



AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÃO GRUPAL
PARA PROMOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA
EM PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS:
A AIDS COMO MODELO

Circe Salcides Petersen

Tese de Doutorado

Porto Alegre/RS, 2007

Avaliação de Intervenção Grupal para Promoção de Qualidade de Vida
em Portadores de Doenças Crônicas: A AIDS como Modelo

Circe Salcides Petersen

Doutoranda

Tese de Doutorado como exigência parcial do Curso
de Pós-Graduação em Psicologia sob orientação da
Prof^a. Dr^a. Sílvia Helena Koller - UFRGS

Co-orientação da Prof^a. Dr^a Doris Vasconcellos –
Universidade de Paris V

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento
Maio, 2007.

Dedico esta tese a Bruna (minha filha),
que mudou minha vida.
Para quem acredita no meu melhor
como exemplo para sua vida.

Agradecimentos

À Dra. Silvia Helena Koller pela aprendizagem, carinho, tolerância e respeito ao longo desta caminhada. Uma amiga para guardar o lado esquerdo do peito.

À Dra. Doris Vasconcellos por me apresentar o projeto *Eurovihta* e pelas sugestões ao longo do projeto de tese. Obrigada pela amizade e confiança.

À minha filha Bruna e meu marido Luiz Fernando pelo tempo que abriram mão em suas vidas para que eu pudesse me dedicar a uma tese de doutoramento. Por gostarem de brincar comigo e por gostarem do meu amor. Seus melhores sorrisos fazem a minha vida mais doce.

Aos professores do PPG em psicologia do desenvolvimento da UFRGS por sua dedicação e exemplo de vida como pesquisadores. Obrigada por fazerem junto conosco deste programa um dos melhores de nosso país. Finalizo este programa com vontade de continuar e isso é único.

Ao Prof. Dr. Marco Teixeira por sua essencial ajuda na análise estatística e apresentação dos resultados desta tese. Obrigada por sua disponibilidade e apoio.

A meus colegas de PPG e em especial aos amigos do CEP-rua pelos momentos de aprendizagem e principalmente pelo riso que alimenta a alma.

Aos meus pais José e Lea pelo exemplo de bondade, dedicação e sabedoria, que um dia me ensinaram que minha melhor herança seria educação e eu ouvi. Tenho na minha vida que aprender é um prazer a ser compartilhado. Obrigada por estarem sempre firmes acreditando em mim nos diferentes momentos da minha vida.

Ao serviço de DST/AIDS da cidade de Viamão e em especial a médica Leticia Ikeda e a psicóloga Karim que gentilmente acolheram este projeto de pesquisa.

Às pessoas vivendo com HIV/AIDS que gentilmente participaram deste estudo e a aqueles que foram por nos tratados por confiarem em nossa capacidade de ajuda.

À Aline Domingues minha querida auxiliar de pesquisa e amiga, que foi sem dúvida imprescindível para execução da coleta de dados.

Às minhas irmãs Arlete e Lídia simplesmente pela amizade perene na vida.

As minhas amigas do peito: Rosane Levenfus e Thais Monte pelo incentivo, pelo riso, pelo apoio, por acreditarem em mim e por fazerem parte da minha vida por escolha. Obrigada pela parceria à Rosane por partilhar o mesmo “Projecto” de vida e a Thais por ser a minha melhor parceira de tênis nas quadras da vida.. *Smach*, nesta tese, matei este ponto!

Aos funcionários do PPG e em especial a Margareth, Alziro e Carla que fazem a “máquina andar”.

Obrigada.

SUMÁRIO

SUMÁRIO	6
RESUMO	11
ABSTRACT.....	12
CAPÍTULO I INTRODUÇÃO.....	13
1 <i>Eurovihta</i> Project.....	27
1.1 Módulos Horizontais.....	29
1.2 Módulos Verticais	31
2 Fundamentos Teóricos para o Programa de Intervenção-Grupal Preconizado	33
3 A Produção em Pesquisa no Campo da Psiconeurimunologia no Brasil e no Mundo ..	36
4 Psiconeuroimunologia	38
5 Psiconeuroimunologia & Bioecologia: Lentes Superpostas para Compreender os Processos de Saúde e Doença ao longo do Desenvolvimento Humano	39
6 A Integração dos Diferentes Sistemas em Busca de Homeostasia.....	43
7 Psiconeuroimunologia e a Bioecologia do Estresse	45
8 Modelos Ecológicos para Compreender o Estresse.....	54
CAPÍTULO II MÉTODO	59
1 Delineamento.....	59
2 Participantes	60
3 Instrumentos	63
3.1 Estrutura do <i>Eurovihta</i> Project.....	63
3.2 Questionário Bio-Sócio-Demográfico	63
3.3 WHOQOL-HIV <i>brief</i>	63
3.4 Inventário de Depressão de Beck (BDI)	64
3.5 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp - ISSL.....	64
3.6 Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS.....	64
3.7 Contagem de células T CD4	65
3.8 Quantificação do RNA Viral.....	66
4 Procedimentos para Coleta de Dados	67

CAPÍTULO III RESULTADOS.....	70
CAPÍTULO IV DISCUSSÃO	85
CAPÍTULO V CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS.....	104
ANEXO A PLANO DAS SESSÕES DA INTERVENÇÃO BASEADA NO <i>EUROVIHTA PROJECT</i>	117
ANEXO B TÉCNICA COMPORTAMENTAL.....	125
ANEXO C TÉCNICA COMPORTAMENTAL E TÉCNICA COGNITIVA.....	127
ANEXO D TÉCNICA COMPORTAMENTAL	130
ANEXO E TÉCNICA COGNITIVA	132
ANEXO F DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS PESSOAIS	134
ANEXO G TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	136
ANEXO H ESCALA DE SUPORTE SOCIAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV /AIDS	139
ANEXO I AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PELOS USUÁRIOS	141

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Distribuição das pessoas vivendo com AIDS ao redor do mundo.	16
<i>Figura 2.</i> Comparação de dias de internação de PVCA em relação ao número de pessoas em ARV.	18
<i>Figura 3.</i> Estimativa global do número de adultos e crianças mortos em 2005 pela AIDS. .	20
<i>Figura 4.</i> A pessoa e seu funcionamento psicofisiológico no contexto ecológico.....	41
<i>Figura 5.</i> Resposta ao estresse e desenvolvimento da carga alostática.	48
<i>Figura 6.</i> Eixo HPA e o sistema imune.	51
<i>Figura 7.</i> Comunicação bi-direcional monócitos/neurônios.	53
<i>Figura 8.</i> Modelos compensatórios para neutralizar fatores de risco	56
<i>Figura 9.</i> Modelo desafiador do comportamento	57
<i>Figura 10.</i> Modelo risco/proteção da pessoa em desenvolvimento.....	57
<i>Figura 11.</i> Apoio instrumental para os G1 e G2 antes e depois do tratamento (T1 e T2)	75
<i>Figura 12.</i> Estresse nos grupos 1 e 2 antes e depois do tratamento (T1 e T2)	76
<i>Figura 13.</i> Médias da depressão dos grupos G1 e G2 antes e depois do tratamento (T1 e T2)	77
<i>Figura 14.</i> Médias da carga viral dos grupos G1 e G2 antes e depois do tratamento (T1 e T2)	78
<i>Figura 15:</i> Modelo multidimensional que envolve as relações entre fatores bio-psico-sociais e qualidade de vida.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	<i>Sumário Epidemiológico da AIDS no Mundo em 2005</i>	15
Tabela 2	<i>Dados Demográficos, Socioeconômicos da Região e População Alvo</i>	18
Tabela 3	<i>Áreas e Populações Especiais no Município de Viamão</i>	19
Tabela 4	<i>Resumo dos Conteúdos do Eurovihta Project</i>	29
Tabela 5	<i>Estresse Associado a Disfunções do Eixo HPA</i>	52
Tabela 6	<i>Sexo x Modo Infecção</i>	60
Tabela 7	<i>Ranking da Escolaridade da Amostra Total</i>	61
Tabela 8	<i>Participantes que Permaneceram até o T2 e os que Evadiram, quanto à Escolaridade</i>	62
Tabela 9	<i>Recomendações para Início de Terapia Anti-Retroviral</i>	66
Tabela 10	<i>Média (Desvio-Padrão) para a Variável Qualidade de Vida e seus Domínios</i> ..	71
Tabela 11	<i>Resultados da Análise de Variância para Qualidade de Vida</i>	72
Tabela 12	<i>Média (M) e Desvio-Padrão (DP) para as Variáveis: Apoio Social Emocional e Instrumental, Estresse, Depressão, CD4 e Carga Viral</i>	73
Tabela 13	<i>Resultados de Análise de Variância para as Variáveis: Apoio Social Emocional e Instrumental, Estresse, Depressão, CD4 e Carga Viral</i>	74
Tabela 14	<i>Correlações (Spearman) Bivariadas entre as Variáveis Depressão, Apoio Social e os Domínios da QV</i>	79
Tabela 15	<i>Correlações entre Depressão, Fases do Estresse e Apoio Social Emocional e Instrumental (Pearson)</i>	80
Tabela 16	<i>Correlações entre Depressão, Fases do Estresse e Apoio Social Emocional e Instrumental (Spearman)</i>	80
Tabela 17	<i>Fases do Estresse no T1 para Amostra Total (N=89)</i>	81
Tabela 18	<i>Correlações (Pearson) entre as Variáveis: Saúde, Doença, Carga Viral, CD4, Usuário de Drogas, Uso de Coquetel, Depressão, Qualidade de Vida e Estresse</i>	81

Tabela 19	<i>Correlações de Spearman para as Variáveis: Saúde, Doença, Carga Viral, CD4, Usuários de Drogas, Depressão, Qualidade de Vida e Estresse</i>	82
Tabela 20	<i>Estrutura das Sessões do Eurovihta Project</i>	117
Tabela 21	<i>Módulos do Eurovihta Project</i>	119
Tabela 22	<i>Plano das Sessões</i>	121

RESUMO

Trata-se de um ensaio clínico não randomizado, que investigou os efeitos da terapia cognitiva e comportamental (TCC) em grupo para promover qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Os participantes foram 89 pessoas (30 na amostra final) organizadas em dois grupos: com e sem tratamento psicológico. As variáveis qualidade de vida, depressão, estresse, rede de apoio social, CD4 e carga viral foram mensuradas antes da intervenção e após 16 semanas (final do tratamento). Os resultados mostraram efetividade do tratamento para a depressão e apoio social instrumental com diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo não tratado. Estresse e apoio social instrumental foram preditores de qualidade de vida (QV). As variáveis CD4 e carga viral não mostraram nenhuma relação com o tratamento psicológico preconizado neste estudo. Possíveis aplicações dos achados em serviços de atenção a AIDS são apresentadas.

Palavras-chave: AIDS; qualidade de vida; depressão; Terapia cognitiva comportamental; estresse.

ABSTRACT

Evaluation of a group intervention for promotion of quality of life
in chronic patients: the model of aids

This is a non randomized clinical trial that investigated the effects of a 16 week group cognitive behavioral therapy on people living with aids. The sample was composed by 89 people living with aids in two groups: treated and non treated. The variables quality of life, depression, stress, social support, cd 4 and viral load were measured at baseline and in after a 16 week interval (end of psychological treatment). The group intervention significantly decreased depression scores and increased instrumental social support. Stress and instrumental social support were predictors of quality of life in people living with aids. Cd4 and viral load had no relation with psychological variables. Further applications for services referred to Aids outpatients are presented.

Keywords: AIDS; quality of life; depression; stress; cognitive behavioral therapy.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar um programa de intervenção terapêutica, denominado *Eurovihta*, para promoção de qualidade de vida em pacientes vivendo com AIDS. Este é um ensaio clínico não-randomizado com análises intragrupos e intergrupos. A investigação avaliou a qualidade de vida, o apoio social, estresse, rede de apoio social e depressão ao longo do tempo, bem como a repercussão da intervenção no equilíbrio imunológico em pessoas vivendo com AIDS em curso de terapia anti-retroviral. A amostra foi dividida em dois grupos, o primeiro recebeu intervenção psicológica, e o segundo serviu como comparação. Todos os participantes foram acompanhados ao longo de dezesseis semanas com dois cortes transversais de avaliações nesse período. A primeira avaliação com medidas biológicas e psicológicas foi realizada antes da intervenção e repetida ao final do tratamento. Essa investigação inscreve-se no campo da psicologia da saúde, portanto é relevante revisar conceitos de saúde, constructos diretamente relacionados à temática, bem como resultados de investigações prévias diretamente ligadas com o foco desta pesquisa.

O conceito de saúde foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença. Recentemente esse conceito foi estendido e incluído o constructo de qualidade de vida relativa à saúde. Qualidade de vida foi definida pela OMS, como a percepção individual da posição ocupada pelo indivíduo no contexto cultural, bem como o sistema de valores que está inserido e sua relação com os objetivos, expectativas padrões e preocupações a cerca da saúde. Estão incorporados nesse constructo: a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e suas ligações com o ambiente em que a pessoa se inscreve. Essa definição implica uma visão de qualidade de vida, a partir de uma avaliação subjetiva que está inserida em um contexto sócio-histórico e cultural (Barlotte, Guillemin, Chau, & Lorhandicap Group, 2001; Billington, 1998).

O constructo de qualidade de vida implica em três aspectos fundamentais; subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas. Os instrumentos para avaliar a qualidade de vida incluem diferentes domínios, e o WHOQOL (instrumento para avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde), que foi utilizado neste estudo, tem uma estrutura baseada em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião e crenças pessoais. As esferas de avaliação do WHOQOL podem ser subdivididas em diferentes domínios descritos a seguir: a física divide-se em dor, mal-estar, energia, cansaço, sono e descanso; a psicológica inclui o lado dos sentimentos positivos, do trabalho reflexivo, da aprendizagem, da memória, da concentração, da auto-estima, da imagem e aparência corporal, dos sentimentos negativos; o grau de independência envolve os aspectos: motilidade, atividades da vida diária, dependência relativa a medicações e tratamentos e capacidade de trabalho; as relações sociais abrangem as faces das relações interpessoais, apoio social e atividade sexual; o meio ambiente inclui seguridade social, ambiente doméstico, recursos financeiros, disponibilidade e acesso à atenção sanitária e social, oportunidade de adquirir novas informações, bem como a participação em atividades recreativas, ambiente físico (contaminação, ruído, tráfego e clima) e transporte; a espiritual encerra em seu âmbito a religião e crenças pessoais. A avaliação da qualidade de vida por meio do WHOQOL pode ser caracterizada pela descrição de comportamentos, estado de bem-estar, capacidade ou potencial ou ainda percepção ou experiência. A avaliação do fator qualidade de vida, segundo o grupo da OMS, não deve considerar somente o mundo absoluto, mas também o grau de satisfação que a pessoa tem em sua inserção nesse universo. A atenção à avaliação subjetiva do paciente tem significado e aplicação relevantes em saúde coletiva, pois essa fornece parâmetros objetivos para dimensionar custo - benefício e otimização de recursos nos tratamentos de pacientes e pode servir como medida dos resultados para comparar os benefícios entre diferentes métodos terapêuticos (Fleck et al., 1999; WHO/EDM/TRM, 2001; WHOLIS, 1996).

O desenvolvimento do constructo de qualidade de vida relativo à saúde foi fundamental para melhor compreensão do impacto e repercussões de doenças crônicas em diferentes dimensões da vida dos pacientes. Além disso, a avaliação de qualidade de vida é econômica em tempo e não invasiva (WHOLIS, 1996). O conceito de qualidade de vida relativo à saúde tem sido aplicado a diferentes patologias. A doença crônica apresentada como modelo neste estudo é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), assim é relevante caracterizar a patologia e seu impacto nas populações. A AIDS foi descrita pela

primeira vez no início da década de 80 e é ocasionada pela infecção com o Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Viruses – HIV). A doença é caracterizada por uma redução maciça do número de células T CD4¹ acompanhada por infecções severas por patógenos, que raramente perturbaria uma pessoa saudável, ou por formas agressivas de Sarcoma de Kaposi ou por linfoma das células B. O HIV é um retro vírus e, ao infectar uma célula, transcreve o genoma de RNA (ácidos ribonucléicos) e esse é copiado em um genoma complementar. Ele é um retro vírus “envelopado”, que se reproduz no sistema imune do hospedeiro. O principal efeito da infecção por HIV é a destruição das células T CD4 e, à medida que essas células T CD4 diminuem de contagem, o corpo torna-se suscetível a infecções oportunistas. A maioria das pessoas contaminadas pelo vírus HIV desenvolve AIDS e morre, contudo de 3% a 7% das pessoas infectadas permanecem saudáveis (Janeway, Travers, Walport, & Shomchik, 2002; Parham, 2001). A contaminação pelo HIV tem proporções pandêmicas e provavelmente milhões de pessoas morrerão de AIDS nos próximos anos. A Tabela 1 apresenta a distribuição epidemiológica da AIDS no mundo em 2005.

Tabela 1
Sumário Epidemiológico da AIDS no Mundo em 2005²

Número total de pessoas vivendo com Aids	
Total	40.3 milhões
Adultos	38.0 milhões
Mulheres	17.5 milhões
Crianças com menos de 15 anos	2.3 milhões
Novos infectados pelo HIV em 2005	
Total	4.9 milhões
Adultos	4.2 milhões
Crianças com menos de 15 anos	700 000
Mortos por AIDS em 2005	
Total	3.1 milhões
Adultos	2.6 milhões
Crianças com menos de 15 anos	570 000

O número de pessoas vivendo com HIV no mundo hoje é de 40,3 milhões, destes 38 milhões são adultos e 2,3 crianças menores de 15 anos.

¹ T CD4 subgrupo das células do sistema imunológico do tipo linfócitos T que expressam o co-receptor CD4 e reconhecem antígenos (Parham, 2001).

² UNAIDS, 2006

Entre as mulheres o número de infectadas é de 17,5 milhões. O número de novos infectados no ano de 2005 foi de 4,9 milhões de pessoas e morreram no mesmo ano 3,1 milhões de pessoas, sendo 2,6 milhões adultos (UNAIDS, 2006).

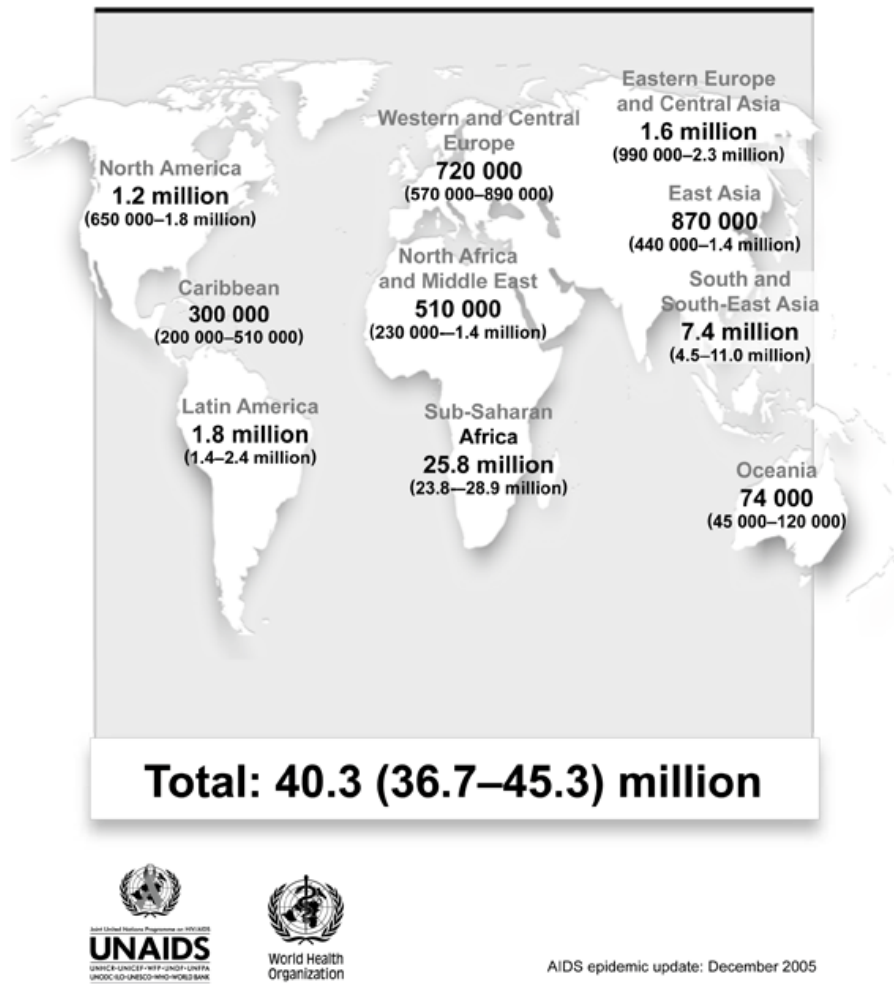


Figura 1. Distribuição das pessoas vivendo com AIDS ao redor do mundo.³

Na América do Sul, Brasil, Argentina e Colômbia são os países com maior representação na epidemia. O Brasil sozinho representa um terço da população de um milhão e oitocentas mil pessoas vivendo com AIDS (PVCA) estimadas na América do Sul (UNAIDS, 2006). Desde o início da década de 80, até dezembro de 2002, o Ministério da Saúde notificou 257780 casos de AIDS no Brasil. Desse total, 185061 foram verificados em homens e 72719 em mulheres. No ano de 2002, foram notificados 9495 novos casos da epidemia no Brasil.

Quanto às principais categorias de transmissão entre os homens, as relações sexuais respondem por 58% dos casos de AIDS, com prevalência nas relações homossexuais de 25%. Entre as mulheres, a transmissão do HIV também se dá, predominantemente, pela via

³ UNAIDS, 2006

sexual (86,2%). As demais formas de transmissão, em ambos os sexos, de menor peso na epidemia, são: transfusão, transmissão materno-infantil ou causas ignoradas pelos pacientes (Programa Nacional de DST e AIDS, 2003). O número de brasileiros submetidos à terapia anti-retroviral continua crescendo e em setembro de 2005 aproximadamente 170000 pessoas estavam recebendo o tratamento com um índice da adesão estimado em 75% (UNAIDS, 2006).

A taxa de incidência de AIDS no Brasil mantém-se, ainda, em patamares elevados, em 19,2 casos por 100 mil habitantes, em 2003, basicamente devido à persistência da tendência de crescimento entre as mulheres que, nesse mesmo ano, atingiu 15 casos por 100 mil mulheres. A razão entre os casos masculinos e femininos continua decrescente, ficando em 15 casos masculinos para cada 10 femininos (ou 1,5:1). Entre as regiões brasileiras, com exceção da Sudeste, mantém-se a tendência de crescimento, principalmente nas regiões Norte, com destaque para o estado de Roraima, e Centro-Oeste. A mortalidade mantém-se estabilizada em cerca de 11 mil óbitos anuais desde 1998 e com taxa de 6,4 óbitos por 100 mil habitantes, embora observe--se, ainda, o crescimento nas regiões Norte e Sul, com destaque para o estado do Rio Grande do Sul e, notadamente, a redução das taxas em São Paulo e Distrito Federal. Mantém-se, também, o crescimento da mortalidade entre as mulheres. Como observado para os casos de AIDS, entre 55 e 60% dos óbitos por Aids ocorreram entre aqueles que foram categorizados como de raça/cor “Branca”, mas com crescimento persistente da proporção de óbitos nas categorias “Preta” e “Parda”, em ambos os sexos, entre 1998 e 2004, expondo a iniquidade no acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento precoces das populações menos favorecidas socioeconomicamente. A epidemia mostra crescimento entre as populações mais vulneráveis socioeconomicamente, este fenômeno é expresso pelo aumento persistente de casos de raça/cor parda e redução da cor branca, em ambos os sexos (Boletim Epidemiológico AIDS, 2005).

A Figura 2 apresenta o número de dias de internação hospitalar em relação ao número de pacientes em terapia antiretroviral (ARV). É possível constatar a partir destes dados a mudança do perfil da epidemia para doença crônica nos últimos anos (UNAIDS, 2006).

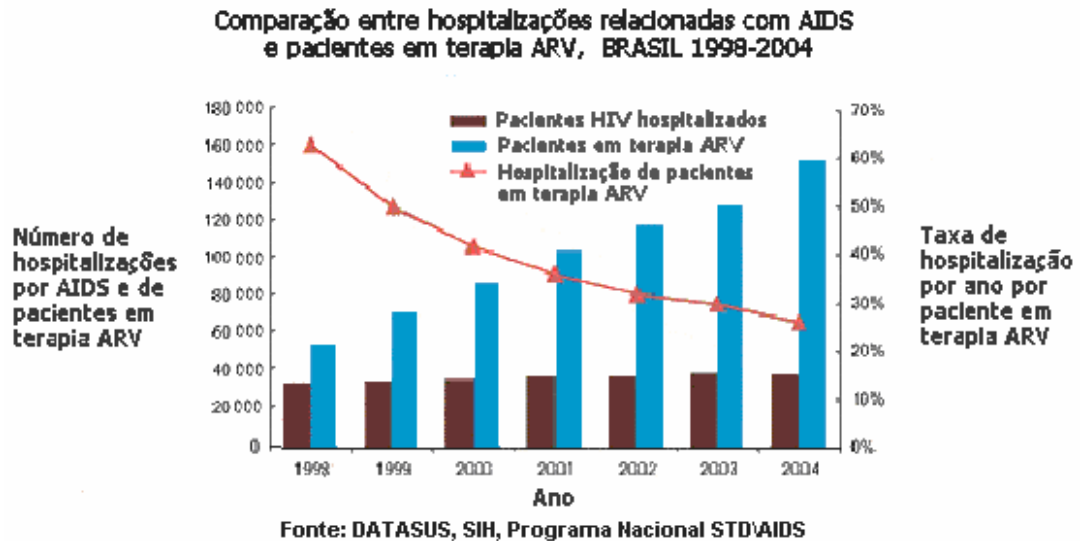


Figura 2. Comparação de dias de internação de PVCA em relação ao número de pessoas em ARV.⁴

O número de brasileiros em ARV tem aumentado e em setembro de 2005 era de aproximadamente 170000 usuários. A adesão destes tem sido estimada em 75%. Foi considerada pertinente a contextualização da doença no cenário internacional, já que se trata de uma pandemia. Depois desta breve apresentação de dados epidemiológicos internacionais e nacionais será fechado o escopo para uma breve descrição de dados pertinentes à cidade de Viamão, onde esta investigação foi conduzida. Viamão faz parte do grupo de cidades satélites da capital Porto Alegre. A seguir descreveremos dados demográficos e econômicos do município. As Tabelas 2 e 3 permitem analisar a situação da epidemia e da população alvo, bem como a situação socioeconômica da área geográfica de abrangência da pesquisa.

Tabela 2

*Dados Demográficos, Socioeconômicos da Região e População Alvo*⁵

Dados populacionais e socioeconômicos	Quantidade
População total residente em 2001 (habitantes)	232 mil
Taxa de crescimento anual no período 1999/2000 (% ao ano)	2,83
Área total do município (km ²)	1488,02
Densidade populacional em 2000 (hab/km ²)	153,71
Taxa de analfabetismo em 2000 (%)	5,9
Cobertura do abastecimento de água (%)	97,00
Cobertura de escoamento sanitário (%)	0
Fossa séptica (%)	40

⁴ UNAIDS, 2006.

⁵ Relatório da Secretaria Municipal da Saúde de Viamão, 2005.

A Tabela 3 apresenta a caracterização das áreas consideradas de risco, bem como a presença de populações especiais no município

Tabela 3
Áreas e Populações Especiais no Município de Viamão⁶

Áreas e populações especiais no município	Possui	População estimada (hab)
Área ou rota de caminhoneiros	não	Não se aplica
Área portuária	não	Não se aplica
Áreas de turismo	sim	Não se aplica
Grupos de migração intensa	não	Não se aplica
População confinada	não	Não se aplica
População indígena	não	500
Assentamentos rurais	sim	1360
População de profissionais do sexo	não	500
População de usuários de drogas injetáveis (UDI)	sim	1000
População de homens que fazem sexo com outro homem	sim	10000
Pessoas vivendo com HIV/AIDS	sim	8000

A partir dos dados apresentados nas Tabelas 2 e 3 é possível constatar que Viamão tem populações em situação de risco social e pessoal (uso de drogas, profissionais do sexo e pessoas vivendo HIV/AIDS, alto índice de analfabetismo e pobreza intensa em algumas áreas). A proximidade com Porto Alegre, também, incrementa a necessidade de maior atenção a esta população que tem contato permanente com uma capital com altos índices em HIV/AIDS (SMS Viamão, 2005).

O impacto da pandemia tem sido devastador e a estimativa é de que mais de 40,3 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e estão vivendo com essa doença crônica de curso incerto e prognóstico pessoal desconhecido. O mapa da Figura 3 mostra a estimativa dos adultos e crianças mortos em 2005 por continente (UNAIDS, 2006). Apesar de ainda levar a óbito, hoje a AIDS apresenta melhor sobrevida, devido ao advento da terapia anti-retroviral (ARV). Até os anos 90 a AIDS tinha o *status* de doença terminal e com o início da ARV passou a ser considerada uma doença crônica.

⁶ Relatório da Secretaria Municipal da Saúde de Viamão, 2005.

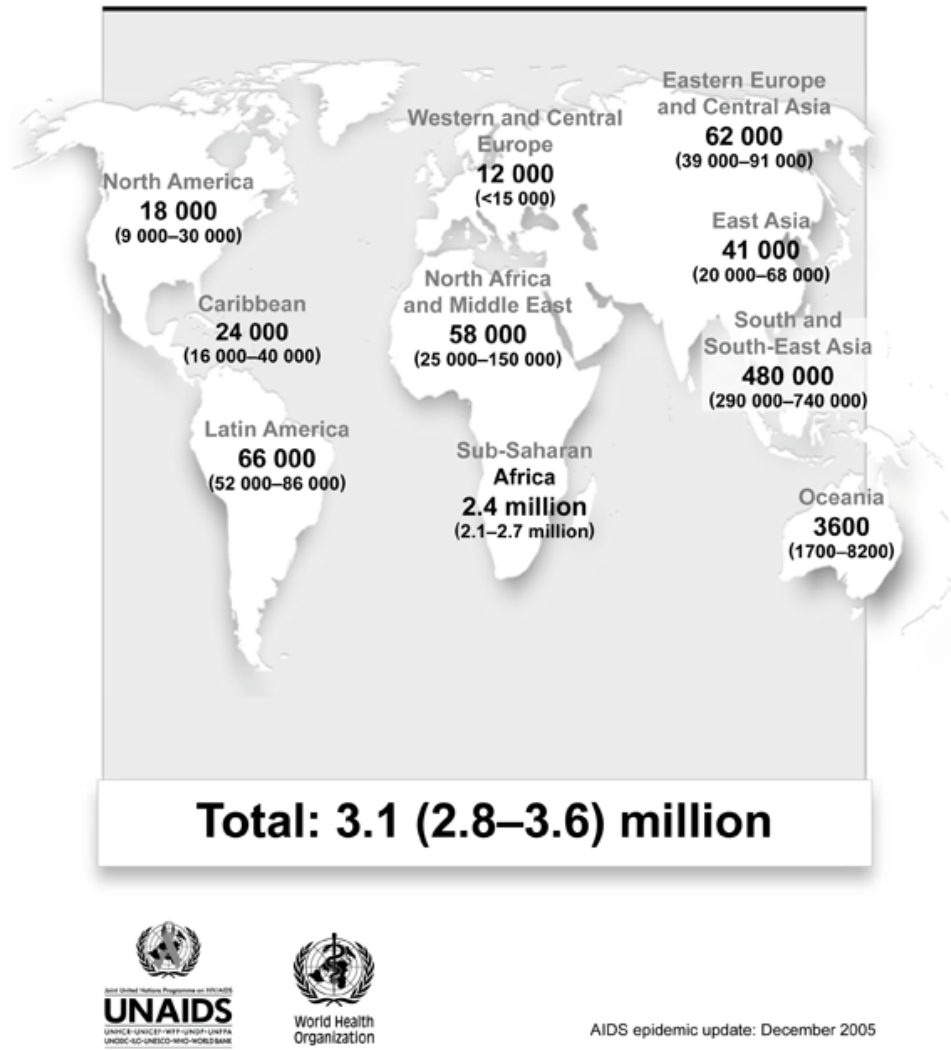


Figura 3. Estimativa global do número de adultos e crianças mortos em 2005 pela AIDS.⁷

O desafio imposto por essa nova condição é de manter qualidade de vida nesta sobrevida possível mediante essa terapia. A AIDS, como outras doenças crônicas, têm impacto sobre as diferentes dimensões da vida dos pacientes. Além da qualidade de vida, como constructo mais amplo de saúde global das pessoas, algumas variáveis psicológicas têm sido correlacionadas ao fato de viver com AIDS incluindo estresse, depressão, ansiedade, rede de apoio social, *coping*⁸ e personalidade (Chesney, Chambers, Taylor, Johnson, & Folkan, 2003; Elliott, Russo, & Roy-Byrne, 2002).

A partir de 1996, com o advento de tratamentos mais eficazes para a infecção pelo vírus HIV, a AIDS trouxe aos portadores o aumento da sobrevivência e o decréscimo de co-morbidades. O objetivo principal desse tratamento passou a ser a manutenção de

⁷ UNAIDS, 2006

⁸ *Coping*: Conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizadas pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas e externas, que surgem em situações de estresse (Lazarus & Folkman, 1991).

supressão durável do HIV. A melhoria da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS está diretamente relacionada à adesão à terapia anti-retroviral e também sofre influência da existência de co-morbidades de doenças psiquiátricas, como depressão (Elliott et al., 2002).

A promoção da qualidade de vida pode exercer um papel crucial no paciente, influenciando comportamentos positivos relativos a cuidados de saúde e, também, reduzindo ou eliminando comportamentos de risco. A primeira aplicação de protocolos de mensuração de qualidade de vida coincide com o advento da terapia anti-retroviral, além de fazer parte de ensaios de tratamento passou a ser aplicada eventualmente em situações clínicas. Nesse novo contexto, considera-se relevante identificar estratégias para maximizar a qualidade de vida, implementar a adesão e prolongar o tempo de vida. Wu (2000) sugere que novas pesquisas possam versar sobre intervenções psicológicas e sociais, promovendo bem-estar aos pacientes com AIDS.

As implicações de viver com AIDS são muito intensas, pois essas vão desde as restrições impostas pelas infecções oportunistas, passando pelo desconforto da terapia anti-retroviral, até as complicações sociais inerentes ao preconceito associado a ser portador do vírus HIV entre outras perdas. Em 1998, Pedersen e Elklit constataram o efeito traumático de viver com HIV, bem como a possível mediação desse impacto por meio dos estilos defensivos e do apoio social. Traumatização foi correlacionada positivamente com *coping* focado nas emoções e sensibilidade interpessoal. O estudo indica que o grau de traumatização pode estar ligado ao desenvolvimento de psicopatologia se não for tratado. Nesse estudo, o apoio social foi crescendo ao longo do tempo. O emprego de defesas imaturas foi positivamente associado com evitação na escala de traumatização. Padrões de defesas maduras estavam negativamente ligados à depressão, e os estilos de defesa neuróticos encontravam-se associados à ansiedade, à dissociação e aos distúrbios do sono. Bing et al. (2000) constataram que homens HIV-positivos, com contagem de células CD-4 abaixo de 200/ml³, examinados quanto à qualidade de vida em diferentes dimensões, demonstraram pior saúde mental e física percebidas do que controles soro-negativos.

A terapia anti-retroviral permitiu o aumento considerável na sobrevivência dos pacientes, mas por outro lado isso requer estrita adesão a ingesta medicamentosa sob rígido cronograma e observância a restrições alimentares em algumas situações. O objetivo da terapia anti-retroviral é implementar a qualidade de vida dos pacientes, porém seus efeitos colaterais podem diminuir essa qualidade de vida. Esse paradoxo estudado por Nieuwkert et al. (2001) avaliou o impacto da terapia anti-retroviral na qualidade de vida dos pacientes.

O protocolo de pesquisa concluiu que a qualidade de vida melhorou significativamente nos pacientes que, durante as 96 semanas de estudo, se mantiveram observantes ao tratamento enquanto que aqueles que descontinuaram seus tratamentos tiveram menos mudanças favoráveis em sua qualidade de vida. A baixa adesão está relacionada à resistência aos esquemas medicamentosos da terapia anti-retroviral. Quando os índices dessa adesão situam-se entre 50% a 85%, a resistência às drogas é mais provável de desenvolver-se. Segundo a OMS, a maioria dos tratamentos falha por esse motivo (WHO/MNC/CCH/, 2001). Os regimes medicamentosos da terapia anti-retroviral são complexos e precisam ser seguidos de maneira estrita (95% de adesão) para obter o sucesso desejado e prevenir mutações do vírus. Por outro lado, Smith, Rubleina, Marusc, Brockd e Chesney (2002) consideraram que 80% de adesão à terapia anti-retroviral traria a obtenção dos benefícios esperados pelo tratamento. Os autores conduziram ensaio clínico randomizado para avaliar o impacto de intervenção cognitiva e comportamental nessa adesão à terapia anti-retroviral, preconizaram nesta abordagem automonitoramento. As variáveis associadas às dificuldades em relação à adesão referida nesse estudo foram o uso de substâncias psicoativas, a depressão, a complexidade do regime, o apoio social, a severidade dos efeitos colaterais e os sintomas do HIV. Por outro lado, a eficiência da adesão foi associada à auto-eficácia. O programa de automonitoramento teve ênfase em potencializar as crenças de auto-eficácia dos pacientes relacionada à utilização da terapia anti-retroviral. Após três meses de intervenção, o grupo experimental teve maior adesão do que o grupo controle. Adesão é um fenômeno dinâmico e difícil de mensurar, neste protocolo os autores utilizaram frascos com um dispositivo eletrônico que registra a data e o horário que o medicamento foi ingerido. Eles sugerem o desenvolvimento de recursos eletrônicos de valor acessível a fim de que este procedimento possa ser incorporado em rotinas de atenção à AIDS. A partir desse estudo, pode-se constatar que a intervenção psicológica visa ao treinamento de auto-eficácia juntamente com *feedback* objetivo. A respeito da performance do paciente quanto à adesão revelou-se um modelo eficaz para implementar adesão ao complexo regime de cuidado em HIV/AIDS.

Este desafio pode exceder a capacidade das pessoas de enfrentar efetivamente as demandas estressoras associadas ao HIV. Concorrem como variáveis envolvidas neste complexo cenário fatores de personalidade e qualidade de vida. Os sentimentos subjetivos de sentido de vida, sentir-se cuidado e habilidade de administrar o tempo estão relacionados à adesão. Estudo que avaliou a relação entre personalidade, qualidade de vida e adesão em homens e mulheres vivendo com HIV/AIDS encontrou associação entre

neuroticismo e pobre qualidade de vida. Os sujeitos que apresentaram profunda depressão e ansiedade relatavam pobre qualidade de vida. Por outro lado altos escores em assertividade e crença nas próprias competências descreveram melhor qualidade de vida. Congruentemente melhor qualidade de vida foi associada a melhor adesão (Schneiderman, 2003).

A terapia anti-retroviral também foi associada à melhoria da qualidade de vida por Brenchtl, Breitbart, Galietta, Krivo e Rosenfeld (2000). Nesse estudo, pretendeu-se verificar o impacto da terapia anti-retroviral em variáveis clínicas e psicológicas, e as descobertas demonstraram melhora significativa no peso dos pacientes, aumento de contagem de células CD4 e decréscimo de carga viral no período de três meses de duração da pesquisa, mas a única variável psicológica dentre as mensuradas (estresse, dor, bem-estar psicológico e depressão) que melhorou foi a depressão. A falha no tratamento (mortalidade ou intolerância) foi de 40% da amostra. Este protocolo demonstra o quanto o tratamento da AIDS precisa considerar também estratégias psicológicas que possam contemplar os efeitos traumáticos da doença, minimizar os sintomas psicopatológicos e promover bem-estar psicológico nos portadores. Rosenfeld et al., (1999) estudaram os sintomas prevalentes nos pacientes com AIDS, e seus resultados confirmam que a alta prevalência em sintomas físicos e psicológicos está associada a alto nível de estresse. Sintomas de estresse mostraram-se correlacionados com baixa *performance* social e com os piores escores em qualidade de vida. Os sintomas predominantes neste estudo foram: preocupação (86%), fadiga (85%), tristeza (82%) e dor em 76% dos casos. O gênero e a contagem de células T CD4 não mostraram associação com número de sintomas nem estresse.

Remor (2002b) investigou o apoio social e a qualidade de vida em pacientes com infecções pelo HIV e concluiu que apoio social é uma variável significativa para a compreensão do bem-estar e qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS. O estudo buscou a construção de preditores e apoio social explicou 13% da variância da QV. Os pacientes com baixo apoio social apresentaram piora na percepção da saúde, na dor e no funcionamento físico, bem como dificuldade nas atividades diárias e também ainda no funcionamento cognitivo. O nível de apoio social demonstrou servir como variável preditora de qualidade de vida relacionada à saúde. Estudo sobre pessoas com AIDS considerou que a intervenção focada em revisar o sentido da vida também pode melhorar a qualidade de vida, diminuindo sintomas depressivos e implementando a auto-estima ao longo de doze meses de intervenção. A capacidade de ter novas propostas de vida pode ser

observada após três meses de intervenção. As autoras consideraram que os sintomas depressivos podem estar relacionados a preocupações com a qualidade de vida, declínio das habilidades funcionais e sintomas físicos e a necessidade de uso contínuo de medicação (Erlen, Merllors, Sereika, & Cook, 2001). Um estudo transversal examinou a hipótese de que a capacidade de expressão emocional é um moderador crítico nas relações de apoio à saúde. Em amostra de 61 mulheres afro-americanas, latinas e caucasianas HIV-soropositivo, mas sem AIDS, foram conduzidas a entrevistas de avaliação de *coping* para mensurar apoio emocional específico ao HIV, expressões emocionais e inibições, (Eisenberger, Kemeny, & Wyatt, 2003). Ironson e Schneiderman (2002) apontam para a influência de fatores psicossociais na evolução de doenças infecciosas como tuberculose, herpes e AIDS. Nesse contexto, eles consideram que a religiosidade pode ser um fator relacionado ao *coping* frente aos estressores. As crenças e as atitudes podem ocupar um papel significativo no curso da infecção por HIV. A atividade por parte do paciente e o envolvimento da dimensão cognitiva representada pelo sistema de crenças são importantes para que haja bons resultados nas intervenções, tanto que o estudo apresentado a seguir, que visou a verificar o efeito de massagem, em que o paciente vive passivamente à intervenção, verificou-se que os efeitos foram negativos. Robins (2000) examinou as conseqüências de massagem (*Healing Touch - HT*) no bem-estar de pacientes portadores do vírus HIV. Após quatro semanas de intervenção, 27 homens foram examinados, tanto no pré-teste como no pós-teste e comparados a um grupo controle recrutado na lista de espera. As hipóteses de que a HT pode incrementar o bem-estar nos participantes, reduzir o cortisol e melhorar a função imune das pessoas vivendo com HIV foram rejeitadas.

Achados prévios com técnicas semelhantes às que serão preconizadas nessa pesquisa são importantes. Antoni et al. (1991) implementaram a intervenção cognitivo-comportamental para manejo do estresse em homens homossexuais após notificação de resultado de teste HIV positivo. Essa intervenção não demonstrou modificação significativa quanto à variável depressão em relação aos controles que não sofreram intervenção, porém houve diferença significativa quanto à proliferação de células CD4 e nas células assassinas naturais (NK)¹.

Uma pesquisa conduzida com homens homossexuais vivendo com HIV investigou o impacto da terapia cognitiva comportamental (TCC com ênfase em técnicas de manejo de estresse). A abordagem mostrou capacidade de diminuir o estresse, minimizar as seqüelas psicológicas e imunológicas decorrentes do HIV. Apresentou, também,

decréscimo de humor disfórico e provou ser um importante mediador no controle da imunidade celular.

Mulheres pobres afro-americanas também se beneficiaram com grupos baseados na TCC (Schneiderman, 1999). Diferentes estudos têm buscado a avaliação do impacto de intervenção psicológica em pessoas com HIV. Um exemplo é a avaliação do programa denominado “Estando juntos” para promover a qualidade de vida em jovens de 14 a 23 anos vivendo com HIV. O tratamento foi conduzido em pequenos grupos e utilizou estratégias cognitivas e comportamentais. O programa “Estando juntos” teve a finalidade de apoiar pessoas vivendo com HIV/AIDS, de manter comportamentos que reduzem o risco de transmissão, bem como de influenciar a qualidade de vida e, conseqüentemente, na adesão à terapia anti-retroviral, prevenindo resistência às drogas administradas aos pacientes (Rotheram-Borus et al., 2001).

Logo após o término do tratamento, houve diminuição significativa de estresse emocional, somatização, ansiedade e aumento de bem-estar psicológico. No entanto, apenas um estilo de *coping* mostrou-se diferente após a intervenção do tipo revelação. Rotheram-Borus et al. (2001), consideraram que a intervenção promove bem-estar, reduz atos de risco e estimula comportamentos saudáveis nos pacientes. Estudos como esse demonstram que a agenda de pesquisa deve seguir implementando investigações desta natureza e, principalmente, estendendo a implantação deste tipo de programa em saúde coletiva.

Um ensaio clínico randomizado comparou os efeitos de treinamento de efetividade de *coping* em relação a um grupo de informação sobre HIV e constatou que o mesmo que recebera o treinamento demonstrou decréscimo significativo no estresse percebido e *burnout* (*síndrome de exaustão*). A análise de regressão indicou ainda incremento significativo da auto-eficácia de *coping*. Comparado ao grupo controle, o grupo tratado (treinamento) apresentou maior diminuição de ansiedade e incremento de estados positivos. O otimismo continuou crescendo no grupo que recebeu treinamento (Chesney et al., 2003). Implementar estratégias de *coping* adaptativo e promoção de qualidade de vida em doenças crônicas como a AIDS são grandes desafios em atenção à saúde, e novos estudos precisam centralizar-se nessa direção.

Pesquisa conduzida por Lechner et al. (2003) buscou examinar como a intervenção cognitivo-comportamental em grupo e a intervenção psicoeducacional individual podem ser comparativamente efetivas na melhora da qualidade de vida em mulheres vivendo com AIDS e que demonstraram baixa a moderada qualidade de vida na basal. Lechner et al.

(2003) advertem que as mulheres são mais vulneráveis a estressores agudos, incluindo disfunções físicas resultantes de infecções oportunistas, além de dificuldades financeiras e declínio em suas habilidades de exercer suas funções habituais. O critério para definir AIDS nesse estudo foi à contagem de células CD4 abaixo de $200/\text{ml}^3$ ou uma infecção oportunista. Ao comparar os resultados das duas intervenções, conclui-se que ambos os procedimentos, intervenção cognitivo-comportamental em grupo e psicoeducacional individual são efetivos para promover certos aspectos da qualidade de vida. Além disso, a intervenção cognitivo-comportamental em grupo mostrou-se, particularmente, efetiva para implementar a dimensão de saúde mental relativa à qualidade de vida na população investigada.

Esta tese pretende avaliar o programa de intervenção grupal denominado *Eurovihta*, que foi desenvolvido na Comunidade Européia. O modelo agrega estratégias cognitivo-comportamentais e gestálticas e tem como objetivo apoio psicossocial e promoção de qualidade de vida para pessoas vivendo com AIDS. Esse programa já foi aplicado e avaliado na Comunidade Européia no final dos anos 90 e demonstrou eficácia em melhorar o estado de saúde físico e psíquico e no apoio dos infectados para melhor controle da infecção. Os participantes melhoraram também suas estratégias de *coping* demonstrando melhor adaptação (Bock, Escobar-Pinzon, Riemer, Blanch, & Hautzinger, 2003).

Os estudos previamente apresentados demonstram a importância de intervenções psicológicas aplicadas a portadores de doenças crônicas. Como foi visto, as doenças crônicas estão sujeitas a influências psicológicas e sociais. Essas doenças são acompanhadas de limitações físicas ou ainda de redução na expectativa de vida das pessoas. A longo prazo, os portadores precisam adaptar suas rotinas a fim de melhorar a sua qualidade de vida. Raison, Purselle, Capuron e Miller (2006) salientam que a depressão é o transtorno mais comum nas populações em geral e que em portadores de doenças crônicas chega a exceder cinquenta por cento. Além de exacerbar o sofrimento a depressão aumenta a morbidade e mortalidade em muitas doenças físicas.

Assim foi considerado relevante apresentar o programa denominado *Eurovihta* que será aplicado e avaliado neste estudo, adaptando-o à realidade brasileira. Esse programa foi desenvolvido no âmbito de saúde pública na Europa, considerando a utilidade deste tipo de estratégia em saúde coletiva e justificando a aplicação e a investigação do mesmo nesta tese.

1 *Eurovihta Project*

O projeto foi desenvolvido na Comunidade Européia, a partir de 1995, em um sistema de cooperação entre o Instituto de Psicologia da *Johannes Gutenberg Universität Mainz*, coordenado pelo prof. Martin Hautzinger e pelo Departamento de Atenção à AIDS de Frankfurt, *Psychosoziales Beratungszentrum* e chefiado por Dieter Riemer. A idéia central do projeto consistiu em aplicar conceitos de intervenção grupal que vinham sendo empregados por diferentes organizações de auto-ajuda para pessoas com HIV-AIDS e, também, em agregar parâmetros de avaliação científica para criar um modelo de intervenção padronizado e economicamente viável. O objetivo principal foi estabelecer um modelo que atendesse às necessidades das pessoas submetidas à terapia anti-retroviral. Um grande projeto cooperativo foi engendrado em diferentes países, (Alemanha, Espanha, França, Portugal e Itália), a fim de propiciar uma rápida disseminação de um novo modelo de apoio psicossocial e promoção de qualidade de vida para pessoas vivendo com AIDS.

Segundo o relatório final, produzido em outubro de 1999, pela *European Commission* no Programa “*AIDS and others communicable diseases*”, em 1995 foi realizada uma fase piloto do projeto, em que foram tratadas 48 pessoas em um centro na Alemanha e dois na Espanha. A análise estatística dos resultados da avaliação psicológica de 27 pessoas demonstrou efeitos na redução de depressão e de ansiedade. A partir desta experiência, o programa foi revisado e novos exercícios adicionados. Em 1996, após aquisição de fundos através da *European Commission*, DG V/F/Z, o projeto incluiu organizações na França, Itália e Portugal. Os diferentes países estabeleceram grupo pilotos de intervenção, com exceção da França que se desligou desse projeto. Um total de 214 pessoas foi submetido à intervenção em grupo. Em 1999, os resultados dos diferentes centros de intervenção dos vários países foram compilados e os achados principais apontaram efeitos do programa em promoção de bem-estar psicológico, qualidade de vida, *coping* e saúde física em pessoas com HIV-AIDS (Hautzinger et al., 1999).

O *Eurovihta* é um programa de intervenção que agrega técnicas cognitivas, comportamentais e da *Gestalt*. As psicoterapias cognitivas datam sua origem na década de cinquenta e início da década de sessenta (Ellis, 1962; Kelly, 1955 citados por Wainer, Madeira e Picoloto, 1999). Wainer et al. (1999) salientam que o surgimento das terapias cognitivo-comportamentais ocorreu devido à insatisfação de diversos clínicos em relação aos principais modelos teóricos (psicanálise e comportamentalismo). O diferencial desse novo modelo está na importância dada à mediação cognitiva para modificação de comportamentos. A ênfase passa do comportamento para o trabalho com representações

mentais mediando os comportamentos e a realidade externa. O programa acopla estratégias de reestruturação cognitiva que pretende fazer com que o paciente reveja as estruturas disfuncionais que o levam a interpretar e a agir de forma disfuncional (Beck, Rush, Shaw, & Emery (1994). A teoria cognitiva de psicopatologia e psicoterapia considera a cognição a chave para os transtornos psicológicos. “Cognição é definida como aquela função que envolve deduções sobre as nossas experiências e sobre a ocorrência de controle de eventos futuros” (Beck & Alford, 2000, p.23). As técnicas caracterizam-se por serem ecléticas. As técnicas comportamentais são o relaxamento, relaxamento progressivo dos músculos, dessensibilização sistemática, distração, reforçamento, modelagem, *role-playing*; conjuntamente a métodos cognitivos como flecha descendente, registro diário de pensamentos disfuncionais, ensaio cognitivo, técnicas de solução de problemas, Modelo ABC de Ellis e estratégias de inoculação de estresse (Freeman, 1998; Hawton & Salkovskis, 1997). Um resumo do programa conforme apresentado no relatório original estará incluso nesta tese no Anexo A.

A intervenção baseada no *Eurovihta Project* é composta de diferentes exercícios, que pretendem facilitar a discussão de problemas que afetam as pessoas da amostra. Dois modelos de caráter horizontal foram aplicados, ou seja, os exercícios foram utilizados regularmente e consistiram em métodos de relaxamento e dinâmica de grupo e apoio social. Os outros quatro modelos foram de caráter vertical, e seus desenhos referem-se a uma unidade temática específica (ver Anexo A). Esses exercícios são oriundos da terapia comportamental e cognitiva (conforme proposta do *Eurovihta Project*) e alguns são destinados ao desenvolvimento de recursos pessoais e gestão de crises. A Tabela 4 apresenta uma síntese do *Eurovihta Project*.

Tabela 4
Resumo dos Conteúdos do Eurovihta Project

Terapia cujos encontros de grupo duram cerca de duas horas cada e são sempre iniciadas por um exercício de relaxamento (20-30 min.) e finalizadas com um tempo livre de 45 minutos no encontro.

Módulo 1	Exercícios de relaxamento (15 encontros): relaxamento progressivo dos músculos e exercícios de visualização.
Módulo 2	Exercícios de dinâmica de grupo (quatro encontros): exercícios corporais para promover a confiança, controle da inibição, desenvolvimento da franqueza.
Módulo 3	Exercícios de terapia de comportamento (sete encontros) de ativação, estruturação do dia, construção de atividades prazerosas, exploração de sintomas.
Módulo 4	Métodos cognitivos (seis encontros) para reconhecer a interdependência entre cognição, comportamento e emoção, reconhecer padrões de pensamento negativos, corrigir convicções disfuncionais.
Módulo 5	Exercitar recursos e competências (cinco encontros): tratamento de situações interacionais sociais e assertivas comuns. Aprendizado de modos de comportamento, treino de competências e habilidades de comunicação.
Módulo 6	Temas específicos e tratamento de crises (três a quatro encontros): Abordagem atuais e temas como a morte, preparação para o final da terapia e transferência.

O *Eurovihta Project* teve sua versão original apresentada por Bock et al. (2003) e traduzida do original em alemão. Nos itens que seguem será apresentado um maior detalhamento de cada uma das técnicas empregadas na intervenção. Estas especificações foram compiladas no manual do programa que tem versões em português, espanhol, inglês, alemão e italiano (Pizon, Bock, Riemer, & Hautzinger, 1999).

1.1 Módulos Horizontais

1.1.1 Método de relaxamento

O relaxamento progressivo dos músculos (RPM) foi exercitado sistematicamente para os participantes aprenderem a influenciar de maneira ativa seu estado corporal e para que possam obter melhor gestão do estresse. Sandor, 1982 considera que o RPM de E. Jacobson mostra uma orientação mais fisiológica do que psicológica, em que a pessoa aprende a avaliar as tensões nos diferentes grupos musculares e conseqüentemente aprende a relaxá-los. O paciente aprende o refinamento de suas percepções sinestésicas, aprendem a

registrar a diminuição da tensão muscular vivenciando o relaxamento psíquico de modo consciente. Pela repetição dos exercícios, o paciente pode chegar a uma verdadeira automatização do procedimento. Para o autor, o repouso físico juntamente com o repouso mental, condicionará também estados emocionais.

Além de exercícios de RPM, foram utilizados alguns exercícios de visualização, meditação e outros de terapia gestáltica. Um exemplo de exercício RPM é a indução para que os pacientes contraíam e relaxem os diferentes músculos do corpo. Foram instruídos a provocar tensão nas partes do corpo indicadas (mão, bíceps, testa, etc.) por cinco a sete segundos, ao que se segue pausa de relaxamento de 30 e 40 segundos, na qual se convidará a tomar consciência do repetitivo relaxamento. O terapeuta dá os comandos de contrair e soltar nos tempos indicados. Meta-análise que revisa estudos sobre o impacto de intervenções psicológicas sobre o sistema imune (Miller & Cohen, 2001) aponta que o relaxamento e as técnicas de revelação e gestão de estresse mostraram evidência de sucesso.

O exercício apresentado a seguir de imaginação e visualização exemplifica a aprendizagem dos métodos de relaxamento. O exercício poderá ser utilizado nas primeiras sessões para descontrair. Foi praticado sentado em cadeiras, ou ainda, deitado em colchonetes, conforme a livre escolha dos pacientes. Os participantes foram convidados a, lenta e progressivamente, relaxar o corpo. Depois foram convidados a imaginar que, no centro do corpo, existe um imenso lago de águas cristalinas que simboliza a forte liberdade interna. O terapeuta conduz o relaxamento passo a passo apontando cada parte do corpo e convida o paciente a imaginar uma pequena pedra numa metade deste e cita como as ondas se movem em círculos lentamente para fora. Existem 15 exercícios diferentes de relaxamento divididos em técnicas simples e progressivas conforme este exemplo.

1.1.2 Dinâmica de Grupo e Apoio Social

Esta técnica fomenta a ajuda social e o conhecimento mútuo dos participantes. Tem por objetivo a abertura para o trabalho de grupo, assim como estratégias para solução de conflitos e gestão da agressividade no interior do grupo. O programa propõe um roteiro que sugere que, nas duas primeiras sessões, sejam utilizadas dinâmicas que visam à apresentação como, por exemplo: ronda de apresentações, entrevista aos pares e apresentações para o grupo do entrevistado, entre outros. Na terceira sessão, os participantes foram convidados a partilhar a elaboração do seu plano de tratamento no qual o paciente pode formular suas expectativas e metas relativas ao grupo. O plano foi

elaborado com base no plano modelo (Anexo B). Na oitava sessão este plano foi representado para ser re-estruturado se o grupo desejar (Pizon et al., 1999).

1.2 Módulos Verticais

1.2.1 Terapia Comportamental

O Projeto *Eurovihta* preconiza viver com HIV/AIDS com qualidade de vida e propõe aos participantes os seguintes objetivos a serem atingidos através de mais sete exercícios e 13 folhas de exercícios: Diminuição dos níveis de depressão e ansiedade, formulação de novos objetivos de vida, reestruturação do cotidiano, aquisição de competências para análise de problemas aumentando o nível de atividade e cumprimento da terapia anti-retroviral (Pizon et al., 1999). Estes exercícios são úteis aos pacientes que iniciam terapia anti-retroviral. Comumente estas situações são acompanhadas de ansiedade e depressão. Os sintomas freqüentes são isolamento social, abandono de tarefas rotineiras, medo dos problemas, preocupação com a morte e doenças, perda de sono e apetite.

O objetivo das tarefas foi conscientizar as pessoas da relação entre atividades e humor. Para isso foram registrados os aspectos diários e semanais. Os participantes estavam iniciando ou reiniciando nova terapia e a ênfase foi dada na reestruturação no plano de alimentação e atividades cotidianas com vistas a aumentar a regularidade na tomada de medicamentos (adesão).

Os exercícios comportamentais foram divididos em atividade de análise de comportamento e auto-observação, e mudança de comportamento. Os exemplos a seguir demonstram cada um deles respectivamente:

Exemplo 1: Introdução dos modelos de origem de estado de humor negativo. O terapeuta utilizará o protocolo complementar (Anexo B), que apresenta o modelo do triângulo/espiral e setas que clarificam as possibilidades de influenciar o humor, através de modificações do comportamento e cognições. O grupo apresenta mecanismos comuns aos estados depressivos e reflete sobre soluções frente os problemas. No exemplo de mudança de comportamento são utilizados os protocolos de atividades diárias (Anexo C) e lista de atividades agradáveis (Anexo D). Este exercício foi operacionalizado para participantes em estados depressivos e visa a aumentar o nível de atividade geral e a capacidade de auto-observação dos participantes.

Para operacionalizar a tarefa foi elaborada uma lista de 60 atividades agradáveis das quais 40 foram retiradas da lista de atividades agradáveis e 20 das preferenciais do participante. Esta lista foi trabalhada por quatro semanas. Diariamente a pessoa consulta a

lista e marca e conta às atividades positivas. Simultaneamente, o paciente foi convidado a registrar seu estado de humor em outro protocolo. A proposta demonstra que a melhora do paciente é diretamente proporcional ao número de atividades exercidas pelo mesmo (Pizon et al., 1999).

1.2.2 Processos Cognitivos e Comportamentais – Visualização

Os exercícios têm por objetivo melhorar o humor através da re-estruturação cognitiva e a modificação deste diálogo interno inadequado. Visa a aumentar a autopercepção relativamente à influência dos nossos pensamentos; conscientização dos tipos de pensamento; análise de pensamentos automáticos e valorização negativa; fomento de técnicas de controle interrompendo os pensamentos circulares e dos significados negativos através de modificações da valorização das situações. Estão baseados em Beck e Alford (2000), que propõem um modelo explicativo de depressão focalizando a presença de pensamentos negativos em três eixos da vida da pessoa: visão negativa do *self*, contexto e objetivos.

O exercício a seguir exemplifica as três propostas que compõem o tratamento: A operacionalização da atividade inclui a folha complementar (Anexo E) e cartões coloridos. Os cartões foram utilizados para anotar os pensamentos que “passam pela cabeça dos participantes” os quais, devem marcar aqueles que são muito positivos ou muito negativos. Os pacientes foram estimulados a reconhecer as ligações existentes entre os pensamentos, comportamentos e as reações que provocam nos outros. Algumas pessoas soropositivas apresentam freqüentemente pensamentos como: “de qualquer forma vou morrer”. Assim é importante gerar pensamentos automáticos positivos de forma consciente e depois observar se influenciam de maneira positiva os sentimentos e comportamentos do participante.

Os exercícios de visualização foram idealizados para fortalecimento da vontade de viver, ativação de forças autocurativas e redução de medos perante a morte. Após relaxamento muscular progressivo propõe-se a combinação com a visualização. Elas servem para substituir imagens catastróficas que podem acometer a vida mental destes pacientes. O exercício do curador interno exemplifica esta atividade: visualização da doença e sua cura ou o efeito nas contagens de CD4 do vírus e a luta dos medicamentos para facilitar o aparecimento de células mais sãs. Neste exemplo o paciente imagina o sistema imunitário como um exército que repele e vence os agressores. As células infectadas pelo HIV são comidas pelos medicamentos enquanto as células sãs se multiplicam nos espaços vazios que acabam de se criar (Pizon et al., 1999).

1.2.3 Desenvolvimento de Recursos Pessoais

Esta técnica tem por objetivo a construção de estratégias de confrontação de temas estressantes relacionados com HIV/AIDS, aquisição de competências sociais e comunicativas. Os exercícios permitem melhorar a gestão de temas estressantes como sexo seguro, jogos de papéis da vida diária e a morte. Deve-se iniciar com a anamnese sexual que inclui o que é importante na sexualidade e influencia o HIV, estilos de vida nas diferentes orientações sexuais (Anexo F). Depois existem mais quatro modelos de tarefas sugeridas (Pizon et al., 1999).

1.2.4 Gestão de Crises

Este módulo prepara para a finalização do grupo integrando os conteúdos e propondo sua aplicação autônoma na vida diária. Um exemplo aplicado desta proposta é a tarefa de registro de três crises pelas quais a pessoa tenha passado anteriormente, representando na forma de desenho os sentimentos despertados nestas situações. Foi proposto recordar as atitudes tomadas diante das crises. A pergunta colocada foi: que atitude tomaste em cada crise e se é preciso alterar estas condutas em novas crises. São sugeridos mais dois exercícios (Pizon et al., 1999).

2 Fundamentos Teóricos para o Programa de Intervenção-Grupal Preconizado

O programa de grupo *Eurovihta* avaliado neste estudo, foi desenvolvido por um grupo multicultural e foi considerado como uma forma de estabelecer um elo de comunicação entre as pessoas infectadas, suas organizações de auto-ajuda e profissionais da saúde. A organização do programa de intervenção integra princípios de *empowerment* e ajuda profissional. Esta última através da condução e estruturação do programa, já que o pesquisador-psicoterapeuta escolhe as técnicas, ao passo que os participantes elegem o conteúdo das sessões. O objetivo geral da intervenção é promover a qualidade de vida mediante a adesão ao tratamento, reduzindo o estresse, a ansiedade e a depressão e incrementando a rede de apoio social e aumentando a auto-estima. A abordagem integra técnicas de relaxamento, estratégias cognitivas e comportamentais que visam a gerar alternativas adaptativas para lidar com a doença na vida quotidiana. Pretende, também, propor a criação de espaço de intercâmbio de experiências e informações sobre HIV, que permita partilhar interesses, mitos e fantasias. Os principais objetivos são transcritos de

Pizon et al., (1999, p. 6), da seguinte maneira: “adquirir uma maior aceitação do direito de ser positivo apesar das limitações em nível social, laboral e econômico que isso ocasiona; encontrar novas perspectivas de vida, que respondam de maneira real às circunstâncias atuais do meio ambiente; aprender a fazer um melhor uso dos recursos internos e externos; reorientar as estratégias habituais de lidar com a doença, o *coping*, estimulando aqueles que colocam o indivíduo de maneira ativa frente a sua situação específica; aprender formas adequadas para redução dos níveis de estresse, ansiedade e depressão; induzir aos diferentes métodos de relaxamento, fomentando a procura de método próprio”. O programa de grupos foi estruturado e aplicado em 16 encontros de duas horas. Tem um princípio terapêutico amplo, para tratar diferentes áreas de problemas de pessoas com HIV/AIDS e oferecer acesso ao programa a psicoterapeutas com formações variadas. Pode-se considerar que se trata de uma abordagem integrativa (Bock, Escobar-Pinzon, Riemer, Blanch, & Hautzinger, 2003).

Beck e Alford (2000) consideraram que o movimento de integração da psicoterapia, relativo às psicoterapias cognitivas, está focalizado em diferentes abordagens e bases de conhecimento à prática clínica. A linha editorial do “Cognitive Therapy and Research” (in Beck & Alford, 2000) explicita seu caráter interdisciplinar, que busca integrar diferentes áreas da psicologia clínica, cognitiva, aconselhamento, evolucionária, experimental, de aprendizagem, da personalidade e social. A possibilidade de ir além das teorias contemporâneas está na manutenção e abertura do sistema teórico das terapias integrativas impedindo que se tornem fechadas como a psicanálise clássica. Beck (1987), ao desenvolver a estrutura teórica da terapia cognitiva, recorreu a outras teorias, além de suas observações clínicas. A terapia cognitiva fornece uma estrutura teórica unificadora dentro da qual as técnicas clínicas de outras abordagens estabelecidas e válidas podem ser incorporadas. A terapia cognitiva do *Eurovihta* fornece um paradigma integrativo para a prática clínica que é coerente e evolucionária (Beck & Alford, 2000). Os diferentes métodos terapêuticos que integram o modelo do programa provêm: da terapia cognitivo-comportamental para a gestão da depressão (Beck, 1987; Scott, Williams, & Beck, 1994; Beck & Alford, 2000;); técnicas de visualização e de imaginação (Simonton, 1982); relaxamento progressivo muscular de Jacobson (Sandor, 1982) e dinâmicas de grupo.

Um estudo de intervenção multicêntrica, tendo como modelo de intervenção o *Eurovihta Project* envolveu 117 pessoas e examinou as medidas psicológicas tomadas longitudinalmente, em quatro tempos: T1 antes, T2 e T3 durante e T4 depois da intervenção (*follow-up*). As variáveis foram mensuradas através dos seguintes

instrumentos: *Psychological Symptoms (SCL-90-R)*, *Coping (TSK)*, *Locus of Control (KKG)*, *Quality of Life (MOS-HIV)*, e a saúde física determinada pela avaliação clínica. A investigação buscou verificar a efetividade da intervenção e foram achadas diferenças entre participantes homens homossexuais, e usuários de drogas. O programa mostrou-se eficaz em promover bem-estar físico e psicológico, e para prover apoio e melhor *coping* frente ao HIV. Usuários de drogas apresentaram menos psicopatologia e melhoraram durante a intervenção, ao ser examinado o grau de traumatização, estilos de *coping*, sintomatologia e apoio social em pessoas com HIV (Bock et al., 2003).

A contribuição desta tese está na possibilidade de experimentar em uma amostra de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVCA) na cidade de Viamão no sul do Brasil um programa multicultural e, simultaneamente, a avaliação do mesmo em contexto transcultural (Europa-Brasil). Além disso, o programa será avaliado em diferentes dimensões incluindo além de qualidade de vida, depressão, rede de apoio social, CD4 a carga viral. Pretende-se iluminar os resultados com as contribuições da Psiconeuroimunologia. Este campo de investigação é coerente com a proposta teórica de base do programa a ser avaliado, pois se trata de uma área de pesquisa que conecta o comportamento, o cérebro e o corpo. Estuda as interações do comportamento com as funções endócrinas e neurais, bem como os processos do sistema imunológico. A psiconeuroimunologia é uma proposta nova, que data o início das pesquisas, como campo de investigação no início dos anos 70. Estuda as relações entre os sistemas psicossociais, neuroendócrino e imunológico. A adaptação imunológica passa a ser estudada do ponto de vista multidimensional permitindo uma descrição fenomenológica das interações mente, cérebro, sistema endócrino e resposta imunológica, e esta pesquisa pretende a integração de variáveis psicológicas, biológicas e sociais. O *continuum* entre os processos cerebrais, mentais e a consciência abarca a estrutura mental mais complexa até as menores unidades cerebrais. O modelo das neurociências considera os sistemas neurais como a primeira unidade de análise que permite a ancoragem cerebral aos sistemas de execução das operações mentais. No nível superior desta análise estariam os sistemas cognitivos encarregados de realizar as atividades diárias das pessoas, agregando assim as funções mentais e executivas (Mora, 2004). A conjunção destas unidades de análise ao estudo da perspectiva funcional das finas conexões entre os diferentes sistemas (neuro-imuno-endócrino) fecharia o circuito integrador deste campo de investigação em que as dimensões Psico-neuroendócrino-imunológica são contempladas. A concepção inerente a esta abordagem integrativa está em uma concepção de ser humano e de mundo que compreende

os processos de saúde e doença, levando em consideração o organismo e os ambientes interno e externo a ele (Ader, Felten, & Cohen, 2001).

Para ampliar a revisão do tema é pertinente apresentar o estado da arte do campo de pesquisa em psiconeuroimunologia no Brasil e considerações sobre resultados de pesquisas internacionais. Posteriormente, serão desenvolvidos os pressupostos básicos da psiconeuroimunologia e sua interlocução com a bioecologia.

3 A Produção em Pesquisa no Campo da Psiconeurimunologia no Brasil e no Mundo

O objetivo desta sessão é analisar a produção em pesquisa do campo da psiconeuroimunologia no Brasil, bem como fazer uma revisão dos últimos cinco anos das pesquisas internacionais que versam sobre tratamento psicológico e imunomodulação. Existe uma lacuna na produção nacional detectada a partir de levantamento nas bases de dados em Psicologia, como o Index Psi-Periódicos (www.bvs-psi.org.br) e o Scielo (www.scielo.org), usando como palavras-chave: psiconeuroimunologia e psiconeuroimunoendocrinologia, no período de 1993 a 2006. Foi encontrado um total de dez artigos de revisão bibliográfica, além de um trabalho empírico (Amorim, 1999) que contempla a interface de abordagens psicológicas e imunomodulação. Esta lacuna na produção nacional em Psicologia denota a necessidade de aprofundar o estudo deste novo campo interdisciplinar.

Um único estudo experimental brasileiro sobre psiconeuroimunologia foi encontrado nas bases de dados (Amorim, 1999), este avaliou o efeito da intervenção de enfermagem-relaxamento no sistema imunológico em mulheres com câncer de mama. A amostra foi constituída por 60 mulheres (grupos-controle e experimental) com diagnóstico de câncer de mama sem metástase à distância, submetidas à cirurgia e atendidas em um serviço de mastologia hospitalar. Como parâmetro imunológico foi escolhida a atividade das células *natural killer* (NK). Estas células existem em todos os indivíduos e possuem atividade antitumoral. Há forte evidência de serem responsáveis pela vigilância imunológica na prevenção de metástases. Buscou examinar a correlação entre a atividade *natural killer* de mulheres com câncer de mama e as variáveis: idade, traço de ansiedade, estado de ansiedade, ressonância corporal, padrão de comportamento para estresse e para *coping*, além do efeito da intervenção na atividade dessas células. Foi possível observar

que até o presente momento não foi conduzido e publicado nenhum estudo brasileiro que verse sobre AIDS no campo da psiconeuroimunologia.

O método utilizado para busca de estudos internacionais baseou-se na base de dados PsycINFO da *American Psychological Association* desde 1994. Foram circunscritos dez anos de produção científica devido à existência de vasta produção. Estão indexados na base de dados, sob o descritor Psiconeuroimunologia, 693 ocorrências. Foi considerado pertinente ao escopo desta tese circunscrever a busca ao cruzamento das palavras-chave: *psychoneuroimmunology e treatment*.

No período de dez anos (1994-2004) foram encontradas 120 ocorrências. A análise qualitativa dos últimos cinco anos abarcou o exame de 63 artigos e o conteúdo organizou-se nas seguintes categorias: pesquisas empíricas, conferências e artigos de revisão bibliográfica e de pesquisas, um comentário e um *meta-analysis*. Nova análise do conteúdo das pesquisas demonstra que as patologias investigadas são predominantemente as seguintes: câncer, AIDS, esclerose múltipla, cuidadores de portadores de Alzheimer, pacientes psiquiátricos (deprimidos), asma, pós-operatório, sistema cardiovascular, hepatite (tratamento com citocinas). As variáveis psicológicas investigadas foram - *stress*; depressão; *coping*, rede de apoio social, resiliência, personalidade (introversão e evitação), adesão, *locus* de controle⁹

Os tipos de tratamento recorrentes nos 63 artigos são: hipnose, condicionamento, relaxamento, revelação, gestão de estresse, acupuntura, uso de citocinas¹⁰ uso de antidepressivos, visualização, técnicas cognitivas e comportamentais. Tais estudos apontam para a existência de relação entre tratamento psicológico e imunomodulação.

Um estudo do tipo *meta-analysis* que examinou 85 ensaios dos dez anos anteriores a 2001 versou sobre evidências que intervenções psicológicas podem eliciar modulação na resposta imune em humanos e apresenta uma série de modelos dentre os padrões psicobiológicos de como isso pode ocorrer. Os resultados do estudo demonstram algumas evidências de que intervenções psicológicas possam alterar parâmetros imunes. As evidências mais consistentes de que intervenções psicológicas podem alterar os parâmetros imunológicos emergem da hipnose e de ensaios de condicionamento.

⁹ O constructo *locus* de controle apresenta duas tendências – a interna e a externa. As pessoas com *locus* de controle interno tendem a localizar em si mesmas o controle, enquanto que os externamente orientados tendem a localizar em outro o controle sobre o que ocorre em suas vidas (Cateneo, Carvalho, & Galindo, 2005).

¹⁰ Proteínas produzidas pelas células que afetam o comportamento de outras células (Parham, 2001, p.5).

As intervenções de revelação e gestão de *stress* demonstraram resultados ainda dispersos quanto a evidências de sucesso. Finalmente, técnicas de relaxamento demonstraram pequena capacidade de eliciar mudança imune (Miller, & Cohen, 2001). Apesar dos resultados ainda não serem contundentes cabe a continuidade de investigações nesta direção devido ao impacto desta área nos tratamentos de inúmeras pessoas. A existência de inúmeros estudos citados na primeira sessão desta tese, alguns inclusive posteriores e esta meta-análise, que demonstram as relações entre variáveis psicológicas e fisiológicas, particularmente em pacientes com AIDS.

4 Psiconeuroimunologia

O escopo desta seção inscreve-se no aprofundamento do conceito de psiconeuroimunologia - campo de pesquisa que conecta o comportamento e os sistemas nervoso, endócrino e imunológico. Historicamente, a intersecção entre as áreas de estudo sobre estes sistemas era estranha uma a outra, havendo uma longa história de pesquisas conduzidas separadamente ou conectando duas delas. O conceito de psiconeuroimunologia é relativamente novo e foi utilizado pela primeira vez em 1975, quando Amkraut e Solomon relacionaram as disfunções do sistema imunológico induzidas pelo estresse e mediado pelo sistema endócrino. O aumento de interesse na área aconteceu a partir de 1979, quando o governo americano publicou relatório de pesquisa em que afirmou que o estresse é capaz de produzir mudanças psicológicas tão sérias que teriam implicações na saúde geral das pessoas (Lipp, & Malagris, 1998). O campo de pesquisa permite, conforme informa Lichtenstein (1995), examinar as interações das funções fisiológicas, com a memória, comportamentos e pensamentos.

A influência da interação de processos cognitivos e a emoção, nesta área, têm sido exploradas, possibilitando às neurociências demonstrarem tal fenômeno. Ader, Felten e Cohen (2001) definem o conceito de psiconeuroimunologia como o estudo das interações do comportamento e o funcionamento dos sistemas neural, endócrino e os processos do sistema imunológico. A premissa subjacente a este campo interdisciplinar é que a adaptação é produto de uma rede singular de defesas. Cada um dos sistemas envolvidos tem funções específicas e especializadas e, ao mesmo tempo, responde e é monitorado pelas informações derivadas do outro. Assim, a psiconeuroimunologia estuda a relação entre os sistemas referidos. Uma ampla compreensão do funcionamento imunoregulatório implica considerar o organismo de forma integral, bem como o ambiente interno e externo

em que o sistema imune está inserido. Existem dois padrões de integração do cérebro e o sistema imunológico: a atividade do sistema nervoso autônomo e a do sistema neuroendócrino, através da ação da glândula pituitária. Neurotransmissores efetuam esta operação, conectando neuroefetores e células do sistema imunológico: linfócitos, monócitos, macrófagos e granulócitos.

Alterações na resistência a doenças estão diretamente relacionadas às mudanças biológicas resultantes de modificações de funções imunes induzidas por experiências psicossociais ou estressoras. Neste contexto, a literatura descreve a relação entre emoções negativas, estimulando a produção de citocinas responsáveis pelo combate a infecções. Este resultado sugere que os afetos estão relacionados indiretamente com o prolongamento das infecções. (Ader, Felten, & Cohen, 2001; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002). Esta relação entre os processos infecciosos e as variáveis ambientais tem sido exaustivamente investigada. Por isso, foi considerado pertinente ampliar a reflexão sobre estes processos na seção que segue.

5 Psiconeuroimunologia & Bioecologia: Lentes Superpostas para Compreender os Processos de Saúde e Doença ao longo do Desenvolvimento Humano

O objetivo desta seção consiste em articular as proposições de duas abordagens contemporâneas: a Psiconeuroimunologia (PNI) e a Bioecologia. A superposição da PNI e da abordagem ecológica permite entender os processos de saúde e doença ao longo do desenvolvimento humano. Como foi visto anteriormente, a psiconeuroimunologia estuda as interações entre o comportamento e os sistemas neuroendócrino e imunológico, que se influenciam mutuamente. A Bioecologia estuda o desenvolvimento humano em seu contexto. Uma pessoa não existe sem seu contexto, portanto entender comportamentos necessariamente passa pela compreensão das múltiplas conexões ambientais nas quais uma pessoa está inserida ao longo da vida. O contexto pode ser sintetizado, analisando a pessoa nas suas relações recíprocas em um determinado espaço e tempo. A PNI permite entender como acontece o impacto do estresse nas pessoas e os processos psicofisiológicos envolvidos na saúde e doença. As influências do ambiente como fator de proteção ou vulnerabilidade em situações de estresse permite ampliar a compreensão deste fenômeno complexo. Assim PNI e bioecologia são duas lentes que, superpostas, ampliam o foco deste fenômeno. No contexto em que será desenvolvida esta pesquisa (Unidade Pública de

Atenção à DSTs/AIDS) a superposição de estressores sociais ao fato de viver com AIDS são fatores de risco que não podem ser desprezados por isso a imprescindível necessidade de ampliar o foco da leitura do fenômeno da AIDS levando em conta a ecologia que envolve os sujeitos. Diferentes fatores estão correlacionados nos processos de adoecer, tais como comportamento, alterações neuroendócrinas e imunes, personalidade, rede de apoio social, estratégias de *coping*, estados afetivos, eventos de vida e estressores físicos e psicossociais (Biondi, 2001).

Os processos ligados à manutenção da saúde e do adoecer são tradicionalmente descritos a partir das competências individuais das pessoas, sejam estas imunológicas ou psicológicas. A visão psicossomática tradicional pressupõe que estruturas de personalidade com maior capacidade de mentalização estariam mais protegidas dos desequilíbrios somáticos (Debray, 1995; Marty, 1993). O paradigma ecológico não nega estas variáveis, porém agrega intervenientes externas as quais envolvem as pessoas ao longo de suas histórias de vida. A abordagem ecológica de Bronfenbrenner (1979/1996) preocupou-se com a importância do ambiente no desenvolvimento humano. Neste modelo, uma pessoa não existe fora de seu contexto, visto que um sistema envolve outros sistemas.

Na primeira fase da teoria Bronfenbrenner (1979/1996) usou a metáfora das bonecas russas para caracterizar o ambiente ecológico como uma série de estruturas encaixadas, uma dentro da outra. Na segunda fase da teoria passou a denominá-la Bioecologia (Bronfenbrenner, & Morris, 1998) e ampliou a ênfase dada à pessoa. No ambiente ecológico, o primeiro nível correspondia à pessoa e à sua família. Este sistema é diretamente conectado ao mesossistema, que compreende as relações existentes entre diferentes microssistemas e os efeitos experimentados por estas relações. Ampliando a inter-relação dos sistemas, identifica-se o exossistema, que abrange as articulações entre pessoas envolvidas nos contextos em que a pessoa circula e que a afetam indiretamente. Todos os níveis integram o macrosistema, em que estão contidos os valores, crenças, recursos, idéias, níveis socioeconômicos, estilos de vida, enfim, relações intersociais da cultura. Todos os níveis sofrem influência do tempo, incluindo os eventos históricos e as mudanças econômicas (Bronfenbrenner, 1979/1996; 1999). A Figura 4 propõe uma superposição das duas perspectivas teóricas, envolvendo um ser humano com seus sistemas psicofisiológicos pelos diferentes sistemas do ambiente ecológico.

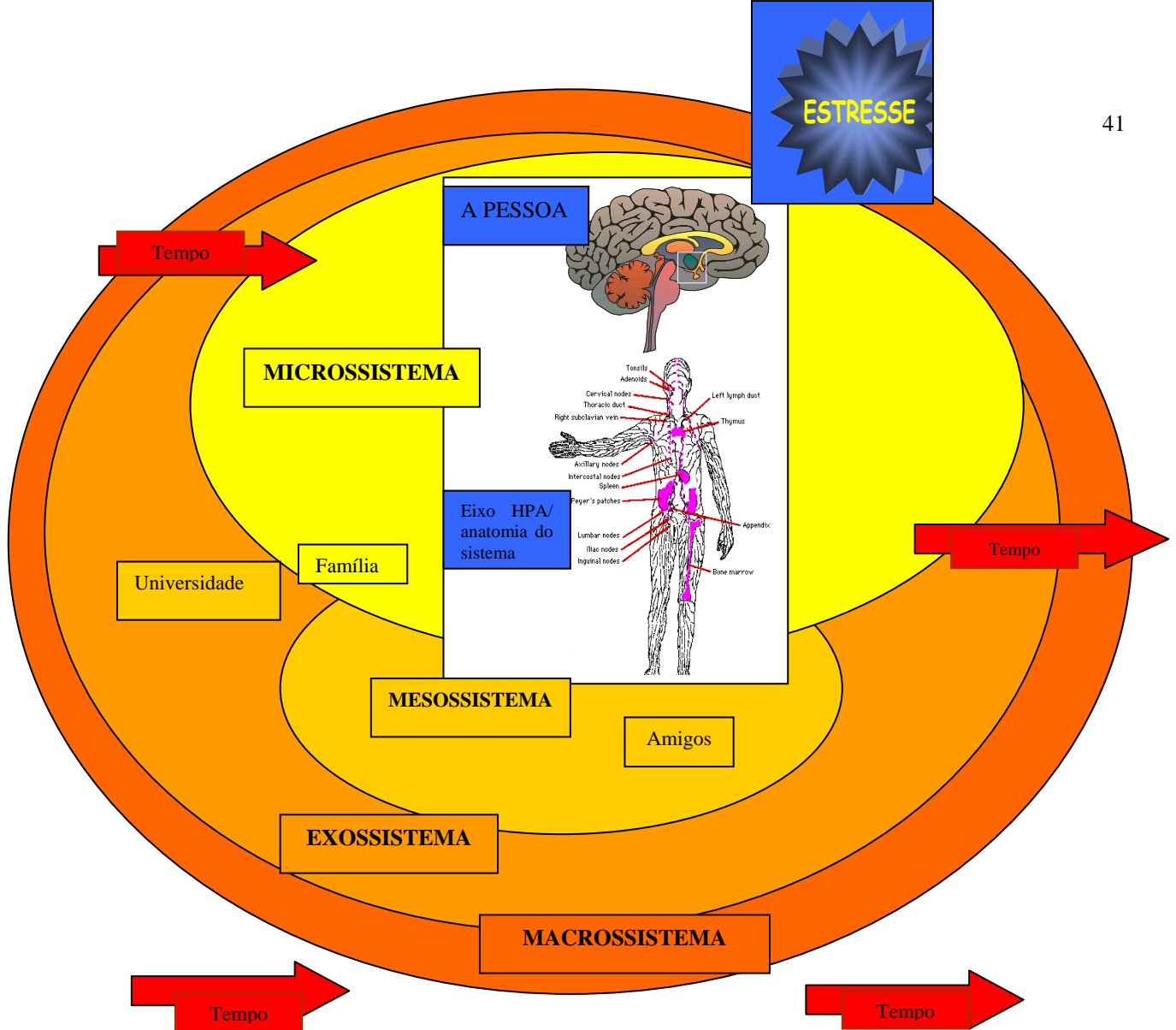


Figura 4. A pessoa e seu funcionamento psicofisiológico no contexto ecológico

A Figura 4 apresenta a pessoa inserida no contexto ao longo do tempo. Representa o sistema imune e neuroendócrino que reage a estímulos ambientais oriundos das diferentes dimensões sistêmicas. Alterações psicofisiológicas tanto podem determinar quanto ser determinadas pelo ambiente interno e externo. Dentre os estímulos ambientais alguns serão interpretados como estressores gerando portanto o estresse. A PNI permite entender como ocorrem as transformações corporais nas pessoas decorrentes da ação do estresse. O Eixo Hipotálamo, hipófise Adrenal traduz em resposta fisiológica à ação do estresse e atua diretamente sobre o sistema imunológico. O estresse psicossocial pode ser originário de qualquer uma das dimensões sistêmicas que envolvem a pessoa ao longo de seu desenvolvimento. Eventos de vida podem determinar situações de estresse agudo e crônico, podendo precipitar o aparecimento de diferentes doenças. O estresse psicossocial pode ser oriundo das diferentes dimensões do ecossistema que envolve uma pessoa ao longo de seu desenvolvimento. Por outro lado, o estresse físico, decorrente de exposição a invasores como vírus, bactérias e protozoários, pode resultar em doenças que também

afetam toda a rede que circunda a pessoa. Um exemplo seria o adoecimento de uma criança a qual tem repercussões imediatas sobre os seus cuidadores. O trabalho do pai-cuidador terá que dispensar este adulto de sua jornada ou trará implicações bidirecionais na relação adulto-criança. Dependendo do nível de gravidade da enfermidade afeta outras dimensões do sistema ecológico, envolvendo a criança. Assim, é impossível entender os processos de saúde e doença sem levar em conta todos os sistemas em suas relações recíprocas ao longo do tempo (Bauer, 2002; Bronfenbrenner, 1979/1996).

O sistema imune tem como função básica defender o organismo contra doenças. Sua ação primária é eliminar substâncias que tenham contato com o corpo, chamadas patógenos, tais como bactérias, vírus, parasitas, fungos e outros materiais bio-orgânicos. As células do sistema imunológico são chamadas leucócitos. O sistema imune pode ser acessado mediante mensuração de diferentes componentes granulócitos, monócitos, linfócitos, células *NK* (*natural killers*), população de anticorpos no sangue (imunoglobulinas A, G & M) e na saliva, e anticorpos a patógenos específicos. A PNI permite, a partir de estudos experimentais, avaliar a função imune e as funções mentais simultaneamente, fornecendo condições de demonstrar, através de provas clínicas, a relação entre os múltiplos sistemas (Miller, & Cohen, 2001).

Alguns estudos podem ilustrar estas proposições. Uma pessoa inserida em seu microsistema familiar, no qual há um integrante portador de uma doença crônica pode sofrer de estresse crônico por anos. Um modelo largamente investigado pela PNI é dos cuidadores de pacientes portadores de Mal de Alzheimer. O surgimento de um quadro demencial pode ser um fator de vulnerabilidade demonstrado pelo estresse inerente ao cuidado diário destes pacientes com quadros degenerativos crônicos, influenciando na capacidade imunológica. Estudos recentes mostram diminuição na proliferação de células T nestes cuidadores. Bauer et al., (2000) demonstraram que, além da diminuição da proliferação de linfócitos T, há alteração na sensibilidade a glicocorticóides. Este achado propôs uma explicação do porquê algumas pessoas sob estresse não respondem a tratamentos com glicocorticóides. Assim, a avaliação psicológica do estresse pode ser útil, quando detectada resistência ao tratamento farmacológico das inflamações por glicocorticóides, pois os resultados da avaliação de estresse podem auxiliar a condução de protocolos medicamentosos e justificar a elevação da dose (Bauer, 2002; Bauer et al., 2000; Vedhara et al., 1999).

A saúde é resultante de condições dignas de moradia, acesso à cultura, esporte, lazer e educação, além de aspectos biológicos e relacionais. A psiconeuroimunologia tem

apontado como ocorrem estas interações, apresentando uma dimensão demonstrável do ponto de vista psicobiológico dos efeitos do estresse, decorrentes de fatores de risco e vulnerabilidade aos quais as pessoas estão submetidas. Fragilidades na malha social - diversos níveis ecológicos que sustentam o desenvolvimento humano, podem acarretar maus resultados em tratamentos de doenças crônicas. Pacientes portadores de AIDS demonstraram pior evolução na ausência de uma rede de apoio eficaz. Theorell et al. (1995) apresentaram resultados que demonstram que baixos níveis de apoio emocional e social são preditores de declínio mais rápido nos níveis das células T CD4. Capitanio e Lerche (1992, 1998) encontraram fortes evidências dos efeitos das relações sociais em infecção por vírus da imunodeficiência em símios (SIV) em modelos animais ao estudar macacos *Rhesus*. Nos animais em que foram encontrados importantes indicadores como separação materna, separação com pares e troca de gaiola em sua história social, quando inoculados com o vírus SIV, demonstraram desenvolvimento acelerado da doença, perda de peso e morte.

6 A Integração dos Diferentes Sistemas em Busca de Homeostasia

A tendência à estabilidade corporal, denominada homeostasia é um conceito fundamental para entender a noção de estresse, pois a principal resultante do estresse é a perda do equilíbrio interno (Arantes, & Vieira, 2002). O estresse psíquico pode predispor à doença física, devido à ruptura da homeostasia. Indivíduos deprimidos, por exemplo, apresentam alterações neuroquímicas e endócrinas, que podem estar relacionadas à baixa imunidade celular e à relativa estimulação da atividade humoral. O vínculo existente entre fatores de natureza psicológica e a possível variação na competência imunológica deixariam as pessoas mais suscetíveis ao adoecimento. Existe uma comunicação bidirecional entre os sistemas imunológico e neuroendócrino e a partir da compreensão deste eixo de intercomunicações identifica-se que uma alteração psíquica possa ocasionar modificações do comportamento imune. Os indivíduos deprimidos apresentam alterações neuroquímicas e endócrinas que podem estar relacionadas à baixa imunidade celular e a relativa estimulação da atividade humoral (Bauer, Gauer, & Nardi, 1993; Lipp, & Malagris, 1998; Remor, 2002a). Existem, atualmente, vários ensaios que demonstram a relação entre depressão e alterações imunológicas. Kenis e Maes (2002) conduziram um estudo com modelos animais, em que constataram que a depressão maior está associada à maior produção de citocinas pró-inflamatórias. A normalização do nível de citocinas pró-

inflamatórias no plasma, na vigência de uso de antidepressivo (ADT), evidenciou que há influência de ADTs na produção de citocina, tais como, *interferon-gamma* and *tumor necrosis factor-alpha*. Aumentou, também, a produção da *interleukin-10*, citocina antiinflamatória.

Uma proposta de modelo compreensivo desta inter-relação de sistemas envolvidos em psiconeuroimunologia consiste em integrar o estímulo às diferentes estruturas envolvidas em sua codificação e transmissão. O estressor é percebido pelos receptores do Sistema Nervoso Periférico (SNP), através do sistema sensorial, que o envia para o Sistema Nervoso Central (SNC). No neocórtex, o evento será interpretado como estressor ou não, de acordo com os registros de memória e vivências prévias de cada indivíduo. Finalmente, as respostas psicofisiológicas aos estímulos decorrem da integração dos estados emocionais codificados no sistema límbico e hipotálamo, com os aspectos cognitivos decodificados pelo neocórtex (Lipp, & Malagris, 1998).

A comunicação entre o cérebro e o sistema imune acontece mediada pelo sistema neuroendócrino, o qual controla os passos essenciais da resposta imune. Este controle ocorre através da integração dos eixos: hipotalâmico-pituitária-adrenal (HPA) e o mensageiro entre eles – as citocinas. Este mensageiro reúne todas as proteínas, que são as principais protagonistas na conexão do sistema imunológico e do cérebro (Besedovsky, & Del Rey, 2001).

O estresse regula o sistema imune através da superposição de dois sistemas: linfático e nervoso, havendo assim comunicação bidirecional mediada por neurotransmissores e citocinas. O hipotálamo comunica-se com a hipófise, que ativa a produção do hormônio ACTH (hormônio adrenocorticotrófico). Resumidamente, o eixo Hipotálamo-Hipófise e Adrenal está no comando da operação que resulta na resposta ao estresse agudo. Há, portanto, liberação do cortisol, hormônio que inibe ou ativa a resposta imunológica, justificando seu papel imunoregulatório. A elevação de cortisol evita doenças, ao mesmo tempo em que o expõe a elas. Por outro lado, o sistema imune também ativa, através das proteínas citocinas pró-inflamatórias, a mesma resposta de estresse elevado aumentando a produção de ACTH e cortisol. O pico de resposta imunológica corresponde ao pico de produção de cortisol. Assim, o papel do cortisol consiste em controlar a resposta imune a agentes agressores e o aparecimento de doenças auto-imunes decorrente da desregulação do eixo HPA (Antunes, 1999; Besedovsky, & Del Rey, 2001).

O cortisol é um hormônio produzido na supra-renal e que tem repercussão em diferentes funções. As proteínas receptoras dos glicocorticóides, por exemplo, estão

presentes no metabolismo de carboidratos e aminoácidos, por isto em situações de estresse é comum o aumento de necessidade de ingerir carboidratos (Kupflermann, 1999). O cortisol eleva a concentração de glicose no sangue e pode agir catabolicamente degradando estes substratos até o tecido. Os glicocorticóides, principalmente em doses altas, têm ação antiinflamatória e antialérgica. No estômago, os glicocorticóides enfraquecem a mucosa, havendo risco de ulceração em altas doses ou estresse intenso. No cérebro, a ação do cortisol em níveis altos incide sobre o hipotálamo, causando alterações EletroEncefaloGráficas (EEG) e psíquicas. Distúrbios psíquicos sérios, como a depressão, mantêm elevado, em até dez vezes, o valor do nível de cortisol. Em pacientes deprimidos, foi observada a redução em 30% da capacidade proliferativa dos linfócitos, pois estes se mostram refratários à ativação provocada pelo cortisol. Há, ainda, uma redução da sensibilidade celular ao cortisol, na presença de estresse (Bauer, 2002; Silbernagl, & Despopoulos, 2003).

7 Psiconeuroimunologia e a Bioecologia do Estresse

Para a adequada compreensão de psiconeuroimunologia é relevante à exploração do conceito de estresse. Estresse tem sido definido como uma resposta não específica do corpo frente a uma demanda. Qualquer estímulo pode induzir a situações estressoras. O termo estresse é originário da física e significa somatório de forças que agem contra a resistência, não importando quais sejam elas. Seyle (in Lipp, 2000) apresentou a noção de Síndrome Geral de Adaptação, levando em conta o conceito de estresse. Nesta Síndrome, agentes afetam a pessoa, causando uma defesa sistêmica e gerando adaptação e busca de equilíbrio. É considerada uma síndrome, porque as manifestações são interdependentes. É descrito como contendo três fases: a fase de alarme, seguida pela fase de resistência, e logo pela fase de exaustão. Seyle usou o termo estressor para caracterizar o agente que provoca a Síndrome Geral de Adaptação e estresse para a condição do organismo após ser exposto ao agente agressor (Arantes, & Vieira, 2002; Biondi, 2001).

As três fases do estresse apresentam características e conseqüências distintas. A primeira fase está diretamente ligada a esquemas de luta e fuga e termina em algumas horas. Caracteriza-se por entusiasmo e motivação e envolve eliminação de adrenalina. Em caso do estressor perdurar, a pessoa passa imediatamente para a fase de resistência, em que a luta e fuga têm um lugar inicial e são seguidas pelo surgimento de sintomas, tais como aparecimento de sensação de desgaste generalizado e dificuldades de memória. A seguir,

nesta mesma fase, as glândulas supra-renais determinam, através da medula, a redução da produção de adrenalina e passam a produzir corticosteróide. Ao término deste período, é comum aparecerem manifestações herpéticas, psoríase, picos de hipertensão, diabetes, gripes e redução da libido. Na fase de exaustão aparecem os aumentos de estruturas linfáticas, exaustão psicológica em forma de depressão e exaustão física na forma de doenças. Nesta fase pode ser fechado o circuito do processo do adoecimento, ao atingir um órgão alvo programado geneticamente. Na esfera psíquica é possível perceber sintomas além da depressão, tais como ansiedade aguda, inabilidade de tomar decisões, vontade de fugir de tudo, autodúvida e irritabilidade (Lipp, & Malagris, 1998).

Estudos retrospectivos e prospectivos têm demonstrado que a maior incidência de estresse durante a vida precede doenças importantes. Ader e Friedman (in Biondi, 2001) foram os primeiros a demonstrar os efeitos de como experiências precoces podem influenciar a suscetibilidade em animais submetidos a transplantes tumorais. Este estudo abre a janela entre a psicobiologia do desenvolvimento e as respostas imunes em adultos. Os estudos com animais serviram como modelo do estresse como indutor de doenças. A neurobiologia do estresse é a chave para a compreensão da relação do estresse e as modificações imunológicas.

Biondi et al. (1994) investigaram 24 adultos sadios sob estresse, com mudanças de vida ao longo de oito meses. Seus resultados apontam decréscimo nas células CD11 (tipo de linfócito do sistema imunológico) relacionados com reduzidos escores no Inventário Multifásico Minnesota de (Personalidade MMPI), especialmente nas subescalas defensividade e introversão. Castle et al. (in Ader, Felten, & Cohen, (2001) investigaram cuidadores de pacientes portadores de quadros demenciais e encontraram forte associação entre parâmetros de estresse e perda de capacidade proliferativa nas células T (células do sistema imunológico). Depressão está, também, fortemente associada com aumento de células T CD8 (tipo de linfócito do sistema imunológico) e redução de células *Natural Killer* (NK). Tais resultados sugerem alto risco de doença e mortalidade em cuidadores.

Situações de estresse agudo foram investigadas por Cohen et al. (1999) (in Ader, Felten, & Cohen, 2001) em 39 mulheres saudáveis e os resultados são diferentes para estresse crônico e agudo. As mulheres otimistas mostraram melhores resultados em mudanças imunológicas frente a estresse agudo. No entanto, frente a estresse crônico tiveram maiores decréscimos imunológicos que aquelas pessimistas. A notificação e a exposição à doença severa são citadas em cinco estudos como estressores da vida real (Biondi et al., 1994).

A ação do estresse nos três eixos: neural, neuroendócrino e endócrino observa um processo. No primeiro eixo, a manifestação é somática, direta e segue a rota do hipotálamo até o Sistema Nervoso Autônomo (SNA) através da medula até a inervação final. Este padrão está diretamente relacionado à necessidade de luta e fuga do organismo. O segundo eixo, também, assinala a necessidade de luta e fuga frente a estímulos interpretados como estressores e segue o caminho desde a medula adrenal secretando catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) passando pelo complexo amigdalár ativando o hipotálamo que ativa, através da secreção hormonal, as glândulas supra-renais. O resultado é um aumento generalizado da atividade adrenérgica somática. O último eixo é o responsável pela fase crônica de enfrentamento ao estresse, através deste há secreção de hormônios que estimulam órgãos-alvo (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem, & Nolen-Hoeksema, 2002). Quanto à questão da vulnerabilidade individual que leva a ativação de órgãos alvo é relevante considerar que algumas características como gênero, idade, diferenças individuais, reforço, diferenças fisiológicas (incluindo imunológicas) e comportamentais entre as espécies estão diretamente relacionadas à variabilidade imunológica individual (Ader, & Cohen, 2001).

Seguindo o modelo estresse-doença, os três eixos ativam um órgão-alvo através do aumento ou da diminuição do funcionamento normal do sistema endócrino. A relação entre estresse e o órgão-alvo tem estreita relação com a predisposição genética do indivíduo. O circuito inicia com o eliciamento de um estímulo externo ou interno, que será interpretado pelo eixo neural e resultará em secreções glandulares. A ativação da secreção hormonal nas situações de estresse é parte dos mecanismos do organismo para restaurar a balança homeostática. Em seres humanos, a secreção do hormônio adrenoesteróides precede, por exemplo, o advento do comportamento de levantar pela manhã. Os hormônios cumprem as funções de interferir na atenção seletiva e na consolidação de informações do dia-a-dia. Contribuem, ainda, para eficácia da memória episódica e da atenção. O corpo não poderia sobreviver aos eventos diários sem secreções adrenais. Por outro lado, a elevação dos níveis de hormônio por determinar aumento de apetite por carboidratos, conforme mencionado anteriormente, gera risco de obesidade em situações de estresse crônico. Em situações mais intensas e crônicas de estresse, a secreção adrenal pode ter resultados danosos, pois repetidos estresses psicossociais determinam mudanças em vários órgãos, incluindo perda ou atrofia neural no hipocampo (McEwen, 1999). O hipocampo é responsável pela transmissão das experiências armazenadas na memória de curto prazo para a memória de longo prazo. O *out-put* de estímulos do hipocampo ativa diferentes

áreas corticais, visuais e auditivas que reativa imagens de percepções anteriores. A ativação simultânea das múltiplas áreas corticais recria os aspectos emocionais da memória (Pliszka, 2004).

Hormônios não determinam comportamentos por si só, mas induzem mudanças químicas, que resultam em comportamentos e em modificações estruturais devido a alterações dos padrões neurais. A percepção do estresse é influenciada pela genética e pelo comportamento, portanto quando o cérebro percebe a experiência como estressora, respostas fisiológicas e comportamentais são iniciadas na busca da adaptação. Ao longo do tempo, o padrão desta busca gera desgaste pela sobre-exposição a mediadores neurais e endócrinos. O estresse pode causar efeitos adversos em vários órgãos (carga alostática) levando ao adoecimento. Alostase é a capacidade de atingir a estabilidade através da mudança, sendo que a carga alostática refere-se aos efeitos de longo prazo da resposta fisiológica ao estresse. A Figura 5 (adaptada de McEwen, 1998) sintetiza esta proposição.

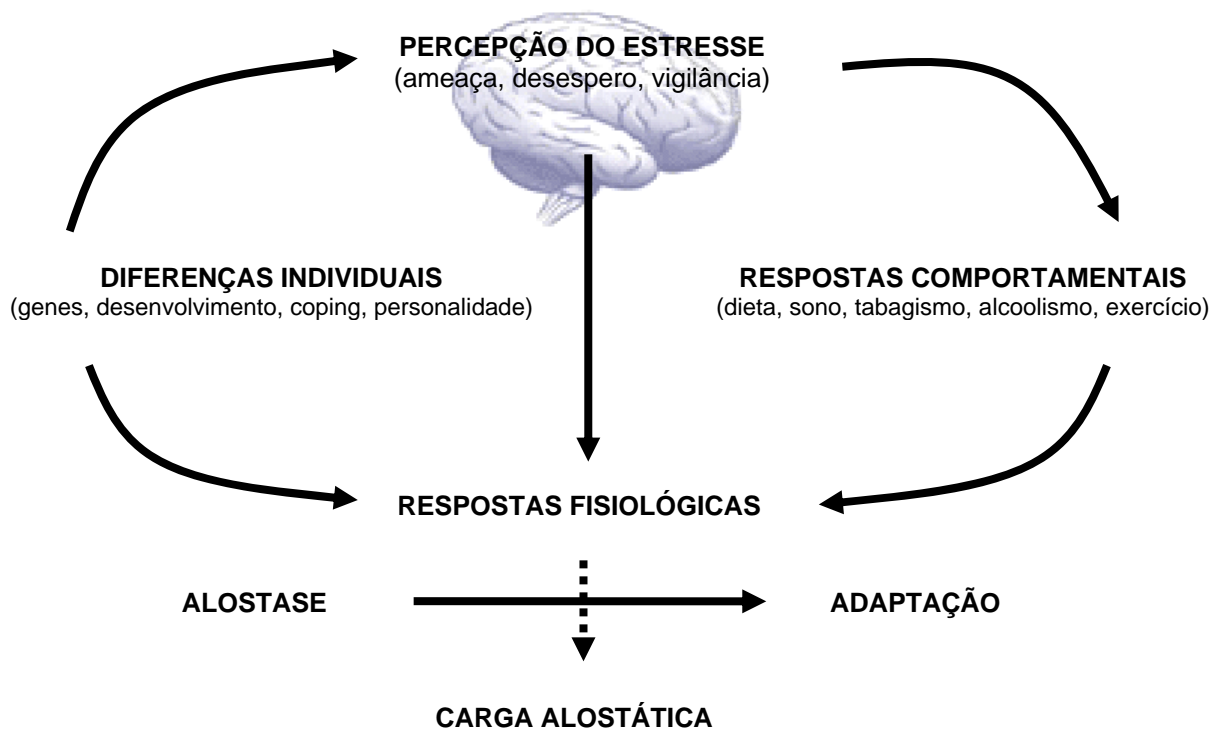


Figura 5. Resposta ao estresse e desenvolvimento da carga alostática¹¹.

O modelo multidimensional apresentado por McEwen (1998) mostra que o estresse pode ser originário de diferentes situações. A ação de estresse ambiental, por exemplo, decorrente de alterações no trabalho, no lar e na vizinhança pode gerar um evento de vida significativo ou, ainda, traumas e abusos. Estes estressores são percebidos como estresse e

¹¹ Adaptado de McEwen, 1998 por Petersen, Bauer, & Koller, 2004.

demandam maior vigilância por parte da pessoa. A resposta fisiológica a estes eventos depende das diferenças individuais (genética e experiências desenvolvimentais) e da mediação das respostas comportamentais (luta e fuga, comportamentos individuais, como fazer dieta, fumar, beber, fazer exercícios). Este conjunto de comportamentos pode gerar adaptação ou desequilíbrio psicofisiológico na pessoa, com repercussões de disfunções nos sistemas cardiovascular e metabólico, alterações cerebrais (até destruição de tecido nervoso no hipocampo) e imunológicas. A partir do ponto de vista das neurociências Pliszka (2004), explica como a vida e morte neural são mediadas por um equilíbrio refinado de proteínas promotoras da vida (antiapoptóticas) e destruidoras da vida (apoptóticas). A morte celular ou *apoptosis* é influenciada pelo estresse psicossocial, pois indivíduos geneticamente vulneráveis podem produzir níveis elevados de CRF, ACTH e de cortisol resultando na produção de proteínas úteis, mas que, em longo prazo, têm efeitos negativos sobre o neurônio. A relação entre citocinas e alterações de humor inclui variáveis genéticas, idade e gênero, bem como variáveis experimentais, tais como história da experiência estressora (McEwen, 1998; Merali, & Anisman, 2003). Estas variáveis individuais destacam-se, também, conforme Bronfenbrenner e Morris (1999) apontando seus recursos defensivos, disposições e demandas ambientais.

O estresse não pode ser definido pelo estressor, mas pela interpretação que a pessoa dá ao evento que está experimentando. Bronfenbrenner (1979/1996) chama a atenção para o fato de que a realidade pode ser aquilo que a pessoa percebe, mesmo que não corresponda ao fato em si. Historicamente foram desenvolvidos parâmetros de estressores externos e internos que, associados à interpretação da realidade, determinaram se o evento pode ser considerado como um estressor. Os estressores externos foram listados em uma escala de ajustamento social, em 1967, por Holmes e Rahe, incluindo acidentes, morte, brigas, situação política e econômica do país, promoção, dificuldades financeiras, nascimento de filhos, etc.

As situações percebidas como estressoras, geralmente, inscrevem-se em uma ou mais categorias descritas como eventos traumáticos, eventos incontroláveis, eventos que desafiam as capacidades humanas, baixo autoconceito ou conflitos internos. Os estressores internos decorrem de cognições que podem, resumidamente, serem apresentados como modo de ver o mundo, nível de assertividade, crenças e valores, características pessoais, padrão comportamental, vulnerabilidade, ansiedade e esquemas de reação à vida. A falta de controle e a imprevisibilidade das ocorrências são fatores apontados como de grande impacto. Frente à previsibilidade, mesmo em situações de estresse crônico, a pessoa pode

relaxar nos intervalos inerentes a situações crônicas. Cobaias e humanos em experimentos têm mostrado preferir eventos aversivos previsíveis, revelando que provavelmente há algum processo de preparação para o evento (Atkinson et al., 2002; Lipp, 2003; Lipp, & Malagris, 1998).

As emoções e a excitação fisiológica decorrente de situações estressoras são desconfortáveis e as pessoas buscam diferentes formas de alívio através de estratégias para administrar tais demandas. Para atingir o propósito de enfrentar o estresse, a pessoa pode se concentrar no problema e, de alguma forma, mudá-lo, evitá-lo ou focalizar seu esforço no alívio das emoções associadas a ele. Lazarus e Folkman (1991) denominaram estes estilos como estratégias de *coping*, com enfrentamento focalizado no problema e focalizado na emoção. No primeiro, a pessoa, para resolver problemas, terá como estratégias definir o problema atual, gerar soluções avaliando custo e benefícios, escolher entre as alternativas cogitadas e a implantação das mesmas. As mudanças podem ser dirigidas tanto para dentro da própria pessoa quanto para o ambiente. As estratégias de *coping* focalizando a emoção têm como objetivo impedir a invasão de emoções negativas. Estas formas de enfrentamento são recorrentes em situações de difícil controle.

O estresse é entendido como qualquer força oriunda de fontes externas e internas que desequilibram a homeostasia corporal, pode ser físico (calor, frio, desnutrição, exposição a antígenos) ou psicossocial (decorrente das diferentes dimensões da inserção ecológica das pessoas). Sua rota corporal está ligada a processos de enfrentamento humano em busca da volta a homeostasia. Em situações de estresse psicossocial, o estímulo será apresentado ao córtex cerebral, o qual interpreta a situação como estressora ou não. Uma vez entendido como estresse, imediatamente o hipotálamo, sede das emoções, envia mensagem à hipófise, que secreta o hormônio ACTH o qual é enviado à adrenal (ou suprarrenal), que secreta cortisol - o hormônio do estresse. O corpo está apto para luta e fuga. O cortisol tem ação direta no sistema imunológico resultando em imunossupressão (Arantes, & Vieira, 2002; Bauer, 2002). A ilustração a seguir demonstra graficamente os aspectos psicobiológicos do estresse.

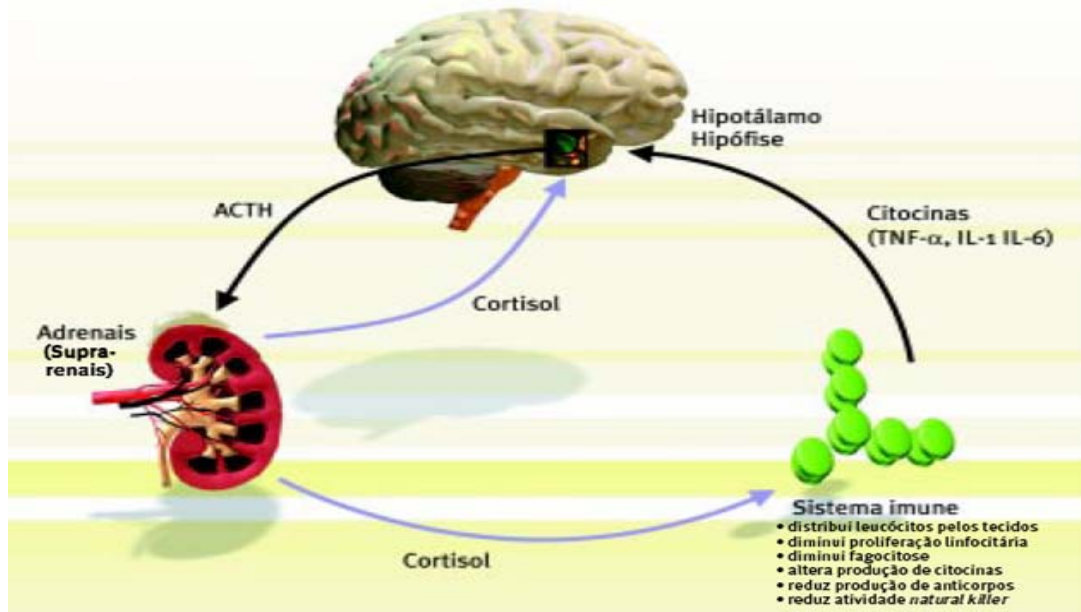


Figura 6. Eixo HPA e o sistema imune¹².

As alterações decorrentes da ação do eixo HPA (ver Figura 6) terão repercussões diferentes sob efeitos agudos e crônicos do estresse. A exposição contínua da pessoa a estressores psicossociais pode desorganizar a atividade do eixo HPA, podendo resultar em hipoativação e hiperativação da resposta hormonal. Estas modificações afetam diretamente a resposta imunológica. A ação do estresse no sistema imunológico é traduzida por alterações de tráfego celular; imunidade celular e sensibilidade a glicocorticóides. A vida existe e é mantida sob um equilíbrio homeostático complexo ou homeostasia, que é constantemente desafiado por forças adversas. Os estressores podem causar respostas corporais diversas. Os estados associados a hiperativação, a hipoativação da adaptação do eixo HPA e às diferentes patologias associadas ao desequilíbrio do eixo HPA determinado pela ação do estresse são apresentados na Tabela 5 (adaptada de Tsigos, & Chrousos, 2002).

¹² Figura extraída de Bauer, 2002.

Tabela 5
Estresse Associado a Disfunções do Eixo HPA

Incremento da atividade do eixo HPA	Declínio da atividade do eixo HPA	Atividade disruptiva do eixo HPA
Doenças crônicas severas	Depressão atípica	Síndrome de Cushing
Depressão melancólica	Depressão sazonal	Resistência a glicocorticóide
Anorexia	Síndrome de fadiga crônica	Deficiência de glicocorticóides
TOC	Hipotireoidismo	
Pânico	Supressão adrenal	
Exercícios excessivos crônicos	Pós-glicocorticóide terapia	
Desnutrição	Pós-estresse	
Diabetes mielitus	Pós-parto	
Hipertireoidismo	Menopausa	
Obesidade Central	Artrite reumatóide	
Abuso sexual na infância		
Gravidez		

A Tabela 5 foi adaptada de Chrousos e Gold (in Tsigos & Chrousos, 2002). As disfunções no eixo HPA têm um papel preponderante no desenvolvimento e na perpetuação de doenças auto-imunes. Estas alterações produzidas pelo estresse podem, também, deflagrar o aparecimento das disfunções citadas na Tabela 3.

Existe, também, uma estreita relação entre síndromes psiquiátricas ou sintomas afetivos e a função imunológica. Estudos conduzidos por Cole e Kemeny (2001) relatam alterações imunes em pacientes psicóticos, incluindo número baixo de linfócitos e resposta pobre a anticorpos e à vacina de *pertusis*, se comparado aos controles não psicóticos. Evidências revelam que depressão e ansiedade eliciam a produção de citocinas pro-inflamatórias. Agrega-se a esta íntima relação psicobiológica, a dimensão ecológica que minimiza ou maximiza o sofrimento humano. Depressão, solidão e imunossupressão têm se apresentado como variáveis correlacionadas em estudos sobre progressão do vírus HIV (Cole, & Kemeny, 2001).

Do ponto de vista psicobiológico, cabe salientar como ocorre a comunicação entre os diferentes sistemas. O sistema imune tem como mensageiros as citocinas, as quais são proteínas produzidas pelos linfócitos que afetam o comportamento de outras células. Recentemente foram detectados sítios de recepção para citocinas em células nervosas da mesma forma que existem receptores para as proteínas excretadas pelos neurônios em

linfócitos. Foi a partir do meio dos anos 80 que um grupo de cientistas suíços liderados por Jean Michel Dayer demonstraram pela primeira vez que a citocina (IL-1 – interleucina-1) poderia ser detectada em fluido de nutrientes ao redor de células tumorais cerebrais em cultura. Os pesquisadores concluem que as células imunológicas podem produzir células sinais (IL-1) após exposição a bactérias. Por outro lado os mensageiros do sistema imune (citocinas) podem estimular o cérebro a produzir hormônios do estresse. As citocinas produzidas no sistema imunológico podem viajar através da circulação ou sinalizar, através do nervo vago, diferentes partes do cérebro. Uma vez ativado por citocinas o hipotálamo começa a secretar CRH, que inicia a cascata hormonal de resposta ao estresse. O ponto final desta resposta é a produção de cortisol pelas glândulas adrenais. Quando a resposta ao estresse cerebral declina o cortisol determina o decréscimo da produção das células do sistema imunológico envolvidas em responder a inflamações. Assim o estresse põe em *check* o sistema imune. Ocorre, ainda, a emissão e a recepção de hormônios por linfócitos. A existência de receptores para hormônios, citocinas e neurotransmissores nas células nervosas, nos linfócitos e na emissão e recepção de hormônios pelos linfócitos é a provável explicação para esta estreita comunicação entre estados afetivos, estressores físico e psicossociais entre os diferentes sistemas (Parham, 2001; Sternberg, 2000).

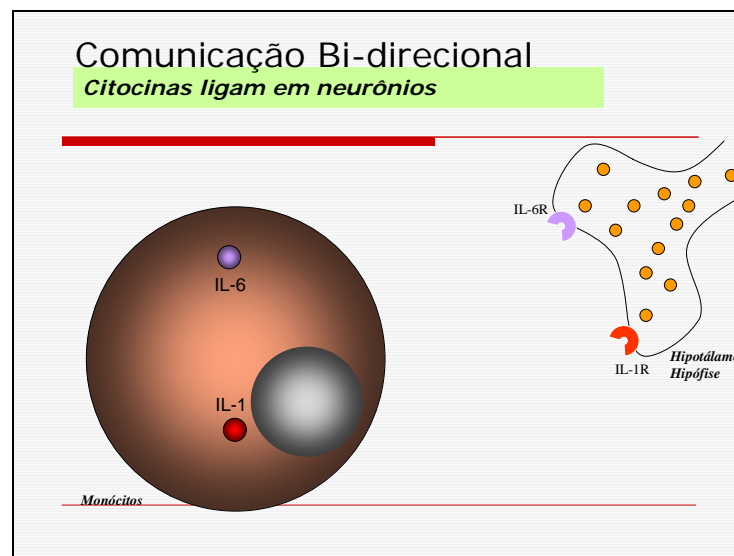


Figura 7. Comunicação bi-direcional monócitos/neurônios¹³.

A Figura 7 ilustra a comunicação bi-direcional entre uma célula do sistema imune e uma célula nervosa. Mostra a existência de receptores para citocinas (IL-1 e IL-6) no neurônio. Leucócitos produzem e recebem hormônios (ação autócrina e parácrina). Esta

¹³ Figura produzida por Bauer (personal communication, 2003).

descoberta elucidada como ocorre a transmissão das mensagens entre os diferentes sistemas, através de neurotransmissores, citocinas e hormônios. Esta descoberta elucidada porque a melhora de sintomas depressivos em pacientes vivendo com AIDS pode ter repercussões sobre o sistema imunológico e conseqüentemente sobre a melhora na qualidade de vida (Sternberg, 2000).

Estes múltiplos sistemas (neuroendócrino e imune) que foram apresentados anteriormente explicam, determinam e são determinados por comportamentos humanos que estão envolvidos pela teia social, que pode servir como fator de proteção ou risco. A psiconeuroimunologia é a chave para entender como o estresse induz mudanças nas funções imunes, sendo a bioecologia a senha para acessar diferentes dimensões envolvidas neste fenômeno. A questão que se coloca reside nas interações da imunocompetência com as histórias de vida, que se inscrevem no campo da imunologia ecológica (Sheldon, & Verhulst, 1996). Diferentes estudos têm demonstrado ao longo das últimas três décadas, as interações dos sistemas imunológicos e neuroendócrinos com variáveis psicossociais (Ader, Felten, & Cohen, 2001; Kiecold-Glaser et al., 2002). Sugerem que emoções negativas e infecções prolongadas podem influenciar a produção de citocinas pró-inflamatórias, provocando um largo espectro de doenças, como osteoporose, doenças cardíacas, artrite, diabetes tipo 2, certos tipos de câncer e declínio funcional. O estresse crônico tem sido associado à supressão da função imune e há evidências de que o sistema imune nestas circunstâncias não se adapta ao longo do tempo. Efeitos do estresse decorrentes de rupturas na rede de apoio social (escolta) e a depressão têm sido correlacionados a alterações na resposta imune (Kiecold-Glaser, & Glaser, 1992; O'Leary, 1990).

8 Modelos Ecológicos para Compreender o Estresse

A variabilidade individual está diretamente relacionada às mudanças imunológicas. Existem diferentes parâmetros como níveis de ansiedade, introversão x extroversão e graus e possibilidades de *coping* que têm sido apontados como preditores das respostas psicofisiológicas. A interpretação do evento como estressor não será unânime, mas singular a cada pessoa. O evento que resultará em estresse está estreitamente ligado à capacidade de *coping*. O conceito de *coping* vem sendo amplamente estudado e caracterizado como o conjunto de estratégias com as quais a pessoa lida em situações ansiogênicas. Tais estratégias são influenciadas diretamente pelo produto de três elementos

interligados: a ameaça (aquilo que a pessoa teme), o dano (algum prejuízo anterior causado pela situação apresentada) e o desafio (o quanto se sente capaz de enfrentá-la). Novas pesquisas neste campo devem contemplar em seu *design* a investigação do impacto subjetivo de estressores, avaliação de respostas emocionais como depressão, ansiedade e raiva, mensuração de *coping* particularmente focado nas dimensões de inibição/supressão x eficácia/ação, bem como a mensuração de apoio social. *Locus* de controle é uma dimensão psicológica que pode afetar as estratégias de *coping*. Estudo sobre o efeito de situações diárias no sistema imune aponta que pessoas com alto *locus* de controle interno têm baixos índices de glicocorticóides e pessoas com baixo *locus* de controle interno apresentam maior suscetibilidade a altos níveis de estresse. Defesas do tipo evitativa servem como preditores de mau funcionamento imunológico em situações de estresse, por exemplo, durante espera por transplante de medula (Biondi, 2001; Futterman, Wellisch, Zigelboim, Luna-Reinee, & Weiner, 1996; Pereira, 2001; Vogel, 1993).

Folkman e Lazarus (1991) sugerem que o *coping* possa ser mensurado através classificação das estratégias adotadas pelos indivíduos. Tais estratégias podem ser organizadas em três áreas: 1) enfoque avaliativo, que pode ser descrita pela própria capacidade de avaliar e reavaliar uma situação atribuindo significado a ela; 2) enfoque no problema, quando as situações de realidade são enfrentadas através da eliminação ou modificação das fontes de estresse; e, 3) enfoque emocional, que trabalha com as emoções causadas pelos estressores e busca manter equilíbrio afetivo. Estes enfoques não são excludentes e, portanto, podem coexistir. Existem diferentes maneiras de lidar com emoções negativas e, entre elas, estão as estratégias comportamentais, que incluem atividade física, uso de álcool e drogas, expressão de raiva e procura por apoio dos amigos. As estratégias cognitivas, também, podem ser utilizadas e incluem deixar o problema de lado e reduzir a ameaça, resignificando a situação. Cabe ressaltar que diferentemente da evitação o *coping* focado no problema terá ênfase na resignificação, ou seja no trabalho das representações mentais (Atkinson, et al., 2002; Savoia, Santana, & Mejias, 1996). Alguns fatores têm sido apontados como capazes de potencializar as estratégias de *coping*. Entre estes fatores, a rede de apoio social, a qual o indivíduo pertence, tem sido salientada. A qualidade do apoio que uma pessoa recebe depois de uma situação traumática influencia diretamente o impacto sobre a sua saúde. A busca de apoio de sua rede pode ser considerada como uma estratégia comportamental do indivíduo, mas depende também das características da mesma para minimizar o impacto do estresse vivenciado. A rede social de cada pessoa é composta basicamente pela família, amigos, relações de trabalho e

escolares e relações comunitárias. Características estruturais da rede são relevantes e coexistem, tais como: tamanho, densidade, ou seja, o grau de conexão entre os membros, dispersão resultante da proximidade geográfica dos componentes da rede, homogeneidade ou heterogeneidade sócio-cultural e, também, os atributos vinculares, tipos e funções desempenhadas por cada vínculo. A rede cumpre, ainda, diferentes funções ao longo do desenvolvimento humano, desde a mera companhia social, passando por apoio emocional, guia cognitivo e de aconselhamento, regulação social, ajuda material e facilitação para acesso a novos contatos (Atkinson et al. (2002); Sluzki, 1998).

As Figuras 8, 9 e 10 apresentam modelos compreensivos para a operacionalização dos construtos de estresse e *coping* baseadas em Ryan-Wenger (1992).

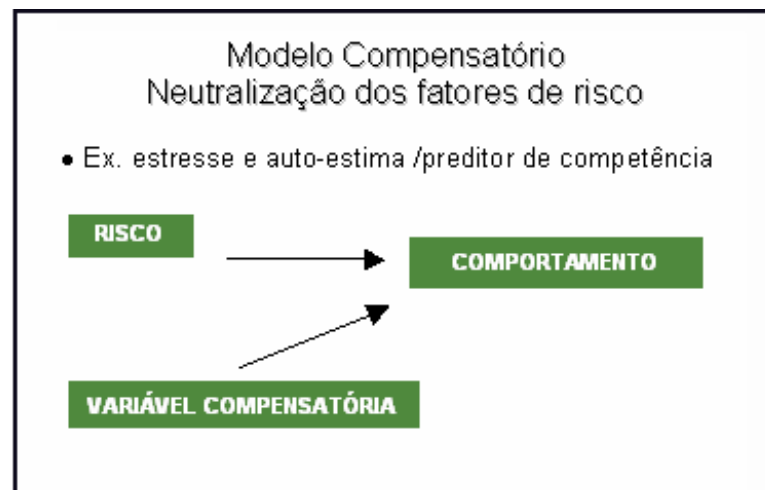


Figura 8. Modelos compensatórios para neutralizar fatores de risco

No modelo compensatório (Figura 8) é possível perceber que a presença de uma variável, como a auto-estima pode compensar a presença do fator de risco interpretado como estressor e resulta em comportamentos que neutralizam o fator de risco. Em situações, por exemplo, de conflito familiar em relação à orientação sexual de um portador de HIV/AIDS, a comunicação da doença a todos os membros pode ser difícil. Um fator compensatório pode ser o interesse de um dos familiares em ajudar a revelar a situação de HIV/AIDS. O resultado pode ser a facilitação em comunicar ao demais com a ajuda de um dos membros, pois o doente recebe ajuda de alguns membros apesar do conflito quanto a sua orientação sexual e condição de portador de HIV/AIDS.

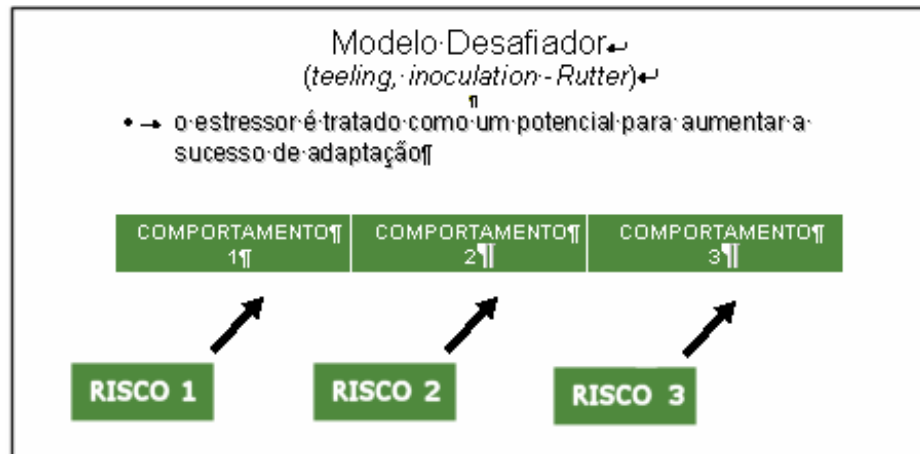


Figura 9. Modelo desafiador do comportamento

No modelo desafiador do comportamento (Figura 9), o estressor é entendido como capaz de potencializar a adaptação. É como se a pessoa fosse sendo inoculada com pequenas doses de estresse, tornando-se cada vez mais apta a enfrentar novos desafios.

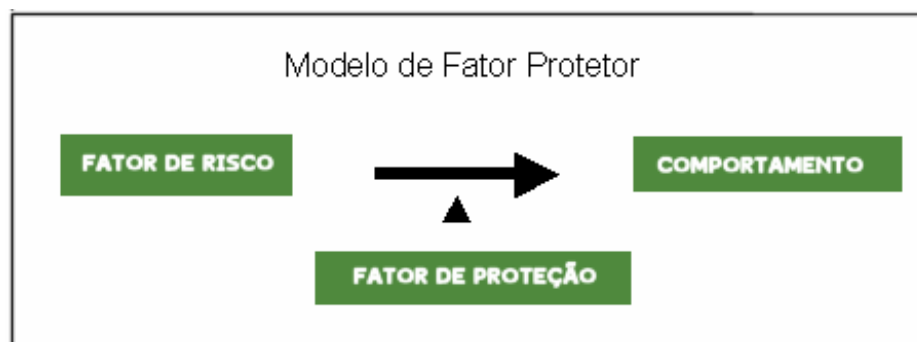


Figura 10. Modelo risco/proteção da pessoa em desenvolvimento

O modelo risco/proteção da pessoa em desenvolvimento (Figura 10) pode ser observado em movimentos culturais em que adolescentes se envolvem e que reforçam a identidade cultural, servindo como fator de proteção, pois estimulam a auto-estima. Exemplos disso no Brasil são movimentos como *Hip-Hop*, *Funk*, capoeira (Lopes, & Petersen, 2002). Podem ainda ser apontadas à função da comunidade de vizinhos. No caso de pessoas vivendo com AIDS um fator de proteção pode ser encontrado em programas adequados de tratamento. Na associação de AIDS e pobreza um fator de proteção importante é a distribuição gratuita de medicamentos. Sinteticamente, os diferentes modelos podem auxiliar na compreensão de como a pessoa vai adquirindo ou perdendo condições de enfrentar situações de estresse ao longo de seu desenvolvimento. Fatores de risco e proteção devem, no entanto, ser vistos como variáveis contínuas. O dinamismo que

caracteriza as relações humanas incide diretamente na necessidade de avaliação contínua destes fatores. Por exemplo, a família primariamente pode ser um fator de proteção, mas na vigência de estressores, pode se transformar em fator de risco. Depende das condições do grupo de manejar o estressor.

Os diferentes modelos compreensivos apresentados para a operacionalização dos construtos de estresse e *coping* envolvem a presença da rede de apoio social. Estudos importantes encontraram imunossupressão após mortes de companheiros, assim como baixa regulação imune após divórcio em homens, se comparados a outros em situação marital estável (Bartrop, Luckhurt, Lazarul, Kiloh, & Penny 1977; Kiecold-Glaser et al., 1988). Weiner (1987) encontrou supressão na produção de células *T helper* fortemente correlacionada com depressão severa na escala de depressão de Hamilton em homens homossexuais em luto por parceiro. Outro estudo revelou que o apoio social atenua a magnitude da redução de células *NK* em situações de estresse (Kang, Coe, Karswenski, & MCarthy, 1998).

CAPÍTULO II

MÉTODO

1 Delineamento

Foi desenvolvido um estudo clínico não-randomizado intragrupo e intergrupo. Foram constituídos dois grupos de participantes portadores do vírus HIV/AIDS, usuários de terapia anti-retroviral (coquetel) acompanhados ao longo de 16 semanas. O primeiro grupo (G1) foi submetido à intervenção grupal (acompanhamento psicológico) e contrastado com o grupo que não recebeu tratamento – grupo comparação (G2). O pré-teste foi realizado no Tempo 1 (T1), antes do início da intervenção, e o pós-teste (Tempo 2 – T2) após 16 semanas do início do tratamento, que correspondeu ao término da intervenção. O grupo que recebeu acompanhamento psicológico foi acompanhado ao longo do tempo, permitindo comparar seus próprios resultados nos diferentes cortes transversais (intragrupo), bem como com o grupo comparação (intergrupos). O grupo de comparação teve como opção ser atendido em grupo aberto, com uso de vídeos educativos, no mesmo posto de saúde no qual foram avaliados. Após avaliação das variáveis basais nos dois grupos foram mensuradas as variáveis de desfecho (depressão, rede de apoio social, qualidade de vida, estresse, CD4 e carga viral), ao final da aplicação da intervenção grupal preconizada pelo *Eurovihta Project* e, também, no grupo comparação. O delineamento cruzado, com características de ensaios intra e intergrupos, compensa as desvantagens do delineamento de séries temporais intragrupos, que não tem grupo controle (Grady, Cummings, & Hulley, 2003). O delineamento da análise de resultados do projeto *Eurovihta* na Europa não incluiu um grupo comparação em seu *design*, mas neste estudo houve a preocupação de organizar uma *coorte* que incluísse este grupo (Blanch et al., 2002). Desta maneira buscou-se aumentar as possibilidades de que os efeitos encontrados não sejam devido à aprendizagem dos instrumentos aplicados no teste basal pelos participantes ou, ainda, um efeito de regressão à média.

2 Participantes

A amostra total foi composta de pessoas vivendo com HIV/AIDS. O grupo total de participantes foi organizado em dois grupos denominados tratados (G1) e de comparação (G2). Iniciaram a avaliação um total de 89 pessoas (T1), selecionadas por conveniência, com idade média de 35 anos, sendo que 30 homens e 59 mulheres, usuários dos serviços de atendimento de DST-AIDS de Viamão, em terapia anti-retroviral. O grupo tratado (G 1) iniciou com 28 pessoas e finalizou o estudo com 12 integrantes, que foram submetidos ao atendimento grupal completo, com o modelo de intervenção *Eurovihta* para promoção da qualidade de vida. O grupo-comparação foi constituído por pacientes usuários do mesmo serviço, iniciou com 61 pessoas e finalizou (T2) com 19 integrantes. Todos os participantes tiveram como critério único de inclusão seu desejo de participar, independente da forma de contaminação ou orientação sexual. No entanto, a amostra teve como critério de exclusão, o uso atual de drogas injetáveis. Também foram excluídos portadores de dano cognitivo decorrente de quadros demenciais ou retardo mental, informado pela equipe médica (alguns pacientes tiveram declínio cognitivo em função da doença). No grupo feminino, foram excluídas mulheres que já passaram da menopausa, já que esta característica etária traz maior vulnerabilidade imunológica.

Entre o total de participantes do sexo masculino, 66,7% foram avaliados somente com as primeiras medidas, abandonando o grupo de tratamento ou o grupo de comparação. Entre as mulheres houve evasão de 66,1%. Portanto a média de evasão da amostra total foi de 66,4%. Não houve diferença significativa, no teste Qui quadrado, quanto à permanência na amostra para a variável sexo.

Tabela 6
Sexo x Modo Infecção

Modo de Infecção	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Sexo c/Homem	4	48	52
Sexo c/Mulher	15	0	15
Injetando drogas	1	2	3
Derivados de sangue	1	2	3
Outros	2	0	2
Total	23	52	75

A forma de contaminação informada pelos participantes relacionada ao sexo do participante é apresentada na Tabela 6. A maior parte da amostra informa ter sido infectada através da prática de sexo com homens. Uma parte menor da amostra foi infectada através de hemoderivados ou uso de drogas injetáveis. Por tratar-se de uma cidade pequena é provável que parte dos participantes do sexo masculino, não tenha revelado sua condição de bissexual ou homossexual, por medo do preconceito. Maiffret e Vasconcellos (2004) salientam a questão da revelação, o que chamam de “saída do armário” percorre um caminho longo, que pode ter implicações psicológicas e sociais. Neste estudo não foi investigada esta questão e nem tampouco a abordagem grupal teve esta questão como foco. Portanto na seleção das pessoas a questão da orientação sexual não foi levada em conta, da mesma forma que o tratamento também não contemplou a revelação da orientação sexual.

A variável escolaridade demonstrou ser uma possível explicação para as evasões. Os participantes que permaneceram na pesquisa mostraram diferença significativa quanto ao maior período de escolaridade (ver Tabela 7). O teste de Mann Whitney encontrou um índice de significância de 0,017 na relação entre os grupos que permaneceram na amostra em relação ao grupo que evadiu. Foi estabelecido um *ranking* quanto ao tempo de permanência na escola de 0 a 4, categorizando desde analfabetos até aqueles que cursaram superior incompleto. É possível constatar, a partir da leitura da Tabela 7, que a maior parte da amostra (69,3%) foi composta por pessoas com baixa escolaridade, analfabetas, e/ou informam ensino fundamental incompleto. Foi estabelecido um *ranking* re-codificando a escolaridade em categorias. Para classificar a escolaridade foi criada uma convenção em que 0 equivale a analfabeto, 1 a ensino fundamental incompleto, 2 para ensino fundamental completo, 3 para ensino médio incompleto, 4 para ensino médio completo, 5 para ensino superior incompleto, e 6 para ensino superior completo (ver Tabela 7)

Tabela 7
Ranking da Escolaridade da Amostra Total

Escolaridade	Frequência	%
Analfabeto	1	1,1
1º grau incompleto	60	67,4
1º grau completo	14	15,7
2º grau incompleto	2	2,2
2º grau completo	9	10,1
Superior completo/incompleto	2	2,2
Total	88	98,9
Não respondeu	1	1,1
Total (N)	89	100,0

No grupo que permaneceu em tratamento a média de tempo de estudo encontrada foi de 1,93, enquanto que no grupo que não aderiu à intervenção nem tampouco retornou para a retestagem no grupo controle foi de 1,41. Um Teste *t* de Student demonstrou que a escolaridade dos participantes que permaneceram no estudo apresentou diferença significativa em relação aos que evadiram do estudo ($t = 6,75; p < 0,03$).

Tabela 8

Participantes que Permaneceram até o T2 e os que Evadiram, quanto à Escolaridade

Participante em T1 e T2		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Erro médio padronizado
Escolaridade	Abandonou	59	1,41	0,974	0,128
	Permaneceu até o fim	30	1,93	1,258	0,230

Quanto ao estado civil, os participantes foram organizados em um grupo os solteiros, divorciados e separados; noutro grupo estão todos aqueles que vivem com companheiro(a) na condição de casamento (legal ou não); e, por fim, um terceiro grupo foi formado pelos viúvos. Esta classificação foi realizada devido ao reduzido tamanho da amostra no Tempo 2. O estado civil não foi significativo para a permanência na amostra até o término do estudo (T2). O índice de significância no teste Qui quadrado foi de 0,453. Os participantes que seguiram até o final do estudo foram semelhantes aos que evadiram quanto ao estado civil, mas foram diferentes quanto à escolaridade.

O número de usuários de drogas que iniciaram a pesquisa foi de sete pessoas, sendo que somente duas permaneceram até o final do estudo. Não houve diferença significativa entre os dois grupos. O número de pessoas, no entanto, foi muito pequeno para que se possa afirmar que os usuários não apresentam maior risco de evasão que os demais. Somente sete pessoas reconheceram ser usuários de drogas no início da avaliação, no entanto ao serem inquiridas quanto ao uso de substâncias nas últimas duas semanas da intervenção, 29 informaram ter usado nos últimos tempos. Seis informam uso de maconha, 14 de álcool, quatro de cocaína, três de “loló”, 29 de cigarro, cinco de *crack* e três outras de substâncias não especificadas. É possível constatar que álcool e cigarro, provavelmente por serem drogas lícitas, não são reconhecidos como drogas pelos investigados.

A média de contagem das células CD4 foi de 446,29 (DP=269,9) para grupo total de participantes com intervalo de confiança entre 2 e 1307. O período médio de início da terapia anti-retroviral foi em 2001 ($n = 42; DP = 3,2$). Os participantes informam que

teriam sido infectados em torno do ano de 1997 ($n = 77$; $DP = 4,11$), sendo que o *ranking* de ano de infecção declarada vai de 1988 a 2005.

3 Instrumentos

Para avaliação dos diferentes fatores psicossociais e biológicos associados à progressão do HIV nesta amostra foram utilizados os seguintes instrumentos:

3.1 Estrutura do Eurovihta Project

O plano modelo consistiu em 16 sessões de intervenção, conforme apresentado no Anexo A, com módulos horizontais e verticais. O *Eurovihta* foi aplicado em diferentes sítios de pesquisa como resultado do esforço para estabelecer uma ponte de comunicação entre as pessoas infectadas, organizações de auto-ajuda, profissionais de saúde e universidades, em um contexto multicultural. Foi escrito com base nas experiências psicoterapêuticas acumuladas no projeto *Eurovihta* na Alemanha, Espanha, França, Itália e Portugal, assim como os dados de acompanhamento obtidos pelas universidades de Johannes Gutenberg e de Tubingen (Pizon et al. 1999).

3.2 Questionário Bio-Sócio-Demográfico

Teve como objetivo levantar dados sobre as variáveis – gênero, idade, práticas sexuais de risco, uso de terapia anti-retroviral, e uso de drogas, que têm sido apontadas como aspectos que podem confundir os resultados (Cole, & Kemeny, 2000). Foi feito pequeno questionário inicial para inquirir estes fatores e controlar fatores de exclusão da amostra.

3.3 WHOQOL-HIV *brief*

Este instrumento foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS (WHOQOL GROUP, 1994) e adaptado para o Brasil por Fleck (2001). O questionário baseia-se nos pressupostos de que *qualidade de vida* é um construto *subjetivo* (percepção do indivíduo em questão), *multidimensional* e composto por dimensões *positivas* (p.ex.: mobilidade) e *negativas* (p.ex.: dor). O WHOQOL-*brief* HIV é uma versão abreviada do WHOQOL-120 HIV e consta de 31 questões que avaliam os domínios físico e psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade/religião e crenças pessoais e contém cinco facetas específicas para

HIV/AIDS (<http://www.who.int/msa/qol/>; THE WHOQOL HIV GROUP, 2003; <http://www.ufrgs.br/psiq/whool.html>, em 24/09/03).

3.4 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O Inventário de Depressão de Beck foi originariamente publicado por Beck, Rush, Shaw e Emery (1979/1982) e adaptado para o Brasil por Cunha (2001). É um teste de medida da intensidade da depressão, constituído como uma escala de auto-relato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de depressão. É um teste de avaliação rápida e objetiva e inclui questões sobre ideação suicida e desesperança, distúrbios do sono e perda de interesse social, sentimento de culpa e autocrítica. Avalia a profundidade da depressão de forma padronizada, consistente e econômica fornecendo um escore numérico de depressão (Cunha, 2001; Cunha, Freitas, & Raimundo, 1993). Nesta amostra, o BDI apresentou *alpha* de Cronbach = 0,935, demonstrando consistência interna.

3.5 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp - ISSL

O ISSL (Lipp, 2000) identifica sintomas de *stress* – somáticos e psíquicos. O modelo empregado para avaliação do *stress*, neste estudo, foi baseado no modelo trifásico de Seyle (in Lipp, 2000) que sugere que os efeitos do *stress* são mais severos à medida que avançam de agudo para crônico. Lipp (2000) inclui mais uma fase na avaliação tornando-a quadrifásica (fase 1 – de alerta, que repercute em reação de luta e fuga; fase 2 – de resistência; fase 3 – de quase exaustão, e fase 4 – de exaustão). O instrumento tem 37 itens que avaliam *stress* somático e 19 o psicológico e pode ser aplicado em cerca de dez minutos. Nesta amostra, o ISSL apresentou o coeficiente de *alpha* de Cronbach = 0,927, demonstrando consistência interna. A análise de confiabilidade da escala original obteve o coeficiente *alpha* de 0,9121, o que significa uma alta confiabilidade no instrumento para medir nível de estresse.

3.6 Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

Foi utilizada uma escala cuja estrutura fatorial foi analisada por Seidl (2001), e elaborada a partir de adaptação de instrumento validado no Canadá, específico para pessoas soropositivas, o *Social Support Inventory for People who are Positive or Have Aids* (Renwick, Halpen, Rudman, & Friedland, in Seidl, 2001). A escala parte da concepção do suporte social como protetor (*buffer*) do estresse, considerando que suportes

mais efetivos são aqueles relacionados a estressores específicos, como o diagnóstico de enfermidade crônica (Anexo I). Apresenta dois fatores de apoio social: emocional e instrumental. Neste estudo, a escala apresentou *alpha* de Cronbach no fator 1 de 0,926 e no fator 2 de 0,897, demonstrando consistência interna. A escala adaptada por Seidl (2001) apresentou *alpha* de 0,92 para o fator 1 (apoio social emocional) e 0,85 para o fator 2 (apoio social instrumental). A escala esta disponível na integra no anexo H.

3.7 Contagem de células T CD4

A contagem de células T CD4 e a quantificação de carga viral são os principais parâmetros utilizados pela maioria dos especialistas para iniciar e monitorar a terapia anti-retroviral em pacientes com infecção pelo HIV. O monitoramento das células T CD4 vem sendo utilizado como um parâmetro laboratorial preditivo do prognóstico da doença causada pelo HIV e, também, como indicador da magnitude do risco para as principais infecções oportunistas. Os pacientes que participaram desta investigação foram avaliados a cada quatro meses obedecendo aos critérios descritos a seguir, pois faz parte da rotina de cumprimento de protocolos dos serviços de AIDS, que incluem o monitoramento dos pacientes com esta periodicidade. Assim, os pacientes foram convidados a participar do programa de intervenção ao receberem os resultados de seus exames de contagem de CD4 e carga viral. Estes resultados determinaram seu início na terapia anti-retroviral ou início de uso de novas drogas por falência de tratamento preconizado previamente, que resultam nos escores abaixo dos índices em que são recomendados o uso de novos protocolos de tratamento. Os valores são considerados alterados quando as contagens seriadas estão dentro dos padrões definidos pelo Ministério da Saúde descritos nas recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV – 2004 (www.aids.gov.br). A Tabela 9 apresenta o Consenso Nacional para tratamento da AIDS preconizado pelo Ministério da Saúde.

Tabela 9
*Recomendações para Início de Terapia Anti-Retroviral*¹⁴

Recomendações para início de terapia anti-retroviral	Recomendação
Assintomáticos sem contagem de linfócitos T CD4+ disponível	Não tratar
Assintomáticos com CD4 > 350 células/mm ³	Não tratar
Assintomáticos com CD4 entre 200 e 350 células/mm ³	Considerar tratamento
Assintomáticos com CD4 <200 células/mm ³	Tratar + quimioprofilaxia para IO
Sintomáticos	Tratar + quimioprofilaxia para IO

Pacientes com contagens abaixo de 200 células/mm³ (ou < 14-16%) apresentam um risco bastante aumentado para processos oportunistas como a pneumocistose e a toxoplasmose. Já pacientes com contagens abaixo de 50-100 células/mm³ (ou < 5-10%) apresentam um quadro de imunodeficiência mais grave e risco bastante elevado para infecções disseminadas, como as doenças por citomegalovírus e micro bactérias atípicas (Cole, & Kemeny, 2000; Ministério da Saúde, 2003).

3.8 Quantificação do RNA Viral

A quantificação é obtida através de técnicas denominadas de exames de carga viral. A carga viral plasmática, detectada na forma de RNA do HIV, reflete a dinâmica desse vírus nos indivíduos infectados, quantificando as partículas que estão sendo produzidas e lançadas na circulação sanguínea. O nível de RNA do HIV no plasma é um marcador clínico importante. A replicação viral é considerada um forte preditor biológico da evolução da doença e também tem valor prognóstico. O número de partículas virais é mais elevado durante a infecção primária e mais baixo na fase crônica assintomática. Existe uma relação direta entre a quantidade de HIV detectada e a rapidez com que a infecção progride. Níveis elevados de replicação do vírus e o aumento da carga viral estão associados à deterioração acelerada do sistema imune. Portanto, a carga viral é muito útil para avaliar a progressão da doença, indicar o início de terapia e determinar a eficácia dos medicamentos anti-retrovirais. Todas as técnicas disponíveis atualmente para determinar a carga viral reproduzem resultados em número de cópias do RNA por ml de plasma. Entretanto, podem ocorrer variações desses valores (de número de cópias/ml), que não são significativas. Para determinar se uma variação é significativa ou não, o primeiro passo é

¹⁴ Original disponível em www.aids.gov.br

converter o valor absoluto de número de cópias/ml para logaritmo de base 10 (\log_{10}). Feita a conversão, um valor de logaritmo pode ser comparado com outro valor de logaritmo de um exame anterior do mesmo indivíduo.

Há três métodos de quantificação do RNA viral que apresentam eficácia semelhante e são muito reprodutíveis. Do ponto de vista prático, se for tomado como limite referencial um determinado valor encontrado pela técnica de PCR (ex: 20.000 cópias/ml), o valor equivalente convertido para a técnica de NASBA (ou Nuclisens) é aproximadamente igual à metade (portanto, seria igual a 10.000 cópias/ml) e cerca de um quarto para a técnica de DNA ramificado (5.000 cópias/ml).

Este exame é rotineiramente coletado junto aos exames de CD4, portanto, os resultados foram coletados nos diferentes tempos de pré-teste e pós-teste, que coincidiram com a periodicidade de coleta preconizada pelo Ministério da Saúde e efetuados nos serviços públicos de atenção à AIDS. A equipe médica assistente do posto de saúde forneceu à pesquisadora os escores e a interpretação dos exames.

Neste estudo foram seguidas as normas vigentes no Brasil, que tem indicado o início da terapia anti-retroviral para pacientes com contagens de células T CD4 abaixo de $200/\text{mm}^3$ e/ou com carga viral acima de 10.000-30.000 cópias de RNA/ml, sendo que a composição do esquema terapêutico depende da estabilidade e da magnitude dos parâmetros clínicos e laboratoriais utilizados. Como os valores elevados de carga viral parecem estar relacionados com um maior risco de progressão da doença, independentemente da contagem de células T CD4, é recomendado que os dois exames sejam realizados simultaneamente, no sentido de se balizar as indicações de início e de modificação do esquema terapêutico em uso. As variações dos resultados da carga viral frequentemente são expressas em logaritmo, devido à sua variação. Reduções, aumentos ou oscilações entre dois resultados de exame de carga viral menores do que 0,5 \log_{10} (ou três vezes em relação ao valor anterior) não são consideradas significativas do ponto de vista clínico (Cole, & Kemeny, 2000; Ministério da Saúde, 2003).

4 Procedimentos para Coleta de Dados

O projeto foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e, após sua aprovação, foi executado no Serviço de Atenção a DST/AIDS de um posto de saúde da cidade de Viamão, RS. Para realização do estudo, inicialmente foi definido o número de participantes (entre oito a dez pessoas) para cada grupo. A inscrição

foi voluntária, depois do esclarecimento e recomendação da equipe assistente no posto de saúde ou por terem sido abordados e convidados na saída do exame de CD4 e carga viral. Foi realizada entrevista inicial de enlace com os potenciais integrantes do Grupo 1 (com intervenção baseada no *Eurovihta*). Quando a pessoa decidiu participar, foi convidada a fazer a entrevista, e foi realizado o contrato terapêutico, em que foi apresentado o objetivo do programa e da pesquisa, seguido pela apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo G). Neste momento, foi realizada ou marcado o dia para aplicação da testagem psicológica (testagem da basal). O contato com a equipe responsável pelo tratamento foi previamente realizado para apresentar critérios para seleção da amostra e contar com a equipe médica como fonte de encaminhamento para a pesquisa. A seleção dos participantes foi realizada obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão da amostra, já mencionados. Observando os cuidados quanto à ética em pesquisa com humanos, o grupo comparação foi convidado a participar da intervenção (G1), porém elegeu por motivos pessoais (falta de motivação, não ter disponibilidade de tempo por questões de trabalho entre outros) participar do grupo comparação (G2). O grupo tratado (G1) foi convidado a integrar um programa de estratégias cognitivas e comportamentais, o qual já foi testado nos diferentes países da Comunidade Européia, que compuseram a rede *Eurovihta*, no final da década de noventa (Blanch et al., 2002; Cruess et al., 2000; Pizon et al., 1999).

Todos os pacientes selecionados foram submetidos à aplicação dos instrumentos de pesquisa na basal ou Tempo 1 (T1). Os testes psicológicos foram aplicados no mesmo dia, ou imediatamente seguinte(s) à coleta de sangue, para mensuração de carga viral e CD4. Os pacientes foram testados em sala adequada para avaliação psicológica, no próprio posto de saúde. Aqueles participantes que concordaram em fazer parte do programa de tratamento passaram a integrar grupos constituídos com um número entre seis a dez pessoas, que foram tratados ao longo de 16 semanas através do modelo de intervenção do *Eurovihta*, descrito na seção de instrumentos. Após o término do tratamento dos pacientes (G1) ocorreu o pós-teste, nos mesmos moldes do pré-teste, para a coleta das medidas psicológicas e biológicas. O grupo de comparação (G2) também teve o período de 16 semanas observado para a mensuração de resultados em T2.

Os aplicadores dos instrumentos de avaliação psicológica, tanto em T1 quanto em T2, foram profissionais habilitados para esta prática ou estudantes previamente treinados. Os terapeutas que aplicaram o *Eurovihta Project* ou o acompanhamento do G2, não

fizeram parte de equipe de coleta de dados nos grupos em que conduziram o tratamento. Desta maneira provavelmente foram minimizados os riscos de preenchimento dos protocolos, sob o efeito do vínculo de trabalho com os terapeutas.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

O objetivo desta investigação foi estudar possíveis efeitos de um tratamento para promoção de qualidade de vida em pacientes vivendo com AIDS, denominado *Eurovihta Project*. Para isso foram comparados dois grupos (G1: grupo tratado e G2: grupo não tratado), antes e depois da intervenção (T1: antes e T2: depois). As análises, portanto, seguiram um delineamento tipo 2 x 2, sendo um fator intergrupos (grupo: G1 e G2) e um fator intragrupos (momento da avaliação - tempo: T1 e T2).

Cada uma das variáveis consideradas dependentes, ou seja, que poderiam sofrer modificações após tratamento (qualidade de vida, depressão, rede de apoio social, carga viral, estresse e contagem de células T CD4 e Carga Viral-RNA) foi analisada, sendo comparadas às médias dos dois grupos nos dois momentos de avaliação. O procedimento estatístico¹⁵ empregado preferencialmente para realizar essa comparação foi uma análise de variância 2 x 2. Para considerar uma diferença estatisticamente significativa foi utilizado o nível de significância de 5%. Foram ainda calculadas correlações entre as variáveis através dos coeficientes de Pearson e Spearman, Com a finalidade de buscar variáveis preditoras para a qualidade de vida e depressão nos pacientes foi utilizado o método de regressão linear múltipla.

Inicialmente serão apresentados os resultados referentes à variável qualidade de vida. A Tabela 10 exibe as médias e desvios padrão da qualidade de vida total (QV), bem como de seus domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, religiosidade e crenças) nos dois grupos (tratado – G1 e não tratado – G2) nos dois momentos de avaliação (antes do tratamento – T1 e depois do tratamento – T2).

¹⁵ Optou-se por utilizar, como procedimento geral de análise, ANOVAs 2 x 2 (com medidas repetidas) a fim de testar simultaneamente as diferenças entre os grupos e dentro dos grupos nos dois momentos da avaliação, sendo realizadas análises subseqüentes nos casos de interação. Contudo, em algumas situações, que são descritas no texto mais adiante, o requisito da homogeneidade de variâncias não foi contemplado. Embora alguns autores considerem que a ANOVA é robusta mesmo quando existem violações menores dos seus requisitos (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005; Howell, 1997), quando, neste estudo, a homogeneidade de variâncias não foi observada, decidiu-se refazer as análises com testes não paramétricos, a fim de evitar possíveis conclusões inacuradas em virtude do não cumprimento de todas as suposições da ANOVA.

Tabela 10
Média (Desvio-Padrão) para a Variável Qualidade de Vida e seus Domínios

Variáveis	Grupo / Tempo			
	G1: Tratado		G2: Não Tratado	
	T1	T2	T1	T2
Qualidade de vida – total	2,96 (0,37)	3,14 (0,35)	3,26 (0,45)	3,18 (0,30)
Físico	12,53 (3,92)	13,67 (2,81)	14,89 (3,51)	15,33 (2,94)
Psicológico	12,72 (3,40)	14,25 (1,87)	13,24 (3,44)	13,09 (3,49)
Nível de independência	13,50 (2,58)	13,03 (2,64)	16,00 (3,19)	14,62 (2,75)
Relações sociais	12,42 (2,94)	12,08 (4,29)	14,18 (3,55)	13,53 (3,09)
Meio Ambiente	11,68 (2,16)	12,24 (2,55)	12,60 (3,10)	11,90 (3,39)
Religiões e crenças	12,33 (3,60)	13,08 (2,61)	14,98 (3,44)	14,04 (2,88)

Nota. T1 e T2 referem-se aos diferentes momentos da avaliação (tempo): antes do tratamento (T1) e depois do tratamento (T2).

A Tabela 11 apresenta os resultados das Anovas de medidas repetidas para a variável qualidade de vida e seus diferentes domínios.

Tabela 11
Resultados da Análise de Variância para Qualidade de Vida

Domínio	Fonte da variação	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Qualidade de vida total	Grupo	1,97	1, 26	0,17
	Tempo	0,39	1, 26	0,53
	Grupo x Tempo	2,84	1, 26	0,10
Físico	Grupo	4,10	1, 25	0,054
	Tempo	0,95	1, 25	0,34
	Grupo x Tempo	0,18	1, 25	0,67
Psicológico	Grupo	0,95	1, 26	0,76
	Tempo	1,24	1, 26	0,27
	Grupo x Tempo	1,82	1, 26	0,18
Nível de independência	Grupo	5,23	1, 25	0,03
	Tempo	2,18	1, 25	0,15
	Grupo x Tempo	0,52	1, 25	0,47
Relações sociais	Grupo	1,77	1, 25	0,20
	Tempo	0,65	1, 25	0,43
	Grupo x Tempo	0,07	1, 25	0,80
Meio ambiente	Grupo	0,75	1, 25	0,79
	Tempo	0,03	1, 25	0,87
	Grupo x Tempo	2,18	1, 25	0,15
Religiosidade e crenças	Grupo	2,93	1, 25	0,09
	Tempo	0,22	1, 25	0,88
	Grupo x Tempo	1,82	1, 25	0,19

A Tabela 11 mostrou os resultados das análises de variância para a variável qualidade de vida total e seus domínios. No caso da variável qualidade de vida total, a análise não indicou efeitos significativos principais dos fatores grupo e tempo, nem interação entre esses fatores. Portanto, não houve diferença significativa entre o grupo tratado (G1) e o não tratado (G2), tampouco mudanças significativas dentro dos grupos para a qualidade de vida total ao longo do tempo (T1 e T2).

Por sua vez, as análises da variância para cada domínio mostraram diferença significativa entre os grupos apenas para os domínios físico e nível de independência. Estas diferenças indicam que, em média, o grupo tratado (G1) teve médias significativamente inferior em T1 e em T2 nos domínios físico e nível de independência comparadas às do G2 – não tratado (ver médias na Tabela 10). Os demais domínios não exibiram diferença significativa relacionadas aos fatores grupo ou tempo (ou sua interação). A Tabela 12

apresenta as médias e os desvios-padrão para as demais variáveis dependentes que foram investigadas: apoio social emocional e instrumental, estresse, depressão, CD4 e carga viral.

Tabela 12

Média (M) e Desvio-Padrão (DP) para as Variáveis: Apoio Social Emocional e Instrumental, Estresse, Depressão, CD4 e Carga Viral

Variáveis	Grupo / Tempo			
	G1: Tratado		G2: Não Tratado	
	T1	T2	T1	T2
Apoio social emocional	3,07 (1,13)	3,53 (1,06)	3,56 (1,13)	3,56 (0,82)
Apoio social instrumental	2,85 (0,94)	3,70 (0,83)	3,90 (0,94)	3,32 (0,93)
Estresse	23,58 (8,58)	19,50 (9,72)	15,31 (10,00)	12,94 (11,63)
Depressão	1,15 (0,79)	0,49 (0,27)	0,83 (0,66)	0,72 (0,63)
CD4	340,83 (218,31)	329,58 (160,32)	425,06 (239,62)	441,29 (171,00)
Carga viral	28129,10 (48018,11)	2370,80 (4457,81)	24972,38 (41518,08)	8213,25 (12094,78)

Nota: T1 e T2 referem-se aos diferentes momentos da avaliação (tempo): antes do tratamento (T1) e depois do tratamento (T2).

A Tabela 13 apresenta os resultados de análise de variância para as variáveis: apoio social emocional e instrumental, estresse, depressão, CD4 e carga viral.

Tabela 13
Resultados de Análise de Variância para as Variáveis: Apoio Social Emocional e Instrumental, Estresse, Depressão, CD4 e Carga Viral

Variável	Fonte da variação	F	gl	p
Apoio social emocional	Grupo	0,44	1, 19	0,52
	Tempo	1,65	1, 19	0,21
	Grupo x Tempo	1,64	1, 19	0,22
Apoio social instrumental	Grupo	1,10	1, 24	0,30
	Tempo	0,65	1, 24	0,43
	Grupo x Tempo	17,32	1, 24	0,01
Estresse	Grupo	4,76	1, 26	0,04
	Tempo	2,97	1, 26	0,10
	Grupo x Tempo	0,21	1, 26	0,65
Depressão	Grupo	0,01	1, 24	0,93
	Tempo	9,67	1, 24	0,01
	Grupo x Tempo	4,83	1, 24	0,04
CD4	Grupo	1,88	1,27	0,18
	Tempo	0,01	1,27	0,93
	Grupo x Tempo	0,28	1,27	0,60
Carga viral	Grupo	0,02	1,24	0,89
	Tempo	5,43	1,24	0,03
	Grupo x Tempo	0,26	1,24	0,62

A Tabela 13 apresenta uma síntese dos resultados das análises de variância realizadas com as variáveis dependentes: apoio social emocional e instrumental, estresse, depressão, CD4 e carga viral. As análises de variância mostraram efeitos significativos para as variáveis: apoio social instrumental, estresse, depressão e carga viral. A ausência de efeitos significativos no caso do apoio social emocional e CD4 revela que, para estas variáveis, os grupos não diferiram entre si nem antes nem depois do tratamento e também que não houve mudanças significativas nos escores dentro dos grupos ao longo do tempo. Para a variável apoio social instrumental, o efeito da interação dos fatores grupo e tempo foi significativo. A Figura 11 ilustra o comportamento da variável nos dois grupos e nos dois momentos da avaliação.

Médias estimadas dos grupos 1 e 2 ao longo do tempo

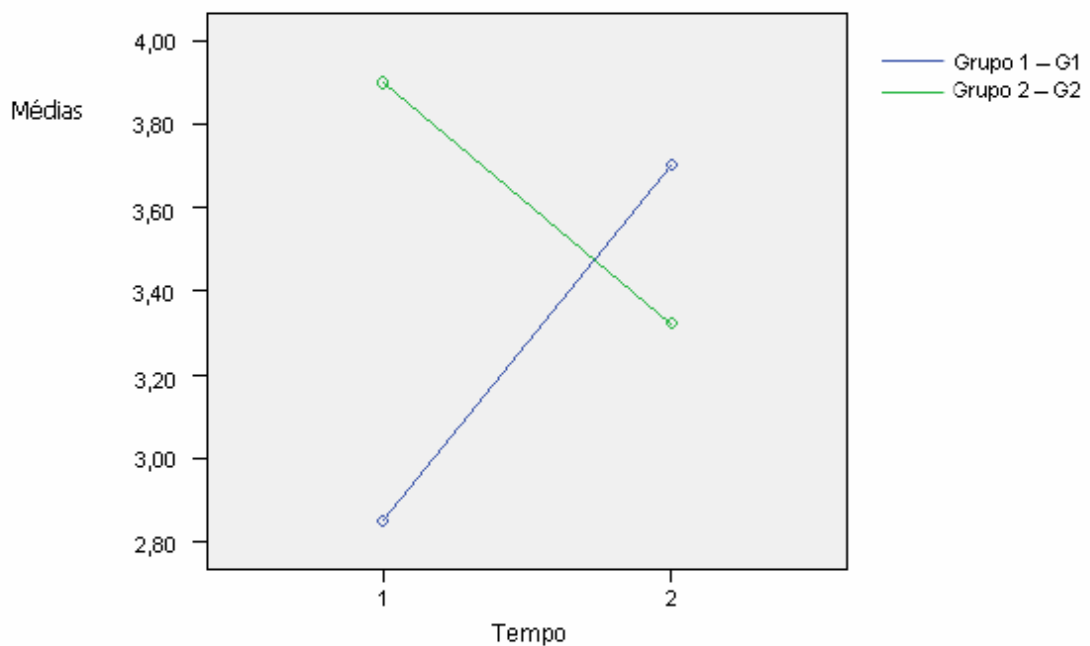


Figura 11. Apoio instrumental para os G1 e G2 antes e depois do tratamento (T1 e T2)

Como apresentado na Figura 11, o grupo tratado (G1) apresentou nítido aumento nos escores de rede de apoio social instrumental, enquanto que o grupo não tratado (G2) mostrou uma redução nos escores de rede de apoio social instrumental. Houve uma clara interação dos fatores grupos e o tempo, representada graficamente pelo cruzamento das retas; enquanto o apoio social instrumental cresce para G1, ele decresce para G2.

Em virtude desta interação significativa, foram realizadas análises complementares com testes *t*. O teste *t* para amostras independentes (usado para comparar os grupos) mostrou haver diferença significativa entre G1 e G2 em T1 [$t(25) = -2,24$; $p = 0,035$], mas não em T2 [$t(27) = 0,57$; $p = 0,575$]. Já os testes para medidas repetidas mostraram que as mudanças observadas nos escores foram de fato estatisticamente significativas, tanto para G1 [$t(10) = -2,86$; $p = 0,017$] quanto para G2 [$t(14) = 2,92$; $p = 0,011$]. Em virtude do pequeno tamanho da amostra, as mesmas análises foram refeitas com testes não-paramétricos, tendo-se obtido resultados similares.

Já para a variável estresse, conforme apresentado na Tabela 13 houve um efeito principal significativo para o fator grupo. A Figura 12 mostra graficamente as médias para esta variável. A análise permitiu verificar que o padrão observado para as médias foi de redução do estresse do tempo T1 para o tempo T2, em ambos os grupos.

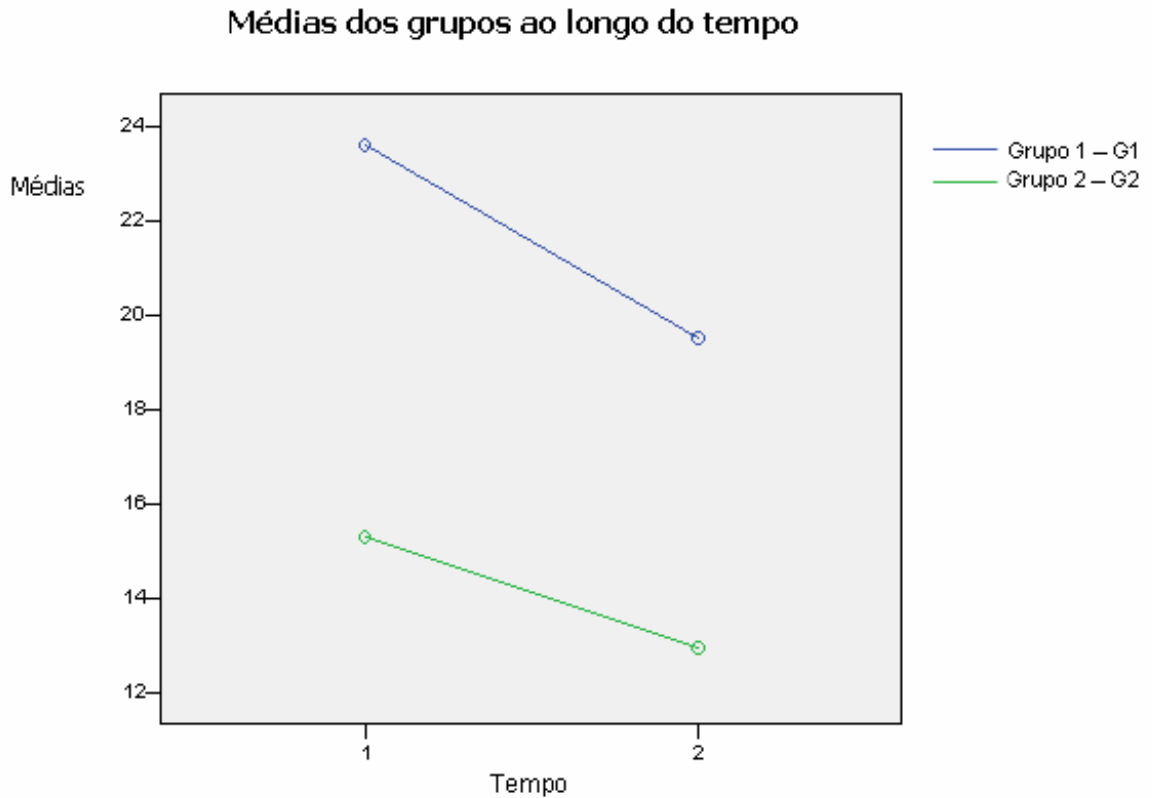


Figura 12. Estresse nos grupos 1 e 2 antes e depois do tratamento (T1 e T2)

No caso da variável depressão, a análise de variância indicou efeitos significativos para a variável tempo e para a interação dos fatores grupo com o tempo (Tabela 13). Em virtude desta interação significativa, foram realizadas análises complementares. Uma vez que o requisito de homogeneidade de variâncias não foi contemplado nesta análise, optou-se por utilizar testes não paramétricos nas análises subsequentes. O teste U de *Mann-Whitney* indicou não haver diferença nos escores de depressão entre os grupos G1 e G2, nem antes nem depois da intervenção ($p > 0,05$). Contudo, testes de *Wilcoxon* para medidas repetidas mostraram uma redução significativa nos escores para o G1 ($z = -2,63$; $p = 0,009$), mas não para o G2 ($z = -0,524$; $p = 0,600$). A Figura 13 mostra o padrão observado para estas médias. O G1 apresentou uma nítida redução nos escores de depressão, enquanto os escores do G2 não tiveram alteração significativa ao longo do tempo.

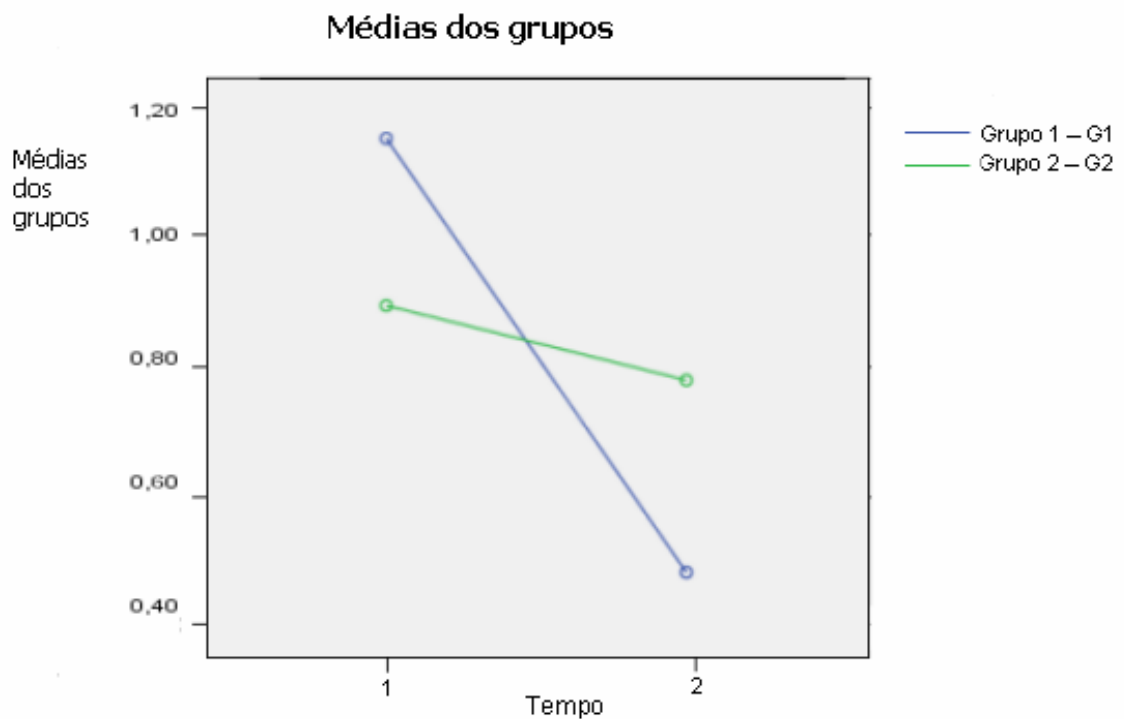


Figura 13. Médias da depressão dos grupos G1 e G2 antes e depois do tratamento (T1 e T2)

A análise da variável carga viral mostrou um efeito principal significativo para o fator tempo (ver Tabela 14). Uma inspeção visual das médias (Tabela 12) e em sua representação gráfica (Figura 14) sugere que houve uma redução da carga viral de T1 para T2, em ambos os grupos. Segundo os resultados da ANOVA, os grupos não diferiram entre si em T1 e T2. Como o critério de homogeneidade de variâncias não foi contemplado na análise de variância, foram feitas análises complementares com testes não-paramétricos (Wilcoxon para medidas repetidas). Observou-se que as mudanças nos escores f tanto para G1, $z = -2,269$; $p = 0,023$ e para o G2, $z = -2,544$; $p = 0,011$ foram de fato significativas. A Figura 14 permite visualizar a queda da carga viral ao longo do tempo nos dois grupos.

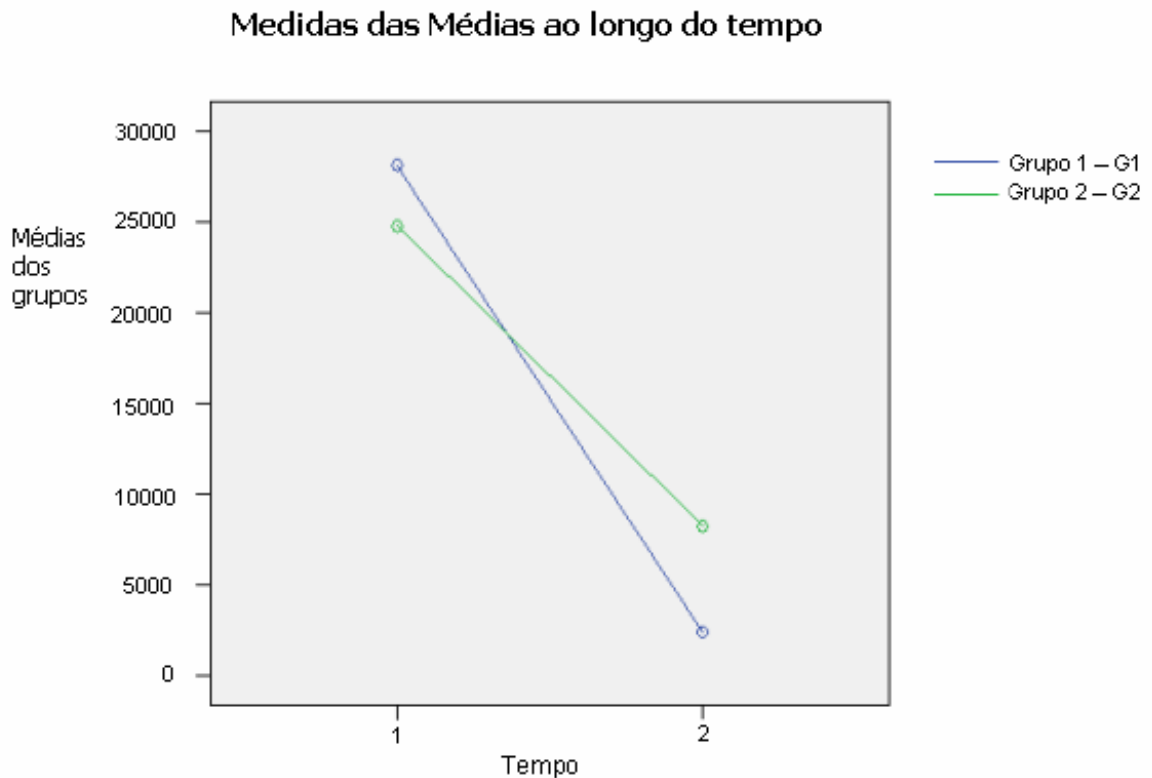


Figura 14. Médias da carga viral dos grupos G1 e G2 antes e depois do tratamento (T1 e T2)

A fim de verificar a existência de relações entre as variáveis: depressão, apoio social emocional, apoio social instrumental, qualidade de vida total e os diferentes domínios de qualidade de vida (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, inclusão no meio ambiente e espiritualidade/crenças) foram realizadas análises correlacionais bivariadas (*Spearman*), considerando a totalidade dos participantes da pesquisa ($N = 87$). A Tabela 14 apresenta as correlações (*Spearman*) observadas. Inicialmente foram feitas análises levando em conta o coeficiente de Pearson, no entanto como houve diferença nos resultados em relação a análises confirmatórias, optou-se pela apresentação do coeficiente mais conservador (*Spearman*). Através da análise pelo coeficiente de *Spearman* observou-se uma relação intensa e inversa entre depressão e a dimensão psicológica da qualidade de vida total, e um conjunto de correlações moderadas e negativas entre depressão e os seguintes domínios da qualidade de vida: físico, relações sociais e ligações com o meio ambiente. Além disso, notou-se uma correlação forte e positiva entre apoio social instrumental e o domínio relações sociais da qualidade de vida; e uma relação moderada e inversa entre depressão e apoio social instrumental.

A Tabela 14 apresenta as análises não paramétricas, utilizadas como parâmetros conservadores para confirmar os achados prévios resultantes das análises de correlações realizadas pelo coeficiente de *Pearson*.

Tabela 14
Correlações (Spearman) Bivariadas entre as Variáveis Depressão, Apoio Social e os Domínios da QV

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Depressão	1,000								
2. Apoio social emocional	-0,354**	1,000							
3. Apoio social instrumental	-0,562**	0,707*	1,000						
4. Domínio físico	-0,582**	0,225	0,295*	1,000					
5. Domínio psicológico	-0,729**	0,306*	0,623**	0,549**	1,000				
6. Domínio nível independência	-0,466**	0,058	0,157	0,646**	0,519**	1,000			
7. Domínio relações sociais	-0,635**	0,553**	0,699**	0,453**	0,685**	0,333**	1,000		
8. Domínio meio ambiente	-0,542**	0,437**	0,465**	0,543**	0,593**	0,428**	0,615**	1,000	
9. Domínio crenças	-0,407**	0,300*	0,344	0,299*	0,445**	0,187	0,431**	0,441**	1,000

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Para dar continuidade às análises de correlação entre as variáveis investigadas, a Tabela 15 apresenta as correlações (*Pearson*) entre as variáveis: depressão, fases do estresse e apoio social emocional e instrumental.

Tabela 15
Correlações entre Depressão, Fases do Estresse e Apoio Social Emocional e Instrumental (Pearson)

Variáveis	1	2	3	4	5	6
1. Depressão	1,000					
2. Fase de alarme do estresse	0,472	1,000				
3. Fase de resistência do estresse	0,487**	0,365**	1,000			
4. Fase de exaustão do estresse	0,633**	0,580**	0,524**	1,000		
5. Apoio social emocional	0,408**	0,321**	0,239*	-0,217	1,000	
6. Apoio social instrumental	0,577**	0,305**	-0,264*	-0,419**	0,693**	1,000

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

A correlação de *Pearson* (Tabela 15) revela correlação entre depressão e as três fases do estresse ($p < 0,01$) na amostra total no T1, sendo a correlação mais intensa com a fase de exaustão ($r = 0,633$; $p < 0,000$), e moderada com as fases de alarme e resistência. A depressão também teve correlação moderada ($r = - 0,577$; $p < 0,000$) com o apoio instrumental. A Tabela 16 apresenta a análise de correlação de *Spearman* utilizada para confirmar os achados, a partir de uma análise mais conservadora e que não necessariamente suponha linearidade entre as variáveis.

Tabela 16
Correlações entre Depressão, Fases do Estresse e Apoio Social Emocional e Instrumental (Spearman)

Variáveis	1	2	3	4	5	6
1. Depressão	1,000					
2. Fase de alarme do estresse	0,510**	1,000				
3. Fase de resistência do estresse	0,544**	0,365**	1,000			
4. Fase de exaustão do estresse	0,700**	0,580**	0,524**	1,000		
5. Apoio social emocional	-0,354**	0,334**	0,236*	-0,223	1,000	
6. Apoio social instrumental	-0,562**	0,302**	-0,277*	-0,418**	0,707**	1,000

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

A correlação de *Spearman* (Tabela 16) confirma o resultados da correlação de *Pearson* entre depressão e as três fases do estresse ($p < 0.01$) na amostra total em T1, uma correlação mais intensa com a fase de exaustão ($r = 0.70$; $p < 0,000$), e moderada com as fases de alarme e resistência. A depressão também apresentou correlação moderada ($r = 0.562$; $p < 0.000$) com o apoio instrumental.

A análise das fases do estresse na amostra total no T1 está apresentada na Tabela 17.

Tabela 17
Fases do Estresse no T1 para Amostra Total (N=89)

Fases do Estresse	Frequência	Percentual	% válida	% cumulativa
Não estresse	17	19,1	20,7	20,7
Resistência	23	25,8	28,0	48,8
Exaustão	42	47,2	51,2	100,0
Total parcial	82	92,1	100,0	
Não respondeu	7	7,9		
Total	89	100,0		

A avaliação do estresse da amostra de 82 participantes (T1) demonstrou que a fase de exaustão obteve frequências mais altas, seguidas de não estresse e resistência. Correlações de *Pearson* foram calculadas entre as diferentes variáveis biológicas e psicológicas investigadas na amostra total no T1 conforme apresentadas na Tabela 18.

Tabela 18
Correlações (Pearson) entre as Variáveis: Saúde, Doença, Carga Viral, CD4, Usuário de Drogas, Uso de Coquetel, Depressão, Qualidade de Vida e Estresse

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Saúde	1,000							
2. Doença	0,531**	1,000						
3. Carga Viral	-0,045	0,042	1,000					
4. CD4	0,085	0,041	-0,134	1,000				
5. Usuário de drogas	-0,254*	0,435**	0,081	-0,019	1,000			
6. Depressão	-0,538**	0,424**	-0,038	0,190	0,114	1,000		
7. Qualidade de vida- QV	0,526**	-0,251*	-0,057	-0,017	-0,190	-0,411**	1,000	
8. Estresse	-0,434**	0,427**	0,035	-0,080	0,198	0,691**	-0,503**	1,000

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Uma correlação de *Pearson* revelou que há relação intensa entre as variáveis depressão e estresse ($r = 0,691$; $p < 0,000$) para toda a amostra investigada. O modelo proposto neste estudo de existência de relação entre os fatores bio-psico-sociais não se confirmou na íntegra, pois pretendia interligar: qualidade de vida, estresse, depressão, saúde física, CD4 e carga viral. Depressão apresentou moderada correlação inversa com qualidade de vida ($r = -0,411$; $p < 0,000$) e com saúde (autopercebida) ($r = 0,538$; $p < 0,000$). A variável saúde (autopercebida) apresentou correlação moderada com qualidade de vida ($r = 0,526$; $p < 0,000$). Estresse também alcançou correlação moderada e inversa com QV ($r = 0,503$; $p < 0,000$) e com saúde autopercebida ($r = 0,434$; $p < 0,000$). As variáveis biológicas, CD4 e carga viral não apresentaram correlação com nenhuma das variáveis psicológicas investigadas. Carga viral e CD4 mostraram uma correlação fraca e inversa, $r = -0,357$, $p < 0,002$. Foram feitas análises confirmatórias com a correlação não paramétrica. A análise mais conservadora (*Spearman*) é apresentada a seguir confirmando os achados anteriores.

Tabela 19

Correlações de Spearman para as Variáveis: Saúde, Doença, Carga Viral, CD4, Usuários de Drogas, Depressão, Qualidade de Vida e Estresse

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Saúde	1,000							
2. Doença	0,579**	1,000						
3. Carga Viral	-0,210	0,076	1,000					
4. CD4	0,181	-0,079	-0,357	1,000				
5. Usuário de drogas	-0,247*	0,340**	0,146	-0,071	1,000			
6. Depressão	-0,505**	0,444**	-0,122	0,104	0,083	1,000		
7. Qualidade de vida- QV	0,610**	-0,360*	-0,146	-0,011	-0,194	-0,575**	1,000	
8. Estresse	-0,437**	0,437**	0,116	-0,107	0,183	0,757**	-0,576**	1,000

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

A Tabela 19 apresentou as correlações de *Spearman* que confirmaram a existência de correlações análogas bem como as respectivas intensidades, apontadas pela análise anterior (*Pearson*).

A fim de verificar quais variáveis podem ser preditoras da qualidade de vida (QV), foi realizada uma análise de regressão linear múltipla (método *step wise*) incluindo as variáveis: depressão, estresse, apoio social emocional e apoio social instrumental, CD4 e carga viral com a amostra total das pessoas vivendo com AIDS investigadas. Através deste método de análise é possível descobrir o modo de relacionamento das variáveis selecionadas com a variável critério e ver a contribuição relativa de cada uma destas variáveis (Dancey, & Reidy, 2006). A associação entre as variáveis critério e explicativas, estresse e apoio social instrumental, foi moderada (R múltiplo = 0,56). Juntos, estresse e apoio social instrumental foram responsáveis por 26,7% da variância da QV (R^2 ajustado). Estresse mostrou-se negativamente relacionado à QV, enquanto que apoio social instrumental mostrou-se positivamente relacionado à QV. Os coeficientes de regressão padronizados indicam que estresse foi mais forte do que apoio social instrumental para predição da QV.

A fim de verificar quais variáveis foram preditoras de depressão nas pessoas vivendo com AIDS da totalidade da amostra investigada, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla (método *step wise*), incluindo as variáveis, estresse, apoio social emocional e apoio social instrumental e QV. A associação entre as variáveis critério e explicativas, estresse e apoio social instrumental, foi moderadamente forte (R múltiplo = 0,75). Juntos, estresse e apoio social instrumental foram responsáveis por 54,1% da variância da depressão (R^2 ajustado). Apoio social instrumental mostrou-se negativamente relacionado à depressão, enquanto que estresse mostrou-se positivamente relacionado à depressão. Os coeficientes de regressão padronizados indicaram que estresse foi mais forte ($B = 0,034$; $p = 0,000$) do que apoio social instrumental ($B = -0,218$; $p = 0,000$). Todavia ambas as variáveis revelaram-se significativamente relacionadas à depressão ($p = 0,049$ para apoio social instrumental e $p < 0,001$ para estresse).

Devido ao tamanho da amostra foi realizada separadamente a análise de regressão múltipla (método *step wise*) para depressão e tendo como variáveis explicativas os domínios da QV. A associação entre as variáveis critério e explicativas, domínios físico (1), psicológico (2) e nível de independência (3) foi moderadamente forte (R múltiplo = 0,75). Juntos, os domínios 1, 2 e 3 da QV foram responsáveis por 52% da variância da depressão (R^2 ajustado). Os domínios 1, 2 e 3 foram negativamente relacionados à depressão. Os coeficientes de regressão padronizados indicaram que o domínio 2 foi mais forte do que os domínios 1 e 3. Todavia ambas as variáveis mostraram-se significativamente relacionadas à depressão.

Depois de selecionar, a partir de duas análises de regressão, as variáveis mais fortes para criar um modelo de predição para depressão foi realizada nova regressão múltipla, tendo depressão como variável critério e estresse, apoio instrumental e o domínio 2 da QV como variáveis explicativas, já que a associação entre elas foi moderadamente forte ($R= 0,77$). As três variáveis juntas predizem 57,4 % da variância da depressão. O estresse mostrou o relacionamento mais forte com depressão.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

A análise de resultados permite demonstrar quais foram os efeitos do tratamento *Eurovihta* para promoção de qualidade de vida em pacientes vivendo com AIDS. Foram comparados dois grupos (G1: grupo tratado e G2: grupo não tratado), antes e depois da intervenção (T1: antes e T2: depois). O estudo intragrupos com séries temporais minimizou os problemas de trabalhar com uma amostra não randomizada, uma vez que cada participante serve como seu próprio controle para avaliar o efeito do tratamento. Variáveis confundidoras ou seja características inatas como sexo, idade e fatores genéticos não foram meramente balanceados, como nos estudos intergrupos, pois foram eliminados. O tipo de delineamento permitiu análises com uma amostra relativamente pequena (Hulley et al., 2003).

Os resultados das Anovas de medidas repetidas, aplicadas para determinar os efeitos, permitiram constatar que o tratamento não mostrou influência na melhoria da QV (Tabela 11). Os domínios físicos e nível de independência da qualidade de vida mostraram diferenças de médias entre os grupos no Tempo 1 (Tabela 11). Este achado não permite afirmar efetividade do tratamento quanto a estas dimensões, mas pode constatar que havia diferença significativa nos testes da basal que deixa de existir no reteste. A diferença apontava na direção de menores escores no T1 para o G1 em relação ao G2, diferença que não se manteve ao longo do tempo. Como não houve efeitos quanto aos fatores tempo, nem tampouco tempo e grupo, estes efeitos não permitem afirmação categórica quanto à efetividade do tratamento nestas dimensões.

O advento da terapia anti-retroviral modificou o *status* da AIDS, que significava uma sentença de morte, pela sua condição de doença crônica. O aumento da longevidade conduziu à necessidade de investigações que versem sobre a qualidade de vida (QV) das pessoas vivendo com AIDS. Este estudo abordou qualidade de vida, estresse, depressão, apoio social, CD4 e carga viral, bem como suas relações. Estes temas têm se mostrados essenciais e têm sido objeto de diferentes estudos (Jia, Wu, Reid, Kimberly, & Duncan, 2004; Judd et al., 2005; Petrushkin, Boardman, & Ovuga, 2005; Weiser et al., 2006).

É importante o desenvolvimento de modelos validados empiricamente para que a psicologia aplicada à saúde possa promover melhores condições de vida para pessoas vivendo com AIDS (PVCA). O modelo proposto inicialmente que envolve as variáveis qualidade de vida, rede de apoio social, depressão, estresse e saúde física (CD4 e carga viral) pode ser parcialmente demonstrado neste estudo. A Figura 15 representa graficamente as relações bidirecionais entre as variáveis envolvidas neste estudo.

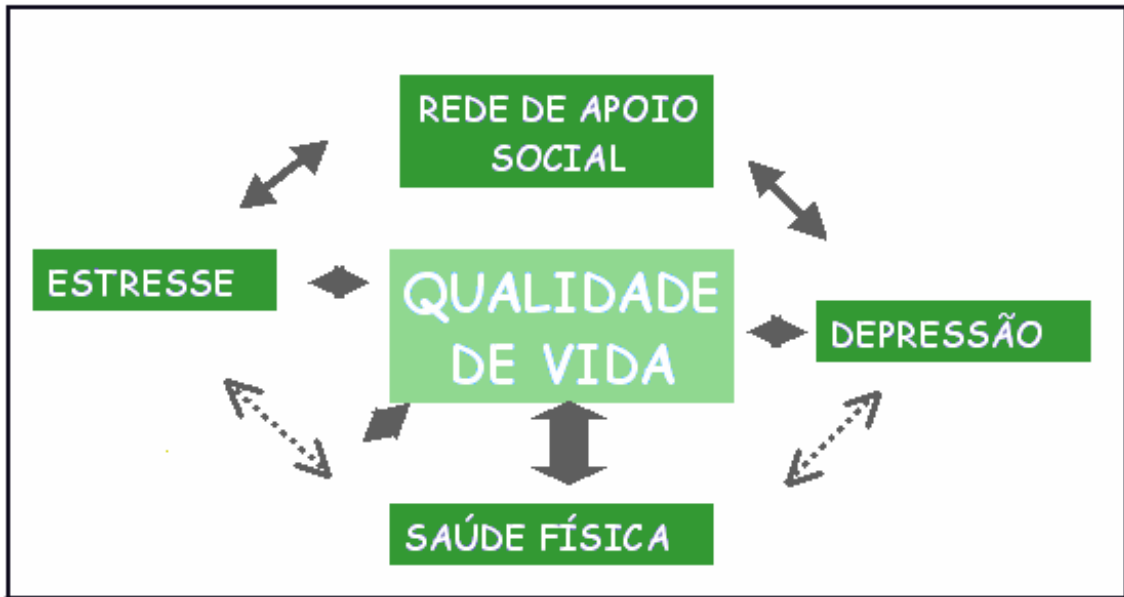


Figura 15: Modelo multidimensional que envolve as relações entre fatores bio-psico-sociais e qualidade de vida¹⁶.

O modelo de intervenção para promover qualidade de vida testada empiricamente neste estudo, foi anteriormente aplicado na Europa (Bock et al., 2003). O estudo europeu envolveu diferentes países e teve uma amostra total de 117 participantes. Os resultados do estudo europeu constatou que a intervenção se mostrou eficaz na melhora da saúde física e psíquica e no apoio aos participantes no controle da infecção. Neste estudo no contexto brasileiro, os resultados foram menos otimistas, provavelmente porque foi realizado em uma população que sofre além dos agravos das doenças, das vicissitudes do mal estar social, bem como da ausência de um sistema de seguridade social eficaz. As garantias básicas para manutenção do tratamento são providas pelo Estado brasileiro, acesso a serviços especializados, medicamentos e exames periódicos de monitoramento da doença. O sistema brasileiro de saúde expandiu o acesso à terapia anti-retroviral (ART), provendo as drogas necessárias com acesso universal para todos os portadores da doença.

¹⁶ Chesney et al., 2003; Elliot, Russo, & Roy-Byrne, 2002; Hautzinger et al., 1999; Pedersen & Elklit, 1998; Nieuwkert et al., 2001; Rosenfeld et al., 1999; Schneiderman, 2003; Smith et al., 2002; Wu, 2000.

Atualmente 150.000 pessoas recebem ART no Brasil fazendo com que a mortalidade decline em aproximadamente 50% em pacientes hospitalizados e em 60% nos pacientes com HIV (Malta, Petersen, Clair, Freitas, & Bastos, 2005). O paradoxo é que, no entanto, estes mesmos pacientes que têm acesso a exames especializados e a drogas caras são privados, em muitos dos casos atendidos, de suprimento alimentar contínuo durante todo o mês. Mesmo aqueles que recebem o benefício de seguridade social recebem valor insuficiente para manutenção de necessidades básicas. Provavelmente esta variável não controlada resultou na falta de impacto do modelo de intervenção preconizado no projeto *Eurovihta*, no constructo amplo e complexo de qualidade de vida. Os resultados de um estudo realizado por Remor (2002b) aponta na mesma direção, já que constatam que apoio social é uma variável significativa para compreender qualidade de vida. Provavelmente a característica socioeconômica da amostra investigada tenha relação direta com o percentual de evasões dos participantes investigados, que foi de 66,4 % dos participantes na amostra total investigada (G1 + G2). O índice de evasão descrito em estudo semelhante (eficácia de TCC em estudo longitudinal em pessoas vivendo com HIV/AIDS), desenvolvido na Espanha, foi de 20% (Blanch, 2002). Um estudo longitudinal multicêntrico para avaliação do apoio social e adesão a tratamento em pessoas vivendo com HIV-AIDS em terapia anti retroviral, conduzido nos Estados Unidos, descreve o comportamento da amostra ao longo do tempo. Após três meses 27% da amostra foi perdida e seis meses depois foi perdida 85% da amostra que ainda persistia (Simoni, Frinck, & Huang, 2006).

A variável apoio social foi investigada com foco em dois subfatores: apoio social emocional e apoio social instrumental. A partir da Anova de medidas repetidas (Tabela 13) foi possível constatar que houve efeitos significativos para a variável apoio social instrumental na interação dos grupos e tempo. O grupo tratado (G1) apresentou aumento nos escores de rede de apoio social instrumental, enquanto que o grupo não tratado (G2) apresentou redução (Figura 11).

O apoio social instrumental abarca a percepção e a satisfação quanto à disponibilidade de apoio no manejo ou resolução de questões operacionais do tratamento ou cuidados de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ou financeira (Seidl, 2005). O *Eurovihta Project* aplicado neste estudo teve em sua estrutura módulos informativos, além disso a periodicidade de encontros (semanais) provavelmente criou condições para que os pacientes tirassem suas dúvidas quanto aos cuidados com sua saúde. Remor (2002a) salientou que apoio social adequado é capaz de atenuar o impacto negativo da situação de viver com AIDS, bem como enfrentar as vicissitudes da terapia anti-

retroviral. Da mesma maneira, Pedersen e Elklit (1998) sugeriram que o apoio social serve como um significativo fator de proteção contra os efeitos psicopatológicos inerentes dos aspectos traumáticos de viver com HIV/AIDS. Estudos prévios relacionam apoio social com bem estar psicológico, já que este sentimento subjetivo está diretamente ligado a receber mensagens empáticas, encorajamento e apoio à auto-estima. O autor constatou que pessoas com apoio social frágil apresentam mais comportamentos de risco, como fumar excessivamente, beber abusivamente, além de comportamentos sexuais de risco. Um estudo longitudinal constatou a importância das relações de apoio para reforçar a auto-estima e animar os pacientes e dar sentido para seguirem o enfrentamento da condição de viver com HIV/AIDS (Vasconcellos; Picard, & Cohen Ichai, 2002). Em estudo posterior, Vasconcellos (2005) salientou que as variáveis apoio social, auto-estima, depressão e *locus* de controle estavam correlacionadas com comportamentos de adesão ao tratamento nos casos de doenças crônicas. Considerou, no entanto, que a AIDS tem uma peculiaridade em relação a outras doenças crônicas, já que a dimensão relacional constitui o âmago da problemática psicológica dos pacientes. O fato de o vírus ser transmissível “hipoteca” definitivamente as relações humanas dos contaminados potencialmente contaminantes. Ressalta, ainda, que a observação (adesão) às prescrições não é uma condição estável e está sujeita a vicissitudes, de acordo com mudanças tanto externas quanto internas das pessoas. Diferentes estudos mostraram que o apoio social percebido como adequado está associado a afetos negativos menos intensos e maior espiritualidade, assim como à auto-eficácia e à adesão ao tratamento (Heckman, 2003; Simoni, Frinck, & Huang, 2006; Vasconcellos, 2000).

A variável estresse apresentou efeito para o fator grupo (Tabela 13). Houve redução do estresse para ambos os grupos ao longo do tempo. Não foi possível determinar que fatores não controlados influenciaram no decréscimo do estresse tanto no grupo tratado quanto no não tratado. O estresse tem sido apontado como variável relacionada a imunomodulação em diferentes estudos. Estresses crônicos estão associados com supressão tanto da imunidade celular quanto medidas humorais, mediada pela produção de anticorpos (Biondi et al., 1994; Miller, & Segerstrom; 2004; Tsigos, & Chrousos, 2002).

A avaliação do estresse deve ser entendida não somente pela presença do estressor (viver com AIDS), mas levar em conta a capacidade de enfrentamento da pessoa. A capacidade de *coping* pode ser maximizada pela presença de uma rede de apoio social eficaz. Viver com AIDS em situação de pobreza tem se mostrado um fator de risco. Por outro lado o fomento de uma melhor rede de apoio tem significado fator de proteção.

O modelo risco/proteção foi apresentado por Ryan-Wenger (1992) em um dos trabalhos pioneiros sobre resiliência e se aplica a esta circunstância.

As diferentes dimensões da rede de apoio social podem ser entendidas a partir da moldura da abordagem ecológica. No ambiente ecológico, o primeiro nível corresponde à pessoa e à sua família. Este sistema é diretamente conectado ao mesossistema, que compreende as relações existentes entre diferentes microssistemas e os efeitos experimentados por estas nas outras dimensões da vida relacional (Bronfenbrenner, & Morris, 1998). Neste contexto, Milan et al. (2005) constataram ao testar um modelo interpessoal de depressão em mulheres vivendo com HIV, que conflito com companheiro tem sido um preditor robusto para o aparecimento de sintomas depressivos. Este achado sugere que ao formular intervenções com mulheres, os terapeutas possam estar atentos particularmente às relações íntimas. A relação entre sintomas depressivos, relações íntimas sofríveis e seus possíveis impactos distais devem ser alvo de atenção já que está diretamente relacionada com comportamentos sexuais de risco e maior morbidade. Esta questão tem relevância não só do ponto de vista individual, mas também do ponto de vista de saúde pública, pois estes fatores podem potencializar comportamentos sexuais de risco agravando a disseminação do vírus HIV. Esta perspectiva amplia a ênfase dada à pessoa em seu contexto. Por outro lado fatores oriundos do macrosistema, como a fragilidade das políticas públicas de garantia de renda mínima, afetam significativamente a vida de pessoas vivendo com AIDS. Seidl, Zannon e Trócoli (2005) afirmam que estas pessoas quando também pobres obtiveram médias significativamente mais baixas em vários indicadores avaliados, como qualidade de vida, bem estar emocional, funcionamento cognitivo e social. Segundo as autoras, apoio social é um moderador para o estresse inerente ao contexto da situação de doença.

No entanto, neste estudo não foi possível afirmar que a intervenção *Eurovihta* tenha sido efetiva para minimizar o impacto estressante de viver com AIDS, já que ambos os grupos apresentaram redução nas medidas de estresse por motivos espúrios. É importante salientar que o estresse de viver em condições sócio-econômicas desfavoráveis aponta para a necessidade de políticas públicas de seguridade social mais eficazes, pois suportar viver com AIDS e na pobreza traz uma sobrecarga difícil de minimizar com intervenção psicológica. É pertinente salientar que em populações de risco social seria útil a intervenção psicológica e social combinadas, já que pobreza é um fator de risco universalmente conhecido (Petersen, & Koller, 2006).

Medidas biológicas juntamente com medidas psicológicas têm sido intensamente investigadas por pesquisadores do campo de pesquisa de psiconeuroimunologia, em diferentes estudos que demonstram estreita ligação entre os comportamentos, emoções e suas ressonâncias corporais. Particularmente há inúmeros estudos demonstrando a íntima relação entre os fenômenos psicológicos e o curso e a evolução da AIDS (Cruess et al., 2000; Hautzinger et al., 1999). Já que a constatação destas relações tem se mostrado irrefutável há mais de duas décadas, a agenda de pesquisa tem incluído em sua pauta a investigação dos efeitos de tratamentos psicológicos em imunomodulação. Um estudo meta analítico prévio apresentou resultados nos quais o relaxamento foi capaz de obter pequena resposta em imunomodulação, enquanto gestão de estresse e revelação apresentaram resultados dispersos (Miller, & Cohen, 2001). Neste estudo, no entanto, não foi possível observar efeito da intervenção sobre as medidas biológicas investigadas (Tabela 13). As medidas de CD4 não apresentaram efeitos quanto ao tempo e/ou grupos, embora a carga viral tenha mostrado efeito quanto ao fator tempo nos dois grupos. Provavelmente a diferença encontrada na variável carga viral esteja relacionada ao transcurso da terapia antiretroviral ao qual ambos os grupos (G1 e G2) estavam submetidos ao longo da investigação. Não foi possível, no entanto, observar efeitos de interação do tempo com o tratamento proposto pelo modelo *Eurovihta*. Por outro lado, Miller e Cohen (2001) ao analisarem 85 ensaios clínicos realizados nos dez anos que antecederam seu estudo afirmaram que novas pesquisas precisam ser realizadas para ser possível obter impacto em tratamentos psicológicos em imunomodulação. Este estudo conduzido em Viamão teve limitações ao restringir as medidas biológicas a CD4 e carga viral, além de não ter realizado *follow-up*. Um estudo longitudinal conduzido ao longo de sete anos, por exemplo, pode concluir que a progressão do vírus HIV, além de estar ligada a fatores clínicos, uso de substâncias e aspectos sociodemográficos, está relacionada à presença de depressão. O estudo foi realizado com uma amostra feminina em quatro contextos de pesquisa diferentes nos Estados Unidos e concluiu que sintomas depressivos foram preditores para morte. Apontou que, ao longo dos sete anos de investigação, 8% das mulheres não deprimidas, com taxas de CD4 abaixo de 200 morreram, enquanto que a taxa de mortalidade foi de 16% no grupo das mulheres com depressão intermitente e de 23% entre as mulheres deprimidas crônicas. O estudo, no entanto, não encontrou diferença significativa para mulheres com CD4 acima de 500 (Ickovics et al., 2001). Apesar dos estudos ainda não serem contundentes, os resultados prévios demonstram a importância de novas pesquisas e do impacto destas nos tratamentos das pessoas.

A amostra investigada mostrou mudanças significativas em seus escores de depressão na escala Beck (BDI), em relação às medidas basais e de desfecho para o grupo que recebeu tratamento (Tabela 13). Também houve diferença significativa nos resultados encontrados em relação aos dois grupos (G1 e G2). Estudos anteriores apresentaram resultados semelhantes, nos quais a Terapia Cognitivo Comportamental mostrou-se efetiva no tratamento da depressão em PVCA (Blanch, & Hautzinger, 2003; Chesney et al., 2003; Rotheram-Borus et al., 2001; Schneiderman, 1999).

O *Eurovihta* pode servir como um modelo de intervenção padronizado e economicamente viável para ser aplicado em saúde coletiva, já que a co-morbidade AIDS e depressão tem se mostrado importante e como revelado neste estudo a depressão pode ser amenizada com a intervenção (Brondolo, Cassels, Tobin, Schneiderman, & Weiss., 2005; Ickovics et al., 2001; Mello, & Malbergier, 2006).

A não-adesão ao tratamento da AIDS está relacionada a diferentes fatores entre eles a baixa escolaridade e a falta aos encontros nos serviços de saúde. Pacientes com menos de dois anos de estudo foram apontados previamente, também por Malta et al. (2005) como um preditor de não adesão. Este achado repetiu no protocolo deste estudo, no que se refere à adesão à pesquisa, que estava diretamente relacionada ao monitoramento da doença, nos testes de CD4 e carga viral, já que as medidas psicológicas eram preferencialmente tomadas na saídas dos exames laboratoriais. A amostra que permaneceu tinha maior escolaridade do que a que evadiu, que era predominantemente composta pelos analfabetos e pessoas com ensino fundamental incompleto.

As metas do tratamento preconizadas pelo *Eurovihta* são a melhoria do estado físico e psíquico subjetivo e da adesão medicamentosa dos seus pacientes. Tendo em vista estes objetivos é possível afirmar que parte das metas foi atingida neste grupo investigado no Brasil, uma vez que a variável depressão mostrou decréscimo significativo e em termos de escores brutos queda de 12 pontos no BDI, entre o pré-teste e o pós-teste. Brondolo et al. (2005) afirmam que contrariamente à tendência, ao longo do tempo a depressão pode aumentar se as pessoas não forem tratadas. Quanto às melhoras físicas, as medidas eleitas como indicadores neste estudo (CD4 e carga viral) não mostraram mudanças. Sugere-se que estudos futuros contemplem medidas de adesão ao tratamento anti-retroviral, uma vez que a adesão tem se mostrado uma variável importante para manutenção da QV e da saúde física (Brenchtl et al., 2001; Gonzales et al., 2004).

Afetos negativos têm sido investigados quanto ao seu potencial de incrementar comportamentos sexuais de risco. Um estudo meta-analítico conduzido por Crespaz e

Marks (2001) constatou, a partir da análise de 34 estudos anteriores, que estados afetivos negativos como depressão, raiva e ansiedade têm sido associados a comportamento sexual de risco, aumentando a chance destas pessoas contraírem, transmitirem e se re-infectarem com o vírus HIV. Além do sofrimento humano determinado pela existência de depressão, observa-se que a não observância desta situação, presente de modo recorrente nas PVCA, pode resultar em condutas nefastas para o próprio paciente e para outrem. Este aspecto comportamental dos pacientes reforça a necessidade da existência de programas de intervenção estruturados no âmbito da saúde coletiva, minimizando o impacto da AIDS como doença crônica sobre a psique de seus portadores. Liketsos et al. (1996) relatam significativa elevação nos sintomas depressivos, começando um ano e meio antes do diagnóstico de AIDS e continuando após o diagnóstico. Os fatores relacionados com o aumento da depressão foram descritos como medos de morrer e de serem abandonado e de se tornarem dependentes de outros. A prevalência da depressão tende a aumentar nos últimos estágios de progressão da doença (Brondolo et al., 2005).

O *Eurovihta* mostrou que pode ser considerada uma abordagem eficaz quanto ao tratamento da depressão dos participantes investigados. Brondolo et al. (2005) realizaram estudo multicêntrico prospectivo, que investigou os efeitos de terapia cognitiva e comportamental para manejo de estresse (CBSM) em grupo, em mulheres vivendo com AIDS, sendo 80% das participantes estavam desempregadas e vivendo de auxílio do governo. Este programa foi estruturado em dez semanas e obteve como resultado o decréscimo significativo dos escores de depressão na amostra investigada, bem como a manutenção das mudanças ao longo de um ano (*follow up*). A intervenção em CBSM observou as necessidades das participantes de mútuo apoio e redução de isolamento, promoção de apoio social e familiar, expressão emocional, integração das mudanças de *self* e imagem corporal, melhora da relação com a equipe e desintoxicação quanto aos medos de morte. Da mesma maneira, o modelo *Eurovihta*, replicado como intervenção neste estudo, teve estes fatores em conta, porém o número de sessões terapêuticas do estudo citado foi de 10 semanas, enquanto o *Eurovihta* levou 16 semanas para obter resultados semelhantes. Sugerem-se novos estudos com objetivos de verificar se a redução do número de sessões terapêuticas no modelo *Eurovihta*, adaptado à realidade brasileira, poderia ser realizada guardando resultados semelhantes aos encontrados em 16 sessões. Tal número tem repercussões tanto econômicas quanto de ordem prática, que justificariam novas investigações. O estudo americano de Brondolo et al. (2005) avaliou a efetividade ao longo

de um ano, enquanto que o conduzido em Viamão teve a limitação de restringir-se a 16 semanas de seguimento.

O presente estudo foi consistente, juntamente com achados prévios, ao demonstrar efetividade da terapia cognitiva e comportamental em grupo para tratar depressão em pessoas vivendo com AIDS. As estratégias cognitivas e comportamentais têm se mostrado eficaz para manejo de estresse, melhora do estado psicológico e para promover qualidade de vida em PVCA (Blanch et al., 2002; Bock et al., 2003; Brondolo et al., 2005; Chesney et al., 2003; Kelly, & Kalichman, 2002; Lechner et al., 2003). Sugere-se que novos estudos sejam conduzidos em populações brasileiras investigando o impacto de terapias cognitivas e comportamentais sobre depressão, estresse e qualidade de vida, porém observando a associação com estratégias de apoio social instrumental em PVCA. A necessidade de programas para manutenção de renda mínima digna para estas pessoas é urgente, já que as características do curso da doença, em muitos momentos restringem a busca de emprego e impõe às pessoas a necessidade de dietas especiais de acordo com o esquema medicamentoso seguido. Não é concebível ter acesso a drogas de custo elevado enquanto não há condições de comprar um litro de leite para tomar a medicação, minimizando assim os desconfortos gástricos que algumas drogas têm como parafefeito. O apoio instrumental é condição mínima para a promoção de qualidade de vida. Os resultados deste estudo, assim como de outros anteriores permitem constatar que a fragilidade na malha social nos diversos níveis ecológicos que envolvem o desenvolvimento humano, pode ser nefasta no curso da AIDS.

A qualidade de vida engloba múltiplos aspectos da satisfação. Quando relacionada à saúde tem sido investigada em suas diferentes relações com fatores sócio-demográficos e psicossociais. Mulheres com HIV apresentaram mais depressão dos que os homens (Gielen, McDonnell, Wu, & Faden, 2001). Neste estudo, a amostra não demonstrou diferença quanto ao sexo no que concerne à depressão. A análise de dados permitiu constatar que a depressão, para ambos os sexos foi preditora de baixa qualidade de vida em 52,2% dos casos. A análise das correlações entre as variáveis permite destacar que houve relação intensa e inversa entre depressão e a dimensão psicológica da qualidade de vida (QV). Também houve relações moderadas e inversas entre depressão e as dimensões físicas, relações sociais e ligações com o meio ambiente da QV. Existe relação moderada e inversa entre depressão e apoio social instrumental. A amostra investigada mostrou correlação moderada e inversa (Tabela 17) entre as variáveis saúde autopercebida, depressão e qualidade de vida. Para Heckman (2003) que também testou um modelo de

relações entre bem estar, apoio social e bem estar físico as PVCA deprimidas mostraram-se menos saudáveis e com menor qualidade de vida (Crook, Browne, Roberts, & Gafni, 2005; Jones, Beach, Forehand, Foster, 2003; Milan et al., 2005).

Depressão é a maior co-morbidade entre PVCA em situação social de risco. A questão da pobreza tem sido investigada devido ao seu impacto no curso da doença (Weiser et al., 2006). Neste estudo houve correlação intensa entre apoio social instrumental e o domínio relações sociais da QV. A questão do apoio instrumental, que é evidenciado pelo apoio financeiro e de recursos materiais, foi de essencial importância neste estudo, já que a população investigada faz parte de um grupo vivendo em condições de vida precárias. A relação entre o apoio instrumental e depressão observada na condução dos grupos de pacientes em tratamento, que informaram privações alimentares, falta de leite para ingerir medicamento, entre outros agravos sociais, foi confirmada pela análise estatística. Nesta amostra provavelmente exista um alto risco de não adesão à terapia anti-retroviral devido aos altos índices de depressão associada à baixa permanência no protocolo de investigação. Como foi referido anteriormente este protocolo sucedia os exames de carga viral e CD4 em que o índice de absentismo foi bastante elevado nesta amostra (evasão de 66% dos participantes). Os regimes medicamentosos da terapia anti-retroviral são complexos e se a adesão for inferior a 80% na ingestão das drogas, é provável que o esquema falhe. Sugere-se que novos estudos sobre adesão sejam desenvolvidos nesta população, uma vez que existem fatores de risco intensos para a não adesão aumentando as probabilidades de mutações do vírus (WHO/MNC/CCH, 2001; Smith et al. 2002).

A dimensão psicológica da QV compreende os sentimentos positivos, trabalho de reflexão, aprendizagem, memória, concentração, auto-estima, imagens e aparência corporal, bem como sentimentos negativos (WHOLIS, 1996) e neste estudo esteve altamente correlacionada com depressão. Enquanto esta dimensão da QV aumenta, a depressão diminui e vice-versa. Scheineiderman (2003) apresentou resultados que corroboram tais achados (Tabela 14), em sua investigação sujeitos que apresentavam depressão e ansiedade também relatavam pobre qualidade de vida. A correlação com o meio ambiente e depressão, e depressão e apoio instrumental se deve ao fato de que o domínio meio ambiente mede também recursos financeiros e atenção sanitária, assim como o fator apoio social instrumental. Esta variável tem um peso importante em contextos de privação e risco social como o da amostra investigada. É pertinente considerar a importância de outras intervenções de caráter social, como grupos de geração de renda, nestas populações para promover qualidade de vida. Novos estudos que versem sobre

apoio social instrumental e geração de renda são necessários para aprofundar o tema. Vários aspectos ligados à vida diária como redução de direitos como cidadão, dificuldades no trabalho, desemprego, discriminação, isolamento, entre outros fatores têm sido descritos como uma “morte simbólica das PVCA” (Carvalho, Moraes, Koller, & Piccinini, 2006). Provavelmente a associação de intervenção psicossocial com o programa com estratégias cognitivas e comportamentais possa ser útil, pois possivelmente um potencializaria a ação do outro. Cabe retomar as premissas básicas de Bronfenbrenner (1979/1986) de que uma pessoa não vive sem seu contexto, portanto a compreensão e abordagem de PVCA implicam observância dos múltiplos fatores de risco e proteção que representa a configuração da rede de apoio social na qual está inserida. Os fatores distais relativos à inoperância de políticas públicas de garantia de renda mínima oriundas do macrosistema incidem diretamente sobre o microsistema familiar dos quais estas pessoas fazem parte. É impossível entender os processos de saúde e doença sem contemplar todas as dimensões bio-ecológicas destas pessoas. O estresse crônico, que significa viver com AIDS, potencializado pelo baixo apoio social podem ser preditores de declínio rápido de células T CD4 (Theorell et al., 2005). 1

A partir da análise das correlações (Tabela 6) entre as medidas biológicas (CD4 e carga viral) e psicossociais foi possível constatar que depressão, apoio social emocional e instrumental não demonstraram relação com as variáveis biológicas. Estudos prévios (Milan et al., 2005, Raison, Purselle, Capuron, & Miller, 2006) consideram que a melhora de sintomas depressivos pode ter repercussões no sistema imunológico. As interações da imunocompetência com as histórias de vida inscrevem-se com campo da imunologia ecológica e diferentes estudos mostram esta interação (Biondi, 2001; Miller, & Cohen, 2001). Este estudo possivelmente não detectou estas interações por limitações metodológicas que restringiram as medidas biológicas à carga viral e ao CD4, devido aos custos envolvidos em ter outras medidas. A questão da relação entre medidas psicossociais e biológicas tem resultados ainda controversos. Estudos prévios (Kiecolt-Glaser et al. 2002; Sheldon, & Verhulst, 1996; Sternberg, 2000) mostraram que recursos sociais não estão relacionados ao curso da doença antes de dois anos da mesma. Os autores consideram que o desenvolvimento rápido da doença está relacionado com o acúmulo de estressores, sintomas depressivos e precário apoio social .

Rotheram-Borus et al. (2001) consideraram o estresse como um aspecto chave para entender a qualidade de vida, tanto que no modelo de intervenção testado por eles havia foco no estresse emocional. Neste estudo conduzido na cidade de Viamão, no sul do Brasil,

foi possível constatar que existe correlação entre depressão e estresse (Tabela 15). A correlação mais intensa foi com a fase de exaustão e moderada com a fase de resistência. Rosenfeld et al. (1999) apresentaram resultados que corroboram estes achados. Em sua amostra, sintomas de estresse mostraram-se correlacionados com baixa *performance* social e baixos escores em qualidade de vida. O estresse pode causar efeitos adversos em vários órgãos (carga alostática) podendo levar ao adoecimento e está associado à disfunção no eixo HPA e à depressão, como uma das doenças relacionadas ao estresse (McEwen, 1998; Tsigos, & Chrousos, 2002). A depressão também demonstrou correlação moderada com o apoio instrumental.

A amostra foi estadiada conforme as fases do estresse apresentada na basal (T1), conforme o modelo de Seyle (in Lipp, 2000). As frequências foram apresentadas na Tabela 16 e foi possível constatar maior frequência nas fases de resistência e na fase de exaustão. Estudos prévios (Bauer, 2002; Silbernagl, & Despopoulos, 2003) informam que distúrbios psíquicos sérios, como a depressão, que pode ser observada já na fase de resistência e de maneira mais intensa na fase de exaustão do estresse, mantêm elevado até dez vezes o valor do nível do cortisol. O resultado desta elevação é a redução de 30% da capacidade proliferativa de linfócitos e ainda, a redução na sensibilidade celular ao cortisol. No caso de necessidade de uso de glicocorticóides no tratamento de alguma inflamação, provavelmente resultará em necessidade de doses mais altas da droga.

O grupo que não apresentou estresse pode estar usando como estratégia de *coping* a negação, no entanto este aspecto não foi investigado. Sugere-se que novos estudos possam observar esta relação entre não estresse e negação, pois a negação pode significar risco para adesão ao tratamento (Heckman, 2003). Estudo prévio (Pedersen, & Elklit, 1998) demonstra como o emprego de defesas imaturas está positivamente associado a evitação e aos altos escores na escala de traumatização. A negação é um estilo de defesa primitiva que está associada com dissociação, ansiedade e distúrbios do sono. Pessoas que negam o próprio resultado tendem a ter dificuldade de assumir a responsabilidade da infecção. A negação determina a recusa da realidade e dificulta adaptação ao tratamento. A vigência da negação resulta também em que a pessoa diminua sua rede de apoio social. Negação e evitação estão associadas a sofrimento psicológico e baixos índices de qualidade de vida (Carvalho, Morais, Koller, & Piccinini, 2006; Heckman, 2003). Sugere-se que novos estudos possam investigar a relação entre defesas imaturas e a não indicação de estresse em PVCA, já que provavelmente os baixos escores no inventário de estresse possam estar relacionados à negação da realidade. A negação pode significar um risco para adesão ao

tratamento da AIDS e a amostra investigada teve um alto índice de evasão deste estudo (66,45%), o que tem direta relação com adesão ao tratamento, pois as coletas de dados eram realizadas junto com os exames de rotina para monitoramento da doença (CD4 e carga viral) no serviço especializado em AIDS da cidade. A adesão deve ser compreendida não somente no que tange a ingesta medicamentosa, mas ser vista em sua dimensão mais ampla que implica a observância da presença nas consultas, execução dos exames de monitoramento, restrições alimentares e comportamentos de auto-cuidado.

A alta incidência de estado de exaustão na amostra (51,2 %) provavelmente explica a correlação intensa de estresse em depressão (Tabela 15), pois nesta fase de estresse aparecem sintomas clássicos de depressão. Viver com AIDS já é considerado estressante e superpõe-se aos riscos sociais aos quais estão submetidas às pessoas investigadas. O risco de contrair HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) tem sido associado à pobreza, à limitação educacional e de oportunidades de trabalho, bem como às minorias étnicas. Estratégias de intervenção comportamentais focadas nestas minorias populacionais são necessárias para diminuir o risco de transmissão nestas comunidades. Inclusive em estudos prévios já foi demonstrado o custo da efetividade de intervenções cognitivas e comportamentais para este fim (Fournier, & Carmichael, 1998; Pinkerton et al., 2001). Estudo sobre mortalidade por AIDS e indicadores sociais, conduzido em São Paulo, sugeriu o deslocamento da mortalidade por AIDS para áreas de exclusão e apontou para a hipótese de relação entre mortalidade e fatores sócio-econômicos (Farias, & Cardoso, 2005).

O estresse é um importante indicador da qualidade de vida. Na amostra coletada em Viamão, Brasil, foi constatada correlação moderada e inversa entre estresse e qualidade de vida (Tabela 18). No estudo de Rosenfeld et al. (1999) foram encontrados resultados sobre o número de sintomas de estresse que estavam altamente associados com pobre qualidade de vida. Viver com AIDS tem sido considerado uma situação de estresse crônico, pois invade a vida necessitando re-estruturação de identidade e/ou papéis sociais. Miller e Segerstrom (2004) sugeriram associação de estresse crônico com supressão, tanto da imunidade celular quanto medidas humorais (mediada pela produção de anticorpos). As circunstâncias estressoras são fortemente dependentes da avaliação da situação e suas respostas emocionais e cognitivas, por isso a importância dos estudos que versem sobre tratamentos e que contemplem estratégias para gestão do estresse, minimizando o efeito traumático de viver com a doença. Pedersen e Elklit (1998) consideraram que o apoio social poderia ser um mediador para as conseqüências em termos de psicopatologia

associada à doença. Na amostra de Viamão, houve relação moderada e inversa entre depressão e apoio social instrumental.

A criação de preditores permite a eleição de medidas econômicas a serem preconizadas em saúde coletiva. Inicialmente foram realizadas análises a fim de verificar quais variáveis poderiam ser preditoras da qualidade de vida (QV). Foi realizada uma análise de regressão linear múltipla, incluindo as variáveis depressão, estresse, apoio social emocional e apoio social instrumental, CD4 e carga viral com a amostra total das pessoas vivendo com AIDS investigadas. A associação entre as variáveis critério e explicativas, estresse e apoio social instrumental foi moderada. Juntos, estresse e apoio social instrumental foram responsáveis por 26,7% da variância da QV. Estresse apareceu negativamente relacionado à QV, enquanto apoio social instrumental foi positivamente relacionado à QV. Os coeficientes de regressão padronizados indicaram que estresse é mais forte do que apoio social instrumental para predição da QV. Theorell et al. (1995) corroboram estes achados com resultados que revelam que baixos níveis de apoio social são preditores de declínio mais rápido de CD4. Logo, se o declínio é rápido a saúde piora e com ela também a qualidade de vida, particularmente nas dimensões físicas e nível de independência. Balbin, Ironson e Solomon (1999) sugeriram que os fatores biológicos devem ser determinantes na progressão da doença, incluindo características genéticas e idade do hospedeiro, tipo e virulência do HIV, resposta às medicações e, finalmente, as influências psicossociais também podem causar impacto sobre a progressão. Remor (2002b) fortalece estes achados ao investigar rede de apoio social e QV, pois conclui que o apoio social serve como variável preditora da QV. Heckman (2003) investigou qualidade de vida em doenças crônicas, examinando a satisfação das pessoas vivendo com HIV. Seus achados revelam que diversos preditores explicam a variância de satisfação quanto à qualidade de vida, sendo as seguintes variáveis explicativas: *coping* - responsável por 12% da variância, apoio social explica 21%, enquanto que 13% pode ser explicado por bem estar físico e, finalmente, 35% da variância se deve às barreiras para cuidados de saúde e acesso a serviços sociais. Seidl et al. (2005), em pesquisa conduzida em Brasília (DF), investigaram pessoas vivendo com HIV/AIDS. Seus achados revelaram que suporte social e *coping* focalizado na emoção e no problema e viver com parceiro foram preditores significativos da QV, alcançando a variância explicada de 59%. Apoio social e *coping* focalizado na emoção mostraram-se significativos como variáveis explicativas das outras dimensões da QV.

Liu et al. (2006) verificaram preditores para pobre qualidade de vida em homens vivendo com HIV/AIDS, em uso de terapia anti-retroviral. Seus achados revelaram que a QV é o preditor mais robusto antes do início do ART, para a qualidade de vida. Ser mais velho, ter menor *status* socioeconômico, menos parceiros sexuais, não beber e estar em estágio mais avançado da doença são preditores significativos para baixos escores em saúde física. Adicionalmente constataram que baixos escores em saúde mental podem ser preditos por depressão, uso do fármaco amprenavir, interrupção da ART, uso recreacional de drogas, e menor apoio social. Muitos destes fatores de risco são passíveis de intervenção, a fim de potencializar QV em pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Vários estudos apresentados corroboram os achados desta pesquisa e apontam na direção da necessidade de que a atenção em saúde contemple de maneira sistematizada estes fatores apontados como fatores de risco. Intervenções psicossociais podem servir como fator de proteção, minimizando os impactos do estresse e promovendo QV. Finalmente, é possível concluir que apoio social ativo possa ser efetivo em promover saúde mental em pessoas infectadas.

Foi considerado relevante criar preditores para depressão. A depressão tem sido apontada em diferentes estudos (Brondolo et al., 2005; Elliot et al., 2002; Ickovics et al., 2001; Milan et al., 2005) como uma variável relevante associada à evolução, morbidade e mortalidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. A organização dos serviços de saúde especializados em DSTs e AIDS nem sempre conta com a presença de profissionais especializados em saúde mental, porém em saúde coletiva. Todos os profissionais envolvidos na atenção em saúde das pessoas devem estar comprometidos em promover saúde mental e preparados para detecção de indicadores de risco, tais como a depressão. Assim foi criado um modelo de predição para a variável critério depressão tendo como variáveis explicativas estresse, apoio social emocional e apoio social instrumental e QV. Uma análise de regressão linear múltipla com a totalidade da amostra investigada, que revelou associação moderadamente forte entre as variáveis estresse e apoio social instrumental. Juntas as variáveis foram responsáveis por 54,1% da variância da depressão. Apoio social instrumental está negativamente relacionado à depressão, enquanto que estresse está positivamente relacionado à depressão. Os coeficientes de regressão padronizados indicam que estresse é mais forte do que apoio social instrumental. Todavia ambas as variáveis estão significativamente relacionadas à depressão. A associação entre as variáveis critério e explicativas, domínios físico (1), psicológico (2) e nível de independência (3) é moderadamente forte (R múltiplo = 0,75). Juntos, os domínios 1, 2 e 3

da QV foram responsáveis por 52% da variância da depressão (R^2 ajustado). Os coeficientes de regressão padronizados indicam que o domínio 2 é mais forte do que os domínios 1 e 3. Todavia ambas as variáveis estão significativamente relacionadas à depressão. Depois de selecionar, a partir de duas análises de regressão, as variáveis mais fortes para criar um modelo de predição para depressão foi realizada nova regressão múltipla tendo depressão como variável critério e estresse, apoio instrumental e o domínio 2 da QV como variáveis explicativas, já que a associação entre elas é moderadamente forte ($R = 0,77$). As três variáveis juntas predizem 57,4 % da variância da depressão. O estresse mostrou o relacionamento mais forte com depressão. Assim é possível sugerir que os serviços de saúde tenham como rotina a aplicação do Whoqol, já que é uma medida econômica em termos de tempo, acessível pois é de domínio público e disponível *on-line* destacando a observância do domínio 2 que mostrou ser o preditor mais robusto dentre os fatores do instrumento. Apoio social, mais uma vez, revela sua relevância como preditor de depressão. Finalmente, o estresse é uma variável robusta, mas apresenta protocolo de mensuração de uso privativo de psicólogos, assim como o Inventário Beck de Depressão e resultaria na necessidade de encaminhamento para serviço especializado em saúde mental em alguns casos onde este profissional não integra a equipe. A investigação da rede de apoio também é viável para os profissionais de saúde coletiva já que Seidl (2005) validou para uso no Brasil a escala de apoio social utilizada neste estudo. A rede de apoio tem dimensões microsistemicas e neste contexto Milan et al. (2005) consideraram que conflito com companheiro é um preditor robusto para depressão. Os mesmos autores apontam ainda quanto à importância da investigação da depressão, já que a variável está associada a dificuldades de adesão, declínio acelerado do sistema imune, e sintomas depressivos contribuem para o declínio da produção de linfócitos. A depressão como já foi abordado anteriormente, também, contribui para comportamento sexuais de risco. Outros preditores revelados no estudo de Milan et al. (2005) são: luto, dificuldades no exercício da maternagem, conflito com companheiro e isolamento social.

O objetivo geral desta pesquisa foi avaliar um programa de tratamento para promover o aumento da qualidade de vida em pessoas portadoras de doenças crônicas, tendo a AIDS como modelo. Os resultados indicam que a intervenção é efetiva no tratamento da depressão, e melhoria do apoio social, porém não se mostrou efetiva para promover qualidade de vida nestes pacientes em risco social. As variáveis biológicas CD4 e carga viral não sofreram modificações relacionadas ao tratamento.

Foi possível constatar a relação entre fatores psicossociais e qualidade de vida e a correlação intensa entre as variáveis depressão e estresse. Depressão apresenta correlação inversa com qualidade de vida e saúde autopercebida. Estresse apresenta correlação inversa com qualidade de vida. Existe correlação intensa e inversa entre depressão e a dimensão psicológica da qualidade de vida. Há correlações moderadas e inversas entre depressão e a dimensão física, relações sociais e ligações com o meio ambiente da QV, também entre depressão e apoio social instrumental. A fase de exaustão do estresse foi à fase com correlação mais intensa com depressão.

Ao verificar a relação entre os fatores psicossociais: depressão; rede de apoio social; estresse e qualidade de vida foi possível verificar que apoio instrumental e depressão são preditores de qualidade de vida. Estresse juntamente com apoio social instrumental é preditor de depressão.

O modelo multidimensional que envolve as variáveis bio-psico-sociais foi testado empiricamente e pode ser parcialmente demonstrado neste estudo. Sugere-se que novos estudos enfoquem as relações com dimensão biológica, ampliando as possibilidades de medidas. Uma pessoa não vive sem seu contexto por isso é ressaltada a importância de observar as múltiplas conexões ambientais, para entender comportamentos e emoções e seus impactos no curso de doenças crônicas, como a AIDS. Sugere-se a implementação do *Eurovihta Project* para pessoas vivendo com AIDS, como um fator de proteção e promoção de bem estar psicossocial.

Cabe ressaltar as limitações deste estudo uma vez que as medidas para verificação de eficácia ficaram restritas ao tempo dois (imediatamente após o término da intervenção). Sugere-se que novos estudos possam contemplar *follow-up* após 16 semanas do término do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicam que a TCC em grupo mostra resultados alentadores quanto a sua efetividade no tratamento da depressão, e melhoria do apoio social, porém não se mostrou efetiva para promover qualidade de vida nestes pacientes em risco social. As variáveis biológicas CD4 e carga viral não sofreram modificações relacionadas ao tratamento.

O modelo multidimensional que envolve as variáveis bio-psico-sociais foi testado empiricamente e pode ser parcialmente demonstrado neste estudo. Sugere-se que novos estudos enfoquem as relações com dimensão biológica, ampliando as possibilidades de medidas. Uma pessoa não vive sem seu contexto por isso é ressaltada a importância de observar as múltiplas conexões ambientais, para entender comportamentos e emoções e seus impactos no curso de doenças crônicas, como a AIDS. Sugere-se a continuidade dos estudos para futura implementação do Eurovihta Project para pessoas vivendo com AIDS, como um fator de proteção e promoção de bem estar psicossocial.

Cabe ressaltar as limitações deste estudo uma vez que as medidas para verificação de efetividade ficaram restritas ao tempo dois (imediatamente após o término da intervenção). Sugere-se que novos estudos possam contemplar follow-up após 16 semanas do término do tratamento. Além desta limitação destacamos a questão da medicação que pode ter sido variável confundidora nos resultados. Os participantes faziam uso de diferentes grupos de medicamentos para o tratamento da AIDS (coquetel), que variava de acordo com o tempo de doença e falhas de tratamentos anteriores. A amostra também não foi controlada quanto

ao uso de outros medicamentos pelos pacientes. Uma limitação importante foi o fato da amostra não ter sido randomizada. Um fator a ser destacado também foi a baixa escolaridade dos sujeitos, que pode representar uma dificuldade a mais para a aplicação de determinados instrumentos e técnicas cognitivas e comportamentais.

Por outro lado ressalta-se a relevância clínica deste tipo de estudo de efetividade. Os resultados foram alentadores e a escassa produção nacional de estudos de efetividade com este tipo de população faz com que se destaque a importância de que psicólogos clínicos possam ser beneficiados com este estudo. A existência de um tratamento manualizados testado em diferentes populações, no exterior em estudos prévios e pela primeira vez no Brasil com esta população, pode servir para amparar clínicos que desenvolvem terapia cognitiva e comportamental com pessoas vivendo com AIDS. A estrutura da terapia cognitiva e comportamental (TCC) em grupo com tempo limitado, pode tornar viável a futura implementação desta modalidade em saúde coletiva. Salienta-se que o custo-benefício de intervenções psicossociais com pessoas vivendo em AIDS tem sido demonstrada e este estudo também aponta nesta direção. A relevância social de promover qualidade de vida de portadores de doenças crônicas apoia a sugestão de que novos estudos possam trazer contribuições para o estudo de efetividade de terapia cognitiva e comportamental em grupo para pessoas vivendo com AIDS e outras doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

- Ader, R. & Cohen, N. (2001). Conditioning and Immunity. *In* R. Ader, D. Felten, & N. Cohen (Eds.), *Psychoneuroimmunology* (vol. 2, 3ª ed., pp. 3-34). San Diego, Academic Press.
- Ader, R.; Felten, D. & Cohen, N. (2001). *Psychoneuroimmunology* (Vol. 1, 3ª ed., p. xxi). San Diego: Academic Press.
- Amorim, M. H. C. (1999). *A enfermagem e a psiconeuroimunologia no câncer de mama*. Tese de Doutorado não publicada, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro.
- Antoni M.; Bagget, L.; Ironson, G.; LaPierriere, A.; August, S.; Klimas, N.; Schneiderman, N. & Flecher, M. (1991). Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of hiv-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(6), 906-915.
- Antunes, L. (1999). *Imunologia básica*. Belo Horizonte: Atheneu.
- Arantes, M. A. & Vieira, M. J. (2002). *Estresse*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Atkinson, R.; Atkinson, R.; Smith, E.; Bem, D. & Nolen-Hoeksema, S. (2002). *Introdução à psicologia de Hilgard* (13ª ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Balbin, E.; Ironson, G. & Solomon, G. (1999). Stress and coping: psychoneuroimmunology of HIV/AIDS. *Bailliere's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 13(4), 615-633.
- Barlotte, E.; Guillemin, F.; Chau, N. & Lorhandicap Group, (2001). Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bulletin of the World Organization*, 79(11), 1047-1055.
- Bartrop, R. W.; Luckhurt, E.; Lazarul, L.; Kiloh, L. G. & Penny, R. (1977). Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet*, 1, 834.
- Bauer, M. (2002). Doenças associadas ao estresse crônico. *Ciência Hoje*, 30(179), Jan/Feb 21-25.

- Bauer, M.; Gauer, G. J. & Nardi, N. B. (1993, jul/set). Depressão maior e atividade do sistema imunológico. *Revista ABP-APAL*, 3(15), 87-94.
- Bauer, M.; Vedhara, K.; Perks, P.; Wilcock, K.; Lightman, S. & Shanks, N. (2000). Chronic stress in caregivers of dementia patients is associated with reduced lymphocyte sensitivity to glucocorticoides. *Journal of Neuroimmunology*, 103, 84-92.
- Beck, A. T. & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: ArtMed.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: International Quarterly* 1, 5-37.
- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1994). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: ArtMed.
- Besedovsky, H. & Del Rey, A. (2001). Cytokines as mediators of Central and Peripheral Immune-Neuroendocrine Interactions *In* R. Ader, D. Felten, & N. Cohen (Eds.), *Psychoneuroimmunology* (Vol. 1, 3ª ed., pp. 1-17). San Diego: Academic Press.
- Billington, R. (1998) WHOQOL – Annotated Bibliography WHO/MNH/MHP/98. 4. Rev.2 p.1-39.
- Bing, E.G.; Hays, R.D.; Jacobson, L.P.; Chen, B.; Gange, S.J.; Kass, N.E.; Chmiel, J.S. & Zucconi, S.L. (2000). Health-related quality of life among people with HIV disease: results from the multicenter AIDS Cohort Study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 9(1), 55-63.
- Biondi, M. (2001). Effects of stress on Immune functions: an overview. R, Ader, D. Felten, & N. Cohen (Eds.), *Psychoneuroimmunology*. (vol. 1, 3ª ed., pp. 189-226). San Diego: Academic Press.
- Biondi, M.; Peronti, M.; Pacitti, F.; Pancheri, P.; Pacifici, R.; Altieri, I.; Paris, L. & Zuccaro, P. (1994). Personality, endocrine and immune changes after eight months in healthy individuals under normal daily stress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 62, 176-184.
- Blanch, J.; Rousaud, A.; Hautzinger, M.; Martinez, E.; Peri, J.; Andrés, S.; Cirera, E.; Gatell, J. & Gastó, C. (2002). Assessment of the efficacy of cognitive-behavioural

- group psychotherapy programme for HIV-infected patients referred to a consultation-liaison psychiatry department. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 77-84.
- Bock, J.; Escobar-Pinzon, I. C.; Riemer, D.; Blanch, J. & Hautzinger, M. (2003). EUROVIHTA project-specific intervention program for HIV infected patients to support the coping process with the chronic illness. *Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische-Psychologie*, 53(7), 310-318.
- Boletim Epidemiológico AIDS (2005). Retrieved in 25/04/06, from <http://www.aids.gov.br>.
- Brenchtl, J.; Breitbart, W.; Galietta, M.; Krivo, S. & Rosenfeld, B.(2000). The use of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) in patients with advanced HIV infection: Impact on medical, palliative care, and quality of life outcomes. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21, 41-50.
- Brondolo, E.; Cassels, A.; Tobin, J.; Schneiderman, N. & Weiss, S. (2005). Decreased depression up to one year following in depressed women with AIDS: the smart/EST women's project. *Journal of Health Psychology*, 10(2) 223-231.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In: W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (vol. 1, pp. 993-1027). New York: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: ArtMed. (Original work published in 1979).
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In S. L. Friedman, & T. D. Wachys (Eds.), *Measuring and concepts* (pp. 03-28). Washington, DC: American Psychological Association.
- Capitania, J. P. & Lerche, N. W. (1992). Psychosocial factors and disease progression in simian AIDS: a preliminary report. *AIDS*, 5, 1103.
- Capitania, J. P. & Lerche, N. (1998). Social separation, housing relocation, and survival in simian AIDS: a retrospective analysis. *Psychosomatic Medicine*, 60, 2235-2244.
- Carvalho, F.; Morais, N.; Koller, S. & Piccinini, C. (2006). *Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS*. Unpublished.

- Cateneo, C.; Carvalho, A. & Galindo, E. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, *locus* de controle e ansiedade. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(1). Retrieved in 01/09/06, from <http://www.scielo.br/>.
- Chesney, M.; Chambers, D.; Taylor, J. Johnson, L & Folkan, S. (2003). Coping Effectiveness Training for men living with HIV: results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. *Psychosomatic Medicine*, 65, 1038-1046.
- Cole, S. & Kemeny, M. (2001). Psychosocial influences on the progression of HIV infection. In R. Ader, D. Felten, & N. Cohen (Eds.), *Psychoneuroimmunology* (vol. 1, 3ª ed., pp. 583-612). San Diego: Academic Press.
- Crespaz, N. & Marks, G. (2001). Are negative affective states associated with HIV sexual risk behaviors? A meta-analytic review. *Health Psychology*, 20(4), 291-299.
- Crook, J.; Browne, G.; Roberts, J. & Gafni, A. (2005) Impact of support services provided by a community-based AIDS service organization on persons living with HIV/AIDS. *Journal of Association of Nurses in AIDS Care*, 16(4), 39-49.
- Cruess, S.; Antoni, M.; Cruess, D.; Fletcher, A.; Ironson, G.; Kumar, M.; Lutgendorf, S.; Hayes, A.; Kliimas, N. & Schneiderman, N. (2000). Reductions in Herpes Simplex Virus Type 2 Antibody Titers after cognitive behavioral stress management and relationships with neuroendocrine function, relaxation skills, and social support in HIV-positive men. *Psychosomatic Medicine*, 62, 828-837.
- Cunha, J. (2001) *Manual da Versão em Português da Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J. A.; Freitas, N. K. & Raimundo, M. G. (1993). *Psicodiagnóstico - R* (4ª ed. revisada). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dancey, C. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre, ArtMed.
- Debray, R. (1995). *Um estudo sobre diabetes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Eisenberger, N.; Kemeny, M. & Wyatt, G. (2003). Psychological inhibition and CD4 T-cell levels in HIV-seropositive women. *Journal-of-Psychosomatic-Research*, 54(3), 213-224.

- Elliott, A. J.; Russo, J. & Roy-Byrne, P. (2002). The effect of changes in depression on health related quality of life (HRQoL) in HIV infection. *General Hospital Psychiatry*, 24, 43-47.
- Erlen, J.; Merllors, M.; Sereika, S. & Cook, C. (2001). The use of life review to enhance quality of life of people living with AIDS: a feasibility study. *Quality of Life Research*, 10, 453-464.
- Farias, N. & Cardoso, M. (2005). Mortalidade por AIDS e indicadores sociais no município de São Paulo, 1994 a 2002. *Revista de Saúde Pública*, 39(2), 198-205.
- Fleck, M. P.; Leal, O. F.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, 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.
- Fournier, A. & Carmichael, C. (1998). Socioeconomics influence on transmission of human immunodeficiency virus infection: the hidden risk. *Archives of Family Medicine*, 7, 214-217.
- Freeman, A. (1998). *Compreendendo a terapia cognitiva*. Campinas: Psy.
- Futterman, A. D.; Wellisch, Z. J; Luna -Raines, M. & Weiner, H. (1996). Psychological and immunological reactions of family members to patients undergoing bone marrow transplantation. *Psychosomatics Medicine*, 58, 472-480.
- Gielen, A.; McDonnell, A.; Wu, P. & Faden, R. (2001) Quality of life among women living with HIV: the importance violence, social support, and self care behaviors. *Social Science & Medicine*, 52, 315-322.
- Gonzales, J.; Penedo, F.; Antoni, M.; Durán, R.; Fernandez, M.; McPherson Baker, S.; Iroson, G.; Klimas, N.; Fletcher, M. & Schneiderman, N. (2004). Social support, positives states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology*, 23(4), 413-418.
- Grady, D.; Cummings, S. & Hulley, S. (2003) *Delineando pesquisa clínica* (2ª ed.) Porto Alegre: ArtMed.
- Hair Jr.; J. F.; Anderson, R. E.; Tatham, R. L. & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman.

- Hautzinger, M.; Bock, J.; Pinzón, L.; Riemer, D.; Bader, A.; Blanch, J.; Valverde, A.; Rufo, M.; Martins, T.; Renacimiento, R.; Stöckel, I.; Saulino, E.; Maestro, A.; Speranza, T.; Matto, M.; Ciampa, C.; Vasconcellos, D.; Varescon, I. & Dupain, P. (1999, Outubro). *EUROVIHTA PROJECT Development of guided group programmers people with HIV and AIDS. Creation of a network of therapists in D, E, I, P. Final Report*. Eberhard-Karls-Universität-Tübingen. Abt. Für Klinische und Physiologische Psychologie. Alemanha.
- Hawton, K. & Salkovskis, P. M. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.
- Heckman, T. (2003). The Chronic illness quality of life (CIQOL) model: explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology*, 22(2), 140-147.
- Howell, D. C. (1997). *Statistical methods for psychology*. 4^a ed. Belmont: Wadsworth.
- <http://www.aids.gov.br> - **Programa Nacional de DST e AIDS**. Retrieved in 08/09/04.
- <http://www.aids.gov.br> - *Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. Retrieved in June 2004.
- Hulley, S.; Cummings, S.; Browner, W.; Grady, D.; Hearst, N. & Newman, T. (2003). *Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre, ArtMed.
- Ickovics, J.; Hamburger, M.; Vlahov, D.; Schoenbaun, E.; Schuman, P.; Boland, R. & Moore, J. (2001). Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. *JAMA Journal of the American Medical Association*, 285(11), 1466-1474.
- Ironson, G.; Friedman, A.; Klimas, N.; Antoni, M.; Fletcher, M. A.; Lapierre, A.; Simoneau, J. & Schneiderman, N. (1994). Distress, denial, and low adherence to behavioral interventions predict faster disease progression in gay men infected with human immunodeficiency virus. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1, 90.
- Ironson, G.; Schneiderman, N. (2002). Psychosocial factors, spirituality/religiousness, and immune function in HIV/AIDS patients. In H. G. Koenig, & H. J. Cohen (Eds.), *The*

- link between religion and health: Psychoneuroimmunology and the faith factor* (pp. 139-159). London, Oxford University Press.
- Janeway, C.; Travers, P. Walport, M. & Shlomchik, M. (2002). *Imunobiologia*. Porto Alegre: ArtMed.
- Jia, H.; Uphold, C.; Wu, S.; Reid, K.; Findley, K. & Duncan, P. (2004). Health related quality of life among men with HIV infection: effects of social support, coping and depression. *AIDS Patient Care & Stds*, 18(10), 594-603.
- Jones, D.; Beach, S. & Forehand, R. (2001). Disease status in African American single mother with HIV: the role of depressive symptoms. *Health Psychology*, 20(6), 417-423.
- Jones, D.; Beach, S.; Forehand, R.; Foster, S. (2003). Self-Reported Health in HIV-Positive African American Women: The Role of Family Stress and Depressive Symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(6), 577-599.
- Kang, D. H.; Coe, C. L.; Karswenski, J. & McCarthy, D. O. (1998). Relationship of social support to stress responses and immune function in healthy and asthmatic adolescents. *Research Nursing Health*, 21, 117-128.
- 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(3), 626-639.
- Kenis, G. & Maes, M. (2002). Effects of antidepressants on the production of cytokines. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 5(4), 401-412.
- Kiecolt-Glaser, J. & Glaser, R. (1992). Psychoneuroimmunology can psychological interventions modulate immunity? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 569-575.
- Kiecolt-Glaser, J. K.; Kennedy, S.; Malkolff, S.; Fisher, L. Speicher, C. F. & Glaser, R. (1988). Marital discord and immunity in males. *Psychosomatic Medicine*, 50, 3-29.
- Kiecolt-Glaser, J. K.; McGuire, L.; Robles, T. F. & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70(3), 537-547.

- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1991). The concept of coping. *In Stress and coping: An anthology* (3^a ed., pp. 189-206). New York, NY, US: Columbia University Press. xxi, 598 pp.
- Lechner, S.; Antoni, M.; Lydston, D.; LaPerriera; Ishii, M.; Devieux, J.; Stanley, H.; Ironson, G.; Schneiderman, N.; Brondolo, E.; Tobin, J. & Weiss, S. (2003). Cognitive behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 253-261.
- Lichtenstein, B. (1995) Psychoneuroimmunology and HIV. *Mind Body Connection & HIV Step Perspective*, 7(2),1-6.
- Liketsos, C.; Hoover, D.; Guccione, M.; Dew, M.; Wesch, J.; Bing, E. & tresman, G. (1996). Changes in depressive symptoms as AIDS develops. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1430-1437.
- Lipp, M. & Malagris, L. (1998). *Manejo do estresse*. In B. Range (Ed.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva* (pp. 279-292). Campinas: Psy.
- Lipp, M. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)* (2^a ed. rev.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. (2003). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Liu, C.; Johnson, L.; Ostrow, D.; Silvestre, A.; Visscher, B. & Jacobson, L. (2006). Predictors for lower quality of life in the HARRT era among HIV infected men. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(4), 470-477.
- Lopes, A. & Petersen, C. S. (2002, July). Hip Hop cultural movement: An alternative of social support for adolescents in social risk situation. *In ISSBD Biennial Meeting (International Society for the Study of Behavioral Development)*. Ottawa, Canada.
- Maiffret, A. & Vasconcellos, D. (2004). Coming out: réalité sociale et conflit psychique chez les homosexuels. *L'Information Psychiatrique*, 80(5): 395-401.
- Malta, M.; Petersen, M.; Clair, S.; Freitas, F. & Bastos, F. (2005). Adesão à terapia anti retroviral: um estudo qualitativo com médicos no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1424-1432.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- McEwen, B. (1998). Protective and damage effects of stress mediator. *Seminars in Medicine of the Beth Israel Deaconess medical Center*, 338(3), 171-178.
- McEwen, B. (1999). Endocrine effects on the brain and their relationship to behavior. In G. Siegel (Ed.), *Basic neurochemistry* (pp. 1007-1026). Philadelphia/New York: Lippicott Raven.
- Mello, V. & Malbergier, A. (2006) Depression in women infected with HIV. *Rev Bras Psiquiatria*, 28(1), 10-17.
- Merali, Z. & Anisman, H. (2003). Cytokines, stress and depressive illness: brain immune interactions. *Annual of Medicine*, 35, 2-11.
- Milan, S.; Ickovics, J.; Vlahov, D.; Boland, R.; Schoenbaum, E.; Schuman, P., & Moore, J. (2005). Interpersonal predictors of depression trajectories in women with HIV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4); 678-688.
- Miller, G. & Cohen, S. (2001). Psychological interventions and the immune system a meta analytic review and critique. *Health Psychology*, 20(1), 47-63.
- Miller, G. & Segerstrom, S. (2004). Psychological distress and immune system: a meta analític study for 30 year of investigation. *Psychological Bulletin*, 130, 601-630.
- Mora, F. (2004). *Continuum. Como funciona o cérebro*. Porto Alegre, ArtMed.
- Nieuwkert, P.; Gisolf, E.; Reijers, M.; Lange, J.; Danner, S.; Sprangers, M.; for the NATIVE, PROMETHEUS and ADAM study groups. (2001). Long term quality of life outcomes in three antiretroviral treatment strategies for HIV 1 infection. *AIDS*, 15, 1985-1991.
- O'Leary, A. (1990). Stress, Emotion, and Human Immune Function. *Psychological Bulletin*, 108(3), 363-382.
- Parham, P. (2001). *O sistema imune*. Porto Alegre: ArtMed.
- Pedersen, S. S. & Elklit, A. (1998). Traumatization, psychological defense style, coping, syntomatology, and social support in HIV positive: a pilot study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 39, 55-60.
- Pereira, A. (2001). Resiliência, personalidade, 'stress' e estratégias de 'coping'. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação* (pp. 77-94). São Paulo: Cortez.

- Petersen, C.; Bauer, M. & Koller, S. (2004). Psiconeuroimunologia & Bioecologia: lentes superpostas para compreender os processos de saúde e doença ao longo do desenvolvimento humano. In S. Koller (Ed.), *Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, estudos naturais e planejado no Brasil*. (pp.401-434). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Petersen, C. & Koller (2006). Avaliação psicológica aplicada a populações de risco. *Revista do IBAP, in press*.
- Petrushkin, H.; Boardman, J. & Ovuga, E. (2005) Psychiatric disorders in HIV positive individual in urban Uganda. *Psychiatric Bulletin*, 29, 455-458.
- Pinkerton, S.; Holtzgrave, D.; Johnson Masotti, A.; Turk, M.; Harck, K.; DiFrancisco, W. & NIMH multisite HIV Prevention Trial Group (2002). Cost effectiveness of the NIMH multisite HIV prevention Intervention. *AIDS and Behavior*, 6(1), 83-96.
- Pizon, L.; Bock, J.; Riemer, D. & Hautzinger, M. (1999). *Viver com o VIH/SIDA. Programa de treino para promover o aumento da qualidade de vida das pessoas com VIH y SIDA. EUROVIHTA Projekt*. European Commission GD V/F/2 Public Health, Portuguese version.
- Pliszka, S. (2004). *Neurociência para o clínico de saúde mental*. Porto Alegre: ArtMed.
- Raison, C.; Purselle, D.; Capuron, L. & Miller, A. (2006). *Biologia da depressão*. Porto Alegre, ArtMed.
- Remor, E. (2002a) Psiconeuroimunologia e infecção por HIV: realidade ou ficção? *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(1), 113-119.
- Remor, E. (2002b). Social support and quality of life in patients with HIV infection. *Atenção Primária*, 30(3),143-149.
- Robins, J. L. W.(2000). Psychoneuroimmunology and healing touch in HIV disease. *The Sciences and Engineering*; 61(1 B), 196.
- Rosenfeld, D.; Breitbart, W.; Thaler, H.; Passik, S.; McDonald, M. & Portenoy, R. (1999). Symptom prevalence, characteristics, and distress in AIDS outpatients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 18(4), 253-262.

- Rotheram-Borus, M.; Murphy, D.; Wight, R.; Lee, M. Lightfoot, M.; Swendeman, D.; Birnbaum, J. & Wright, W. (2001). Improving the quality of life among young people living with HIV. *Evaluation and Program Planning*, 24, 227-237.
- Ryan-Wenger, N. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: a step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2): 256-263.
- Sandor, P. (Ed.) (1982). *Técnicas de relaxamento*. São Paulo: Vetor.
- Savoia, M.; Santana, P. & Mejias, N. (1996). Adaptação do inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP, São Paulo*, 7(12), 183-201.
- Schneiderman, N. (1999). Behavioral medicine and the management of HIV/AIDS. *International Journal of Behavioral Medicine*, 6(1), 3-12.
- Schneiderman, N. (2003) Personality, quality of life and HARRT adherence. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(3), 271-278.
- Scott, J.; Williams, J. & Beck, A. T.(1994). *Terapia cognitiva na prática clínica*. Porto Alegre: ArtMed.
- Seidl, E. (2001). *Pessoas vivendo com HIV/AIDS: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida*. Tese de Doutorado não publicada, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Brasil.
- Seidl, E. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 421-429.
- Seidl, E.; Zannon, C.; Tróccoli, B. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.
- Sheldon, B. C. & Verhulst, S. (1996). Ecological immunology: costly parasite defenses and trade offs in evolutionary ecology. *Trend in Ecology and Evolution*, 11, 317-321.
- Silbernagl, S. & Despopoulos, A. (2003). *Fisiologia textos e atlas* (5ª ed.) Porto Alegre: ArtMed.

