando? Onde?	Pensamentos Automáticos (Imagens) O que passou por sua cabeça no momento?	Sentimentos Como você se sentiu?	Comportamento O que você fez na situação?	Pensamento Alternativo Qual outro pensamento eu poderia ter nesta situação?

--	--	--	--	--

Técnica 7: Técnica de Respiração e Relaxamento Progressivo de Jacobson e Técnica de Visualização (imaginação guiada).

Instruções: Idem 2º sessão

Tarefa de casa: Técnica de Respiração, Relaxamento Progressivo de Jacobson e Visualização (imaginação guiada)

Resumo da sessão (fechamento)

5º SESSÃO – Identificação da crença central do esquema da personalidade para reestruturação cognitiva voltada para a adesão ao tratamento

Estabelecimento de agenda

Terapeuta: Psicoeducação sobre crenças centrais

Diagrama de conceitualização cognitiva

Técnica de respiração, relaxamento e visualização/imaginação guiada

O terapeuta perguntar ao participante se gostaria de abordar determinado assunto na sessão: _____

Entrega de vale-alimentação

Psicoeducação sobre as crenças centrais

É importante a compreensão de alguns aspectos da sua crença central:

- 1) Isso é uma ideia, não necessariamente uma verdade.
- 2) Você pode acreditar nisso com convicção, até mesmo “sentir” que é verdade, independente de você saber que ela seja, em grande parte ou inteiramente, não-verdadeira.
- 3) A crença central está enraizada em eventos da infância e pode ou não ter sido verdadeira no momento em que você imediatamente começou a acreditar nela.
- 4) A crença central continua a ser mantida através da operação dos seus esquemas, nos quais você as reconhece prontamente em forma de evidências que a apoiam enquanto ignora ou reduz as evidências em contrário.

- 5) A pessoa que veio em busca de tratamento e o terapeuta, trabalhando juntos, podem usar uma variedade de estratégias ao longo do tempo para mudar essa idéia, de modo que a pessoa possa ver a si mesma de uma forma mais realista.

Técnica 8: Diagrama de conceitualização cognitiva

DIAGRAMA DE CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA

Dados Relevantes de Infância

Crença Nuclear

Suposições / Crenças / Regras Condicionais

Se ...

Se...

Estratégias Compensatória		
Situação 1	Situação 2	Situação 3
Pensamento Automático	Pensamento Automático	Pensamento Automático
Significado do P.A.	Significado do P.A.	Significado do P.A.
Emoção	Emoção	Emoção
Comportamento	Comportamento	Comportamento

Técnica 9: Técnica de Respiração e Relaxamento Progressivo de Jacobson e Técnica de Visualização (imaginação guiada).

Instruções: Idem 2º sessão

Tarefa de casa: Técnica de Respiração, Relaxamento Progressivo de Jacobson e Visualização (imaginação guiada)

Resumo da sessão (fechamento)

6º SESSÃO – Modelo cognitivo-comportamental: resolução de problemas e tomada de decisão para adesão ao tratamento.

Estabelecimento de agenda

Terapeuta: **Vantagens e desvantagens para tomada de decisão para a adesão ao tratamento**

Técnica de respiração, relaxamento e visualização/imaginação guiada

O terapeuta perguntar ao participante se gostaria de abordar determinado assunto na sessão: _____

Entrega de vale-alimentação

Técnica 10: Descreva as situações da sessão anterior e identifique vantagens e desvantagens para tomada de decisão para adesão ao tratamento

Situação 1:	
Pensamentos alternativos:	
Vantagens	Desvantagens
1-	1-

Técnica 11: Técnica de respiração, relaxamento progressivo de Jacobson e técnica de visualização (imaginação guiada)

Resumo da sessão (fechamento)

7º SESSÃO – Modelo cognitivo-comportamental: resolução de problemas e tomada de decisão para adesão ao tratamento.

Estabelecimento de agenda

Terapeuta: Retomar o RPD com pensamentos alternativos

Técnica de respiração, relaxamento e visualização/imaginação guiada

Entrega de vale-alimentação

Técnica 12: Retome as situações da sessão anterior e identifique pensamentos disfuncionais relacionados ao seu tratamento de saúde e pensamentos alternativos para a adesão ao tratamento.

Situação 1	
Pensamento Automático (D)	Pensamento Alternativo
Significado do PA	Significado do PA
Emoção	Emoção
Comportamento	Comportamento

Técnica 13: Técnica de respiração, relaxamento progressivo de Jacobson e técnica de visualização (imaginação guiada)

Resumo da sessão (fechamento)

8º SESSÃO – Prevenção de recaída para adesão ao tratamento

Estabelecimento de agenda

Terapeuta: Revisão do Modelo Biopsicossocial do HIV/AIDS e adesão ao tratamento

Revisão do Modelo Cognitivo-comportamental

Identificação de frases motivadoras para manutenção do tratamento

Técnica de respiração, relaxamento e visualização/imaginação guiada

O terapeuta pergunta ao participante se gostaria de abordar determinado assunto na sessão: _____

Entrega de vale-alimentação

1) Revisão do Modelo Biopsicossocial do HIV/AIDS e adesão ao tratamento

- Biológico (exercício físico, alimentação saudável, técnica de respiração e relaxamento, dentre outros)
- Psicológico (identificação dos pensamentos disfuncionais, focalizar nos pensamentos alternativos voltados para o otimismo e esperança, fazer auto-monitoramento)
- Nível de independência (exercícios de fisioterapia, reeducação postural, diminuição da dor)
- Social (encontrar os amigos e/ou familiares, sair para se divertir com amigos, telefonar para ente querido, dentre outros)
- Ambiental (organizar o ambiente, manter a limpeza, diminuição de ruídos, dentre outros)
- Religiosidade/espiritualidade (desenvolver crenças de fé, esperança e sentido da vida, realização de prática religiosa, dentre outros)

1.1 Reforçar as estratégias para o aumento da adesão ao tratamento através da Técnica dos Cartões de enfrentamento.

- Despertador para lembrança do horário para a medicação;
- Pensamentos otimistas e esperançosos, embasados em experiências positivas em relação à qualidade de vida psicológica (lembrança de momentos vividos felizes);
- Lembranças das competências e habilidades desenvolvidas frente a situações de crise;
- Pedir ajuda sempre que uma situação estiver desorganizada, ou que emocionalmente se sinta sozinho/a;
- Solicitar ajuda como prevenção de uma situação de crise, no intuito de prevenir agravos da mesma;
- Fazer exercícios para diminuição da lipodistrofia;
- Deslocar medicação em frascos sem rótulo (ex. caixa tipo pastilha) quando sair de casa por mais de 24 horas;
- Mudar o horário de tomar a medicação, caso tenha efeito colateral diarreia;
- Listar perguntas de esclarecimento para o médico;
- Realizar atividades de lazer;
- Outras

1.2 Reforçar as estratégias para o fortalecimento do suporte social

- Visitar um amigo;
- Telefonar para um ente querido no final de semana para convidá-lo/a para tomar m café;
- Telefonar para um amigo/a no dia do aniversário para parabenizá-lo/a;
- Procurar um amigo da infância ou adolescência;
- Outras

2) Revisão do Modelo Cognitivo-comportamental

2.1 Reforçar os pensamentos alternativos para adesão ao tratamento

2.2 Reforçar as vantagens para a adesão ao tratamento

Resumo da sessão

Técnica 13: Cartões de Enfrentamento

- Cartões de 8x13cm que o paciente mantém próximo de si (exemplo: carteira, criado mudo, bolsa, afixado no espelho do banheiro ou na porta da geladeira entre outros locais).
- O paciente é encorajado a lê-los em um período regular (mais ou menos três vezes ao dia) ou na medida do necessário. Servindo para o paciente como uma forma de resposta adaptativa a um pensamento automático, estratégia de enfrentamento ou como motivação.

Técnica 14: Técnica de respiração, relaxamento progressivo de Jacobson e técnica de Visualização (imaginação guiada)

Avaliação do participante sobre o programa.

Apêndice 3 – Roteiro da Entrevista De Avaliação Da Intervenção Cognitivo -
Comportamental Com Pessoas Com HIV/Aids

**ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL COM PESSOAS COM HIV/AIDS**

1. Para você as sessões foram:

<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Muito bom
-------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------------------------	------------------------------------

2. Eu gostaria que tu me falasses o que tu achaste dos atendimentos.

(Caso não seja mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

2.1 Como te sentiste durante as sessões de atendimento psicológico?

2.2 Tu consideras que as sessões de atendimento psicológico te ajudaram?

2.3 Em que te ajudaram, por exemplo? E com relação ao seu tratamento de saúde para o HIV? E com relação à Qualidade vida?

2.4 Teve alguma coisa que tu não gostaste nas sessões?

2.5 Tu esperavas algo diferente das sessões de atendimento psicológico?

3. O quanto você aprendeu sobre Adesão ao tratamento do HIV/AIDS e qualidade de vida nas sessões?

<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
--------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

4. Eu gostaria que tu me falasses sobre o que tu aprendeste nestas sessões de atendimento psicológico?

(Caso não seja mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

4.1 O que te chamou mais atenção?

4.2 E o que tu ainda não sabias?

4.3 O que tu aprendeste de novo, por exemplo?

5. Eu gostaria que tu me falasses o quanto ficastes satisfeita (o), em relação às informações que recebeste:

<input type="checkbox"/> Muito satisfeita	<input type="checkbox"/> Satisfeita	<input type="checkbox"/> Nem satisfeita, nem insatisfeita	<input type="checkbox"/> Insatisfeita	<input type="checkbox"/> Muito insatisfeita
---	-------------------------------------	---	---------------------------------------	---