- Simoni, J.; Frinck, P. & Huang, B. (2006). A longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV positive men and woman on antiretroviral therapy. *Health Psychology*, 25(1), 74-81.
- Simonton, C. O. (1982). Unproven methods of cancer management. *CA Cancer Clinics*, 32(1), 58-61.
- Sluzki, C. (1998). *A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Smith, S.; Rubleina, J.; Marcusc, C, Brockd, T. & Chesneye, M. (2002). Patient education and conseling a medication self management program to improve adherence to HIV therapy regimens. *Patient Education and Counseling*, 50(2),187-199.
- SMS – Viamão (2005). *Dados epidemiológicos fornecidos pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Viamão*. Manuscrito não publicado.
- Sternberg, E. M. (2000). *The balance within the science connecting health and emotions*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Theorell, T.; Blomkvist, V.; Jonsson, H.; Schulman, S.; Berntrop, E. & Stigendal, L. (1995). Social support and development of immune function in human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatic Medicine*, 57, 32.
- Tsigos, C. & Chrousos, G. (2002). Hypothalamic pituitary adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 856-871.
- UNAIDS (2006). *AIDS epidemic update: December 2005*. Retrieved in 25/04/06, from www.unaids.org/epi/2005.
- Vasconcellos, D. (2000). SIDA: l'observance du traitement par la trithérapie: conditions psycholo giques. *L'Informatione Psychiatrique*, 1, 55-63.
- Vasconcellos, D. (2005). HIV AIDS – Especificidades psicológicas e manejo da relação da relação terapêutica. In Cataldo Neto, A, Gauer, G. & Furtado, N. (Eds.), *Psiquiatria para estudantes de medicina* (pp. 861-865). Porto Alegre: Edipucrs.
- Vasconcellos; D.; Picard, O. & Cohen Ichai, S. (2002). VIH SIDA: Vivre avec les traitements. *L'Information Psychiatrique*, 10, 987-997.

- Vedhara, K.; Cox, N.; Wilcock, G.; Perks, P.; Hunt, M.; Anderson, S.; Lightman, S. & Shanks, N. (1999). Chronic stress in elderly cares of dementia patients and antibody response to influenza vaccination. *Lancet*, 353, 627.
- Vogel, W. H. (1993). Estresse, estressores e conseqüências para a saúde. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 15(2), 97-103.
- Wainer, R.; Madeira, M. & Piccoloto, N. (1999). Psicoterapias cognitivas: convergências e divergências entre abordagens construtivistas do processamento da informação. *Aletheia*, 10, 59-66.
- Weiner, H. (1987). *Psychobiology and human disease*. New York: Elsevier.
- 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.
- WHO/EDM/TRM (2001). *General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine*. Retrieved in 08/09/04, from <http://www.who.int/en/>.
- WHO/MNC/CCH/, 01.02 (2001). *Adherence to long term therapies: Policy for Action. Noncommunicable Diseases and Mental Health. World Health Organization*. Retrieved in 08/09/04, from <http://www.who.int/en/>.
- WHOLIS (1996). Que calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, 17(4), 385-387.
- WHOQOL (1998). *Versão em português dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida* Retrieved in 24/09/03. from <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>.
- WHOQOL HIV GROUP, The (2003). Initial Steps to developing the world health organization's quality of life instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/AIDS. *AIDS Care*, 15(3), 347-357.
- Wu, A. W. (2000). Quality of life assessment comes of age in era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 14, 1449-1451.

ANEXO A

PLANO DAS SESSÕES DA INTERVENÇÃO BASEADA NO *EUROVIHTA PROJECT*¹⁷

Utilização do Plano das Sessões

O “Plano das Sessões” aqui proposto está concebido como orientação para o(a) terapeuta. Representa uma maneira concreta de aplicar o conceito e o Programa a uma situação específica de grupo. Nele descreve-se a estrutura de cada uma das sessões e abordam-se os exercícios recomendados para o tratamento das respectivas temáticas, mantendo o equilíbrio adequado entre os módulos horizontais e os verticais.

As 16 sessões do grupo têm uma mesma estrutura formal em que se prevê os tempos aproximados para cada uma das partes em que se divide o trabalho da sessão. A única sessão que se diferencia na sua duração em relação às outras é a primeira, a qual está programada para as duas horas e meia. No quadro seguinte podemos apreciar a estrutura:

Tabela 20
Estrutura das Sessões do Eurovihta Project

Exercício	Duração (minutos)
Relaxamento e/ou visualização	10
Definição da ordem do dia	5
Exercícios dos módulos	45
Pausa	5
Conversação aberta	45
Resumo da sessão	5
Comentário final (“Relâmpago”)	5

¹⁷ A Tabela 22 sobre o Plano das sessões foi transcrita na íntegra de Pizon et al. (1999, pp. 12-17). Este é parte integrante do manual de Programa de Treino para Promover Aumento da Qualidade de Vida das Pessoas com HIV e AIDS. Esta tese utilizou este programa de intervenção e foi considerado relevante disponibilizar ao leitor acesso a informações básicas do *Eurovihta Project*.

As sessões deverão iniciar-se com o exercício de relaxamento ou com um exercício de visualização cujo objetivo principal é exercitar os(as) participantes em diversas formas de relaxamento, especialmente no RPM de Jacobson e, adicionalmente, obter um humor e uma concentração adequados para o trabalho terapêutico durante a sessão. A seguir procede-se à definição da ordem do dia, para a qual o terapeuta explica aos(às) participantes o tema preparado, questiona sobre temas atuais que devam ser adicionalmente tratados na sessão e define com eles a ordem em que se tratarão. Normalmente segue-se com um exercício dos módulos que foi preparado e posteriormente faz-se uma pequena pausa. Na conversação aberta existe a possibilidade de continuar a discussão sobre o exercício realizado ou incluir os outros temas propostos e os de maior atualidade. No final da sessão o(a) terapeuta faz um resumo da mesma, em que transmite como *feedback* aos(as) participantes os objetivos alcançados e a dinâmica do dia. Os(as) participantes, por sua vez, expressam, num comentário curto, “Relâmpago”, a sua experiência pessoal durante a sessão. Estes comentários não são discutidos na sessão, podem, contudo, ser retomados na seguinte.

O Plano das Sessões está estruturado tematicamente, ou seja, foram distribuídos os temas que mais freqüentemente são tratados nos grupos através de 16 sessões (primeira coluna). Na maioria das vezes para cada bloco temático destinam-se duas sessões, tendo em conta as principais expectativas e os objetivos mais comuns que os(as) participantes determinam nos grupos. Na coluna “Exercícios” anotam-se os nomes daquelas intervenções que se consideram mais adequadas para o tratamento de cada tema. Na coluna “Módulo” está o código dos módulos do qual provém o exercício e o número atribuído a este, o qual permite a sua rápida localização no Manual. Os exercícios estão numerados pela ordem como aparecem no interior de cada módulo. Finalmente, na coluna “Materiais”, anotam-se aqueles elementos que se requerem para cada intervenção. Folhas explicativas e complementares poderão ser encontradas no quarto capítulo do Manual, onde foram incluídas por módulos; quando existem várias para um mesmo exercício juntaram-se letras (A, B, C) ao número para permitir diferenciá-las. Caso seja necessário distribuí-las aos participantes, basta fazer fotocópias das mesmas. Algumas folhas explicativas e complementares do módulo TC e PCC estão desenhadas para ser utilizadas em diferentes exercícios; nestes casos, foram numeradas de acordo com o primeiro módulo e o primeiro exercício a que correspondem.

A seguir, apresenta-se na Tabela 21 os principais dados correspondentes aos módulos, suas abreviaturas e sua numeração:

Tabela 21
Módulos do Eurovihta Project

Módulo	Abreviatura	Nº de Exercícios	Folhas Adicionais
Métodos de relaxamento	MR	01-15	A
Dinâmica de grupo e apoio social	DIN	01-12	A-B
Terapia comportamental	TC	01-08	A-M
Processos cognitivos	PCC	01-03	A-B
Comportamentais e visualização	VIS	01-05	A-B
Desenvolvimento dos recursos pessoais	CAP	01-05	A-B
Gestão das crises	CRIS	01-03	A-B

Exemplo:

- MR 01 é a primeira folha complementar que se encontra no quarto capítulo do Manual “Matérias de Apoio”. Esta folha corresponde ao primeiro exercício do módulo 3. 1. Métodos de Relaxamento.
- TC 01 - A é a primeira das diferentes folhas adicionais correspondentes ao primeiro dos exercícios do capítulo 3. 3 Terapia Comportamental.

O(a) terapeuta deve estruturar o Plano das Sessões de cada grupo de maneira similar ao proposto, na medida que lhe seja possível. As sessões primeira e última devem realizar-se segundo o Programa; todas as outras são de livre organização por parte do (da) terapeuta e dos(das) participantes. Para cada objetivo propõem-se exercícios opcionais que o(a) terapeuta utilizará ou não segundo as necessidades. Muitos deles estão concebidos de tal maneira que servem para o trabalho de diferentes problemáticas. O(a) terapeuta deve incluir o Plano de exercícios de todos os módulos para garantir que não se dê prioridade a uma escola terapêutica, de forma a preservar o carácter eclético do Programa. Esta heterogeneidade permitirá aos(às) participantes experimentar uma ampla gama de intervenções e escolher aquelas que melhor se adaptem a sua situação pessoal. De igual forma, facilita aos terapeutas trabalhar com o programa independentemente da sua formação terapêutica e da sua experiência nesse campo. Desta maneira, garante-se liberdade suficiente às diferentes partes que trabalham com o Programa, conservando uma estrutura mínima que permite comparar os diferentes grupos.

Tabela 22
Plano das Sessões

Sessão	Temas e Objetivos	Exercícios	Módulo	Materiais
1	<p>Métodos de Relaxamento</p> <p>Conhecimento dos Participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro Conhecimento Mútuo de Maneira Verbal e Não-Verbal • Fomentar a Confiança • Enquadramento terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> • “As Ondas” • Ronda de Apresentação • Entrevistas por Pares • Cumprimento de Diferentes Maneiras 	<p>MR-01</p> <p>DIN-01</p> <p>DIN-02</p> <p>DIN-03</p>	<p>T2</p> <p>Distribuição dos Questionários</p>
2	<p>Métodos de Relaxamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clarificação de Expectativas • Definição de Temas e Objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • “O Barco” • “Eu Sou Assim” – Exercício de desenho • “Eu Espero/ desejo/ Receio” 	<p>MR-02</p> <p>DIN-01</p> <p>DIN-05</p>	<p>Papel, Lápis</p> <p>DIN-05-A</p> <p>T2</p> <p>Recolha dos Questionários</p>
3	<p>Métodos de Relaxamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaxamento como Estratégia • Relaxamento no Grupo <p>Elaboração do Plano das Sessões</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temas e Objetivos <p>Resolução de Problemas – Relação entre Pensamento- Comportamento e Sentimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Aqui e Agora” • Plano das sessões • Tarefas: Análise de Problemas, Modelo de Terapia Comportamental 	<p>MR-03</p> <p>MR-08</p> <p>DIN-06</p> <p>TC-05</p>	<p>MR-08-A</p> <p>Papel, Lápis, Fita Autocolante</p> <p>TC-05-G</p> <p>Eventualmente: Modelo TC-01-A</p>
4	<p>Métodos de Relaxamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introdução ao RPM <p>Adaptação ao VIH e a Sida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentos Médicos e Medicamentos • “Crenças”- Religião • Evitamento vs. Perda de Identidade 	<p>RPM1</p> <ul style="list-style-type: none"> • O Terapeuta Recolhe Informação Atualizada sobre o VIH e a Sida • “Pódio (Discussão)”- Jogos de Roles • Distribuições do Plano das Sessões aos Participantes 	<p>MR-09</p> <p>MR-08</p> <p>DIN-09</p>	<p>MR-08-A</p> <p>Informação atual artigos</p>

Sessão	Temas e Objetivos	Exercícios	Módulo	Materiais
5	<p>Métodos de Relaxamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segurança Social: Educação, Profissão, Incapacidade, Reforma • Lidar com mudanças no cotidiano devido à pressão social, etc. • Organização do tempo livre • Lidar com as Perdas 	<p>RPM2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folhas Informativas sobre RPM, Seguros, Incapacidade • Modelo Comportamental • Protocolo do Estado de Humor • Lista de Atividades Agradáveis • Análise de Problemas 	<p>MR-10 TC-01 TC-02 TC-03 TC-05</p>	<p>Folhas informativas TC-01-A TC-02-B/C TC-03-D TC-05-G</p>
6	<p>Métodos de Relaxamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reorganização da vida cotidiana • Mudança no Plano de Vida • Melhoria no Humor através do “Manter-se Ativo” <p>Lidar com a Ansiedade e Depressão</p>	<p>RPM3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plano de Alimentação de Caremark • Protocolo da Atividades • Elaboração de Planos de Atividades Diárias e Semanais 	<p>MR-11 TC-04 TC-06</p>	<p>Folhas Informativas TC-02-B TC-04-E/F TC-06H/J</p>
7	<p>Métodos de Relaxamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio Social: Paralela, Amizade, Família • Proximidade e Pertença vs. Independência • Necessidade e Aceitação de Ajuda – Dependência • Morte do Companheiro e / ou amigos por causa da Sida – modificações no Círculo de Amigos 	<p>RPM4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exemplos trazidos pelos participantes - Intercâmbio de Informação • Lidar com a agressividade • Repetição do “Plano das Sessões” 	<p>MR-12 DIN-10 DIN-06</p>	<p>DIN-10-B Plano elaborado na Sessão Nº 3, Lápis</p>
8	<p>Métodos de Relaxamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conflitos com o fato de ser VIH positivo e homossexual • Comunicação de soropositividade a Familiares, Amigos, e Colegas • Discussão de Receios e Medos • Esfera privada – confiança <p>Revisão e reestruturação do Plano das Sessões</p>	<p>RPM5</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Realidade Cruel” – Jogo de Roles • Curva do Estado de Humor 	<p>MR-13 CAP -03 TC-07</p>	<p>TC-02-B TC-04-E/F TC-07- K/L</p>

Sessão	Temas e Objetivos	Exercícios	Módulo	Materiais
9	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de Relaxamento • Influência do VHI na Sexualidade • Satisfação Sexual desde a Infecção com o VHI • Expressões da Sexualidade e sexo Anônimo • Medidas de proteção • Uso do Preservativo • Situações de Risco e Sexo Seguro • “Entregar-se” vs. “Sem Risco: Sem Prazer” 	RPM6 <ul style="list-style-type: none"> • Questionário sobre Sexualidade • O Uso do Preservativo • Comportamento de Sexo Seguro • Exercício de Visualização: Lidar com uma Situação de Risco • Jogos de Roles sobre Sexo Seguro 	MR-14 CAP-01 CAP-02 TC-08 VIS-05 CAP-04	CAP-01-A Preservativos, Gel TC-08-M CAP-04-B
10	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de Relaxamento • Sexualidade e Parelha • Parelhas Discordantes • Sexo Seguro, Perda de atratividade por causa do VHI/SIDA • Fidelidade • Disfunções Sexuais pelo VIH • Medos e Tensões, Impotência, Desinteresse Sexual 	RPM – Forma Curta ou “Eu permito-me pensar” <ul style="list-style-type: none"> • Jogo de Roles sobre Sexo Seguro na Vida de Casal • Pensamentos Automáticos • Análise de uma Mostra de Pensamentos • Técnicas de Controle de Pensamentos 	MR-15/06 CAP-05 PCC-01 PCC-02 PCC-03	CAP-05-B PCC-01-A PCC-03-B 200 Cartões de Cores Autocolante e lápis
11	<ul style="list-style-type: none"> • Método de Relaxamento • Doença, Sofrimento, Agonia e Morte • Preparação para a Doença e Perda da Autonomia • Perda da Atratividade Física e da Capacidade Corporal • Lidar com a Ansiedade, Depressão e Fantasias Fatalistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Visualização: O Conselho Interior • Continuação do Exercício Cognitivo sobre a Modificação de Pensamentos • Perda de Atividades Diárias 	VIS-1/2 PCC-03 TC-02	PCC-03-B 200 Cartões de Cores Autocolante, Lápis TC-02-B/C
12	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de Relaxamento • Corrida contra o Tempo • Confrontação com a Debilidade e o Fim da Existência • Redução da Ansiedade perante a Agonia e a Morte 	RPM- Forma Curta <ul style="list-style-type: none"> • Medição sobre a Morte • “Eu compro a Morte Ideal” 	MR-15 VIS-04 CAP-05	

Sessão	Temas e Objetivos	Exercícios	Módulo	Materiais
13	<p>Métodos de Relaxamento</p> <p>Construção de um Novo Plano de Vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emprego, Planejamento Familiar, Mudança de residência • Fortalecimento da vontade de Viver • Encontrar novo objetivo de vida • Gestão de Crises 	<ul style="list-style-type: none"> • Visualização: O Conselheiro Interno ou Viagem da Imaginação • Modelo da Depressão • Lista de Atividades Agradáveis • Protocolo de Atividades • “Gestão de Crises” 	<p>VIS-03 ou MR-03</p> <p>TC-01</p> <p>TC-03</p> <p>TC-04</p> <p>CRIS-01</p>	<p>TC-01-A</p> <p>TC-03-D</p> <p>TC-02-B, TC-04 E/F</p>
14	<p>Métodos de Relaxamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construção de uma Visão do Futuro Nova e Realista • Preparação para Lidar com as Mudanças • Decisões de Vida • Procura do Sentido para a Vida 	<p>RPM- Forma Curta ou Visualização</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plano de Atividades Semanais 	<p>MR-15/05</p> <p>TC-06</p>	<p>TC-06-H/J</p>
15	<p>Métodos de Relaxamento</p> <p>Preparação do Fim e Dissolução do Grupo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilidade do Aprendido na Vida Cotidiana • Realização de Exercícios sem orientação 	<p>RPM-Forma curta ou Visualização</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionários de Transferência • Curva do Estado de Humor 	<p>MR-07</p> <p>CRIS-02</p> <p>TC-07</p>	<p>CRIS-02-A</p> <p>TC-02-B</p> <p>TC-04-E/F</p> <p>TC-07-K/L</p> <p>T3</p> <p>Distribuição de Questionários</p>
16	<p>Métodos de Relaxamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificação de objetivos • Despedida • Troca de endereço 	<p>RPM-Forma curta ou Visualização</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionário: “De que serviu?” 	<p>MR-04</p> <p>CRIS-03</p>	<p>CRIS-03-B</p> <p>T3- Recolha de Questionarios</p>

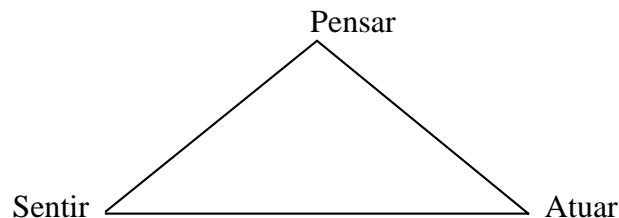
ANEXO B

TÉCNICA COMPORTAMENTAL

Folha Explicativa: Modelos de Depressão

Temos a certeza que conhecemos a situação: Estás em casa e sente-se abatido(a), pois tiveste um mau dia. Uns (umas) amigos(as) perguntam-te se queres fazer alguma coisa. Recusas, porque depois de um dia de como o que tiveste falta-te força para te animares e não tens paciência para jogar conversa fora. Em vez de saíres ficas em casa, acendes a televisão, vês um mau filme, bebes uma cerveja e te deita cedo. No entanto não consegues adormecer, os problemas do dia dão-te voltas à cabeça. Sentes-te só e pior do que antes. No dia seguinte, levantas-te tarde e pensas em como irás suportar o dia. Neste exemplo, comportamento, emoções e pensamento condicionam-se mutuamente.

Modelo Triangular



O teu humor é fortemente influenciado pela forma como valorizas o sair - “não te apetece conversa de chacha” e pelo que fazes “ficas em casa sozinho(a) e te deitas cedo”. Isto vai repercutir no bem-estar do teu corpo pois “dormes mal”. As causas de um humor negativo ou de um humor depressivo são, geralmente, resultado da falta de acontecimentos positivos durante o dia, o que influencia cada vez mais e pior o teu humor.

Modelo da espiral: Humor depressivo

1. Sentes-te abatido e não tens forças para fazer nada.
2. Não tiveste experiências positivas durante todo o dia.
3. O teu humor piora.

4. Já não há razão alguma para ficares alegre.
5. O teu humor está no ponto zero e tudo te parece excessivo.

De forma inversa, em vez de aumentar o teu mau humor, podes fazer algumas coisas que te põem de bom humor. Desta forma podes ajudar-te a sair de um humor depressivo.

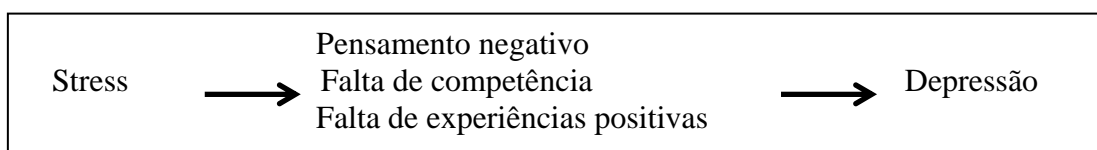
Modelo da espiral: bom humor

1. O teu humor está no ponto zero e tudo te parece excessivo.
2. Animas-te e fazes aquilo que sempre desejaste fazer.
3. Alegras-te pelo teu sucesso e o teu humor melhora.
4. Fazes mais do que as tuas obrigações exigem; coisas que te convêm.
5. O teu humor melhora mais e mais e tu planificas cada vez mais atividades que te alegram.

A depressão também pode aparecer quando recibes fatores estressantes fora do normal e és incapaz de lidar com eles. Exemplos de fatores estressantes são converteres-te em aposentados a) numa idade jovem, a perda de amigos de longa data, doenças, mudança de residência, entre outros.

De repente estás entregue a uma nova situação, em que não sabes como te comportar. Por isso, retrais-te, pensas e repensas muito sobre a razão de te acontecer aquilo a ti. Sentes-te desconcertado(a) e sobrecarregado(a). o teu mau humor pode assim converter-se num estado depressivo, dado que não fazes nada para resolver teus problemas, apenas te limitas a refletir sobre eles. Isto pode afetar a realização de muitas atividades que, em princípio, não possuem relações com o problema.

Modelo de setas: estresse e depressão



ANEXO C

TÉCNICA COMPORTAMENTAL E TÉCNICA COGNITIVA

TC-02-B: Folha de Exercício – Registro de Humor

(JUNTAR O “REGISTRO SEMANAL” E “REGISTRO DE ATIVIDADES”, AVALIAÇÃO MEDIANTE A CURVA DO ESTADO E HUMOR)

1. muito bom humor
2. bom humor
3. humor regular
4. escasso humor bom
5. mau humor
6. muito mau humor

Por favor valora o teu humor diário e escreve a tua pontuação na data correspondente! Por favor revê o Registro e não esqueças nenhum dia! Anota os acontecimentos especiais que ocorrerem!

Data		valor	acontecimentos
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			

TC-02-C : Folha de exercícios - Registro diário

Data:

Hora	Atividade	Humor	Comentários
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
1			
2			
3			

ANEXO D

TÉCNICA COMPORTAMENTAL

Lista de Atividades Agradáveis¹⁸

O teu humor depende bastante do que fazes e como valorizas cada situação. Uma das causas principais de um baixo humor é a falta de realização de atividades de que gostes. Na realidade, muitas vezes esquecemo-nos que no, dia-a-dia, não realizamos aquelas atividades que nos dão prazer ou realizamos sempre as mesmas com pouca imaginação.

Para saber a razão do teu baixo humor ou para melhorá-lo, lê esta lista de atividades agradáveis. Contém 280 atividades de todo o tipo, as quais deverás dar um valor em função do prazer que te provocam e da frequência com que as realizaste no último mês.

Na coluna F (frequência) assinala com que frequência realizaste cada atividade no último mês:

0 = nunca

1 = 1-6 vezes

2 = 7 vezes ou mais

Na coluna P (prazer) assinala quão agradável te é cada atividade. Dá um valor independente do fato de teres realizado ou não essa atividade.

0 = desagradável ou indiferente

1 = agradável

2 = muito agradável

Após teres atribuído os valores a todas as atividades calcula a soma dos valores em cada coluna e registra-a cumulativamente:

¹⁸ A lista de 280 atividades agradáveis inclui diferentes modalidades de esportes, atividades de lazer e culturais e outras tarefas da vida diária.

Frequência	Prazer		
Dividido por 280	Dividido por 280		
Igual	Igual		
	F	P	
Soma parcial atividades 1-20			
Soma parcial atividades 21-40			
Soma parcial atividades 41-60			
Soma parcial atividades 61-80			
Soma parcial atividades 81-100			
Soma parcial atividades 101-120			
Soma parcial atividades 121-140			
Soma parcial atividades 141-160			
Soma parcial atividades 161-180			
Soma parcial atividades 181-200			
Soma parcial atividades 201-220			
Soma parcial atividades 221-240			
Soma parcial atividades 241-260			
Soma parcial atividades 261-280			
Soma total			

ANEXO E

TÉCNICA COGNITIVA

Folha de exercícios:

O reconhecimento de pensamentos automáticos

Material: 20 cartões de cores por participante

Graças aos exercícios de relaxamento conheces a influência de pensamentos agradáveis no teu bem estar. Através de recitares a ti mesmo(a) de forma consciente frases positivas como “sinto-me bem”, alcanças um relaxamento profundo e bem estar. De igual forma podes cair num humor triste ou irritável se repetes para ti mesmo(a) as frases correspondentes. Através do humor os pensamentos atuam sobre as tuas ações, ou seja, se estás de bom humor, mostras-te simpático para com as outras pessoas que, por sua vez, também te tratarão de forma amável. Se, pelo contrário, experimentarmos frequentemente situações negativas, quando há um o desfecho é mau de qualquer forma. Contudo, isto está fortemente relacionado com os teus próprios pensamentos. A mesma situação pode ser percebida por ti como algo positivo se estás de bom humor e pensas positivamente, ou pode ser insuportável se estás de mau humor ou pensas negativamente.

Não nos referimos apenas aos pensamentos concretos dos quais se tem consciência, mas também aos pensamentos automáticos que aparecem inconsciente e rapidamente em determinadas situações e podem influenciar a valoração de uma situação. Na maioria dos casos não te apercebes, mas, por aparecerem com frequência, têm uma grande influência na tua vida diária. Podem ser pensamentos sobre nós próprios(as), outras pessoas ou do futuro. Podem ser pensamentos positivos como “nada pode me fazer mal”, “ninguém me quer mal” ou “tudo vai bem”.

Pensamentos negativos seriam “nunca faço nada bem”, “estão todos contra mim” e “tenho a certeza que sairá mal”. Uma pessoa com estas mensagens interiores (pensamentos automáticos) terá, seguramente, dificuldades para se emocionar com uma idéia, realizá-la e alegrar-se pelo seu êxito.

Pessoas soropositivas se só dizem frases como “pronto morrerei”, “por culpa do HIV nunca encontrarei um parceiro(a)”, “por causa do HIV não consigo tirar prazer do sexo”, “por causa do HIV não sou atraente”, etc. Isto pode ter uma influência muito negativa sobre o plano de vida, a vida a dois e a sexualidade, ainda que os pensamentos sejam realistas.

Por esta razão é muito importante aperceber-se das mensagens interiores e examiná-las, para ver se tem uma influência positiva ou negativa sobre o teu comportamento e os teus sentimentos. Depois deverias aumentar os pensamentos positivos e diminuir os negativos. Existem determinados exercícios para isso.

Durante uma semana, deves apontar nos diferentes cartões de cores todos os pensamentos que te passem pela cabeça. Transporta sempre contigo alguns papéis e um lápis no bolso, para que possas apontar os pensamentos. Assinala os pensamentos que sejam especialmente motivadores, estressantes ou que apareçam com muita frequência. Nas listas seguintes apresentamos pensamentos que têm especial influência sobre o humor.

ANEXO F

DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS PESSOAIS

Folha de exercícios: Perguntas sobre a sexualidade

Sexualidade
O que considero importante no sexo?
Que valor tem a sexualidade na minha vida?
Em que se diferencia a minha sexualidade da de outras pessoas de outro sexo ou com outra orientação sexual?

O que mudou na minha sexualidade devido ao VIH?

Que significa para mim fazer sexo seguro? Tive dificuldade com as mudanças?

Quanto me sinto satisfeito(a) com a minha sexualidade?

Atualmente, existem problemas com a minha vida sexual?

ANEXO G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹⁹

Pesquisa: Avaliação do Programa Eurovita sobre a qualidade de vida em portadores de doenças crônicas: a AIDS como modelo

Coordenador: Circe Petersen

1. Natureza da pesquisa

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, que tem como finalidade investigar o impacto sobre a qualidade de vida de pacientes vivendo com HIV/AIDS de um modelo de intervenção psicológica. Além disso, a pesquisa pretende comparar os resultados dos grupos submetidos à intervenção psicológica em investigação e aqueles que estão sendo conduzidos pelo procedimento rotineiro do Serviço de Atenção à AIDS - Ambulatório de Adesão.

2. Participantes da pesquisa

Aproximadamente 80 pessoas vivendo com HIV – AIDS em início ou reinicialização de terapia antiretroviral.

3. Envolvimento na pesquisa

Ao participar deste estudo você deve permitir que um membro do grupo de pesquisa deste projeto aplique instrumentos de avaliação psicológica em dois diferentes momentos observando intervalos de 16 semanas bem como o acesso aos resultados de seus exames clínicos de contagem de células T CD4 e carga viral em seu prontuário médico.

Você tem a liberdade de recusar a participar e pode ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você ou seu tratamento.

¹⁹ Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo sido aprovado para execução em 2005.

Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderá entrar em contato com o coordenador da pesquisa através dos telefones 3330-4000 ou 3019-1120.

Se você achar necessário poderá também entrar contato com o Secretário Executivo do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da saúde do município de Porto Alegre.

4. Sobre a intervenção psicológica

40 pessoas estarão sendo convidadas a integrar um processo de acompanhamento psicológico que acontecerá durante 16 semanas com encontros semanais de 1h e 30 minutos. Você pode fazer parte deste grupo ou participar de um grupo denominado controle que será avaliado a cada 16 semanas. O serviço de DST/AIDS oferece aos pacientes interessados um dia de debate informativo sobre AIDS com discussão de vídeo sobre o tema.

5. Riscos e desconforto

A participação nesta pesquisa não traz complicações, talvez, apenas, um pequeno sentimento de timidez que algumas pessoas sentem quando estão sendo avaliadas com testes psicológicos.

6. Confidencialidade

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento dos dados.

7. Benefícios

Ao participar desta pesquisa você poderá ter um benefício direto que é participar de um programa de promoção de qualidade de vida já testado em diferentes países da Comunidade Européia. Esperamos que esta pesquisa nos dê informações importantes sobre a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV /AIDS e subsídios para adaptar estratégias de intervenção à realidade brasileira. No futuro essas informações poderão ser usadas em benefício de outras pessoas nesta mesma situação no Brasil.

8. Pagamento

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nada será pago por sua participação. Entretanto, você receberá cópias dos relatórios da pesquisa contendo os resultados do estudo.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

Nome do participante

Local e Data

Assinatura do Participante

Circe Salcides Petersen

Coordenador do Projeto

UFRGS

ANEXO H

ESCALA DE SUPORTE SOCIAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV /AIDS²⁰

Este questionário é sobre o apoio ou ajuda que você tem recebido de diferentes pessoas com quem você se relaciona. Por favor, informe a frequência dos diferentes tipos de apoio que tem recebido e a sua satisfação em relação a cada um deles. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco. Mais uma vez, obrigada pela sua

1. Você tem recebido apoio de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde? (Exemplo: tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação.)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

1.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

2. Você tem recebido apoio de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

2.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

²⁰ Original de Seidl, E. (2001).

3. Você tem recebido apoio de alguém em atividades práticas do seu dia a dia? (Exemplo: arrumação da casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo de refeições ou qualquer outra coisa)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

3.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

4. Você tem recebido apoio de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde? (Exemplo: lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, acompanhar em uma consulta ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

4.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

5. Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão coisas que você precisa em seu dia-a-dia? (Exemplo: alimentos, objetos como roupas, produtos de higiene pessoal, entre outras coisas).

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

5.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

- Com base nos tipos de apoio mencionados acima (questões 1 a 5), marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.

() esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)

() pessoa(s) da família que mora(m) comigo.

Quem? _____

() pessoa (s) da família que não mora(m) comigo. Quem?

() amigo(s)

() chefe ou colega(s) de trabalho

() vizinho(s)

() profissionais de saúde

() outra pessoa. Quem? _____

6. Você tem recebido apoio de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

6.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

7. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

7.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

8. Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

8.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

9. Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

9.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

10. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

10.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

11. Você tem recebido apoio de alguém que lhe ajuda a melhorar o seu astral?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

11.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

12. Você tem recebido apoio de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

12.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

- **Com base nos tipos de apoio mencionados nas perguntas 7 a 12, marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.**

- () esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)
- () pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? _____
- () pessoa(s) da família que não mora(m) comigo. Quem? _____
- () amigos
- () chefe ou colegas de trabalho
- () vizinhos
- () profissionais de saúde
- () outra pessoa. Quem? _____

- Você tem recebido algum outro tipo de apoio de pessoas?

- Você gostaria de fazer algum comentário ?

Muito obrigada pela sua participação!

ANEXO I

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PELOS USUÁRIOS

Neste anexo foi considerado relevante incluir a avaliação do *Eurovihta Project* segundo os usuários. Na última sessão de grupo (16º encontro) foi preenchido pelos pacientes um protocolo em que constava a seguinte pergunta: quais das minhas expectativas foram cumpridas pelo grupo? A seguir serão transcritas algumas das respostas dos participantes:

“Aprendemos a viver sem preconceito da doença. Aqui temos amigos e conseguimos superar as barreiras lá fora” (JS, 44 anos).

“Eu pude ver que viver com AIDS não é tão terrível como eu imaginava e que quem quiser aceitar ou não aceitar o fato de eu viver com AIDS não é problema meu; Aprendi que se vive mesmo tendo AIDS” (MM, 36 anos).

“Me senti mais segura; Sim a poder falar e desabafar sem preconceito; Depois que fiquei sabendo da minha infecção, fiquei muito desmotivada, com a adesão ao grupo aprendi que posso viver normalmente; Aprendi a viver com a doença; Aprendi a viver com a doença sem medo; Trocar idéias, aliviar o estresse. Melhorar meu humor e aturar mais a família e seus preconceitos; Adquirir mais conhecimento e trocar idéias, relaxar, achar parceria” (MO, 49 anos).

“Sim a poder falar e desabafar sem preconceitos” (CO, 28 anos).

“Depois que fiquei sabendo da minha infecção, fica-se muito desmotivada. Com a adesão aprendi que posso viver normalmente. Compreender a viver com mais cautela” (LM, 38 anos).

“Para mim as reuniões de grupo foram muito boas, aprendi a viver a doença sem medo” (LR, 31 anos).

“Trocar idéias, aliviar o estresse, melhorar meu humor e aturar mais a família e seus preconceitos. Relaxamento, técnicas de enfrentar problemas, estresse e crises, entender

preconceito e combatê-lo, pensamentos negativos e positivos, conversar com as pessoas e troca de experiências, entender mais a situação, espairecer a cabeça” (AS, 27 anos)

“Eu vi alguns amigos meus realizarem seus objetivos e eu também, com a ajuda do grupo. Reunião de pessoas que puderam me ajudar a adquirir mais conhecimentos e trocar idéias. Relaxar e achar parceria” (PR, 30 anos).

“Me conhecer melhor e recuperar minha auto-estima” (RV, 31 anos).

“Compreensão e poder contar com alguém sem ter que me esconder atrás das sombras” (FR, 20 anos).

A partir das afirmações das pessoas foi possível verificar a relevância dada por eles à questão do preconceito e do apoio social. O acesso à informação e a troca de experiências é ressaltada. O humor é mencionado corroborando os resultados estatísticos desta investigação. O resgate dos direitos humanos de portadores de HIV/AIDS parece ser uma conquista destas pessoas. Este espaço foi considerado uma forma de agradecer aos participantes e de preservar a sua opinião na avaliação do programa de intervenção, o qual ativamente estiveram engajados por dezesseis semanas.