6. Para você a aplicação das técnicas (Qualidade de vida, Respiração e Relaxamento, RPD, RPA, Vantagens e desvantagens, Diagrama de Conceitualização Cognitiva, Cartão) foram:

<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Muito bom
-------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------------------------	------------------------------------

7. Eu gostaria que tu me falasses o que tu achaste da aplicação das técnicas.

(Caso não seja mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

7.1 Como te sentistes durante as técnicas de atendimento psicológico?

7.2 Tu consideras que as técnicas te ajudaram?

7.3 Você aplicou alguma técnica em casa durante a semana? Qual?

7.4 Em que te ajudaram? E com relação ao seu tratamento de saúde? Qualidade vida?

7.5 Tu esperavas mais das técnicas?

7.6 Teve alguma coisa que tu não gostaste nas técnicas?

8. Em relação aos teus pensamento houve alguma mudança para adesão ao tratamento?

<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
--------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

9. Eu gostaria que tu me falasses sobre como está o teu pensamento em relação ao tratamento de saúde e qualidade de vida, depois das sessões?

(Caso não seja mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

9.1 Alguma coisa mudou? O quê?

9.2 Qual é o teu pensamento diante da situação do seu tratamento de saúde? E em relação à qualidade de vida?

10. Em relação as tuas emoções houve alguma mudança ?

<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
--------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

11. Eu gostaria que tu me falasses sobre como está a tua emoção em relação ao tratamento de saúde e qualidade de vida, depois das sessões?

(Caso não seja mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

11.1 Alguma coisa mudou? O quê?

11.2 Como tu te sentes (emoção) diante de uma situação de tratamento de saúde ?

12. Em relação ao comportamento houve alguma mudança?

<input type="checkbox"/> Muito pouco	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Muito
--------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

13. Eu gostaria que tu me falasses sobre como está o teu comportamento em relação ao tratamento de saúde e qualidade de vida, depois das sessões?

(Caso não seja mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

13.1 Alguma coisa mudou? O quê?

13.2 Qual é a tua atitude/comportamento diante de uma situação de realizar o tratamento de saúde?

14. Como tu dirias que te sentes após as sessões de atendimento psicológico?

<input type="checkbox"/> Muito melhor	<input type="checkbox"/> Melhor	<input type="checkbox"/> Nem melhor, nem pior	<input type="checkbox"/> Pior	<input type="checkbox"/> Muito pior
---------------------------------------	---------------------------------	---	-------------------------------	-------------------------------------

15. Como está a tua relação com outras pessoas depois das sessões de atendimento psicológico?

<input type="checkbox"/> Muito melhor	<input type="checkbox"/> Melhor	<input type="checkbox"/> Nem melhor, nem pior	<input type="checkbox"/> Pior	<input type="checkbox"/> Muito pior
---------------------------------------	---------------------------------	---	-------------------------------	-------------------------------------

16. Eu gostaria que tu me falasses sobre como está a tua relação com outras pessoas (fonte de suporte social) depois das sessões.

(Caso não seja mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

16.1 Alguma coisa mudou na tua relação com as outras pessoas? O quê?

16.2 Como te sentes agora?

16.3 E na tua vida pessoal, tu achas que mudou alguma coisa? O que mudou?

16.4 Tu esperavas alguma outra mudança?

17. Como você descreveria sua relação com a terapeuta?

<input type="checkbox"/> Muito ruim	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Muito bom
-------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------------------------	------------------------------------

18. Eu gostaria que tu me falasses sobre como (você) percebes a tua relação com a terapeuta.

(Caso não seja mencionado) Tu poderias me falar um pouco mais sobre...

18.1 Tu ficastes a vontade?

18.2 Tu te sentistes acolhido pelo terapeuta?

18.3 Tu te sentistes compreendido pelo terapeuta?

18.4 O que tu achas que poderia ter sido diferente nas sessões?

19. Tu recomendarias este tipo de atendimento para outras pessoas com HIV/Aids?

19.1 Se sim. Por quê?

19.2 Se não. Por quê?

20. Tu terias alguma sugestão em relação a este tipo de atendimento, para que seja melhorado(para), afim de trabalhar os aspectos psicológicos em relação ao tratamento e qualidade de vida? Algum tema a ser trabalhado mais?

21. Tu terias alguma crítica em relação a este tipo de atendimento, para que seja melhorado(para), afim de trabalhar os aspectos psicológicos em relação ao tratamento e qualidade de vida?

22. Observação entrevistador: