

Efeitos da terapia cognitivo-comportamental em pessoas vivendo com HIV/aids

A study of effectiveness: cognitive behavioral therapy for people living with HIV/AIDS

Circe Salcides Petersen*; **Silvia Helena Koller****; **Doris Vasconcellos*****; **Marco A. P. Teixeira******

* Doutora em psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

** Professora do PPG em psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*** Professora da Universidade de Paris V

**** Professor do PPG em psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

[Endereço para correspondência](#)

RESUMO

Este estudo investigou os efeitos de terapia cognitivo-comportamental em grupo (Eurovihta Project), para promover qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). Os participantes foram 89 pessoas organizadas em dois grupos: com e sem tratamento psicológico. No final do procedimento, havia trinta pessoas na amostra final. As variáveis qualidade de vida, depressão, estresse, apoio social, CD4 e carga viral foram mensuradas antes e depois da intervenção. Os resultados mostraram redução na depressão e aumento no apoio social instrumental no grupo que participou da intervenção. As variáveis CD4 e carga viral não mostraram nenhuma relação com o tratamento psicológico preconizado neste estudo. Implicações destes resultados para serviços de atenção a pacientes com HIV/aids são apresentadas.

Palavras-chave: Aids, Qualidade de vida, Terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

This study investigated the effects of a Cognitive Behavioral group therapy (Eurovihta Project) applied with people living with HIV/AIDS. The sample was composed by 89 people

REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2008, Volume 4, Número 2

living with AIDS in two groups: treated and non-treated. In the end of treatment the sample was composed by 30 patients only. The variables quality of life, depression, stress, social support, CD 4 and viral load were measured before and after intervention. The results showed a decrease in the depression scores and an increase of instrumental social support in the treated group. The variables CD4 and viral load did not show any relation with the psychological treatment. Implications of these results for HIV/AIDS outpatient services are presented.

Keywords: Aids, Quality of life, Cognitive behavioral therapy.

Introdução

O objetivo deste estudo foi investigar os efeitos de uma intervenção terapêutica cognitivo-comportamental em grupo (programa denominado *Eurovihta*) sobre os seguintes indicadores de saúde psicológica e biológica de pacientes vivendo com HIV/aids: qualidade de vida, depressão, estresse, rede de apoio social e medidas biológicas referentes aos níveis de linfócitos T CD4 e da carga viral plasmática. O desafio imposto pelo advento da terapia anti-retroviral é manter a melhor qualidade de vida possível, ainda que a aids, como doença crônica, produza impactos em diferentes dimensões. Além da qualidade de vida, como constructo mais amplo de saúde global das pessoas, estresse, depressão, ansiedade, rede de apoio social, estratégias de enfrentamento (*coping*) e personalidade têm sido relacionados a esta condição (Chesney, Chambers, Taylor, Johnson & Folkman, 2003; Elliott, Russo & Roy-Byrne, 2002; Rotheram-Borus & cols., 2001).

A partir de 1996, com tratamentos mais eficazes para a infecção pelo vírus HIV, houve aumento da sobrevivência e decréscimo nas comorbidades para aids. O objetivo principal do tratamento passou a ser manter baixo o nível do vírus HIV. Nesse sentido, a melhoria da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids está diretamente relacionada à adesão à terapia anti-retroviral. No entanto, não se pode descartar a influência de comorbidades psiquiátricas, como a depressão (Elliott & cols., 2002).

A promoção da qualidade de vida pode exercer um papel crucial na adesão ao tratamento, influenciando comportamentos positivos aos cuidados de saúde e, também, reduzindo ou eliminando comportamentos de risco. A mensuração da qualidade de vida aumentou, juntamente com o advento da terapia anti-retroviral, e passou a ser um dos focos analisados em situações clínicas. Nesse contexto, identificar estratégias que maximizem a qualidade de vida é fundamental, pois estas implementam a adesão ao tratamento e prolongam o tempo de vida. Assim, são necessárias pesquisas sobre intervenções psicológicas e sociais que busquem promover o bem-estar dos pacientes com aids (Wu, 2000).

O *Eurovihta* é um programa de intervenção para pessoas vivendo com HIV/aids que agrega técnicas cognitivas, comportamentais e da abordagem gestáltica, com o objetivo de auxiliar os pacientes a enfrentarem de um modo mais efetivo as questões relacionadas à doença. A intervenção baseada no *Eurovihta Project* é composta de diferentes atividades que pretendem facilitar a discussão de problemas que afetam as pessoas que dele participam. Já foi aplicado e avaliado na Comunidade Européia, no final dos anos 90, e demonstrou

efetividade no incremento da saúde física e psíquica e no apoio às pessoas infectadas *scoping*, demonstrando melhor adaptação (Bock, Escobar-Pinzon, Riemer, Blanch & Hautzinger, 2003). Este Programa, como outras intervenções psicológicas aplicadas a pessoas portadoras de doenças crônicas, tende a ter efeitos positivos, uma vez que envolve influências psicológicas e sociais. Essas doenças podem ser acompanhadas por limitações físicas ou ainda de redução na expectativa de vida das pessoas. A longo prazo, as pessoas HIV positivas efetivamente precisam adaptar suas rotinas, a fim de melhorar a sua qualidade de vida.

O *Eurovihta* 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. Foi aplicado pela primeira vez no Brasil por Petersen (2007), com o consentimento do coordenador (Hautzinger & cols., 1999). O *Eurovihta Project* foi originalmente proposto em língua alemã por Bock e cols. (2003), tendo sido compilados manuais do programa com versões em português, espanhol, inglês, alemão e italiano (Pizon, Bock, Riemer & Hautzinger, 1999).

A depressão, por outro lado, pode ser outro fator de risco, uma vez que exacerba o sofrimento, sendo um transtorno comum na população em geral e em mais de 50% de portadores de doenças crônicas (Raison, Purselle, Capuron & Miller, 2006). A depressão aumenta a morbidade e mortalidade em doenças físicas, mas há fatores de proteção, tais como o apoio social, que compensam ou mediam estes fatos. O apoio social pode ser instrumental e/ou emocional. Apoio instrumental refere-se à disponibilidade no manejo/resolução operacional do tratamento/cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ou financeira. Apoio emocional consiste em comportamentos como escuta, atenção e/ou companhia, que contribuem para que a pessoa se sinta cuidada e/ou estimada. Alguns estudos incluem ainda a categoria apoio de informação, que corresponde aos conselhos e informações recebidos que auxiliem o indivíduo a avaliar e a lidar com situações difíceis e estressantes (Seidl, 2005; Seidl & Troccoli, 2006).

Portanto, este estudo visou a investigar os efeitos da terapia cognitivo-comportamental grupal sobre a saúde psicológica e biológica de pacientes vivendo com HIV/aids. Para tal, levaram-se em conta as dimensões: qualidade de vida, depressão, estresse, rede de apoio social e medidas biológicas referentes aos níveis de linfócitos T CD4 e da carga viral plasmática.

Método

Delineamento: Estudo clínico não-randomizado intragrupo e intergrupo ao longo de 16 semanas, constituído por dois grupos de portadores do vírus HIV/aids, usuários de terapia anti-retroviral. O uso deste delineamento visou a compensar as desvantagens do delineamento de séries temporais intragrupos, que não tem grupo controle (Grady, Cummings & Hulley, 2003). Aumentaram-se as possibilidades de que os efeitos não fossem devido à aprendizagem do pré-teste ou, ainda, de regressão à média, ou seja, a tendência para que indivíduos com escores extremos numa primeira avaliação apresentassem escores mais próximos da média em uma segunda, mesmo sem qualquer intervenção.

Participantes: Iniciaram a avaliação um total de 89 pessoas vivendo com HIV/aids (30♂, 59♀) em terapia anti-retroviral no serviço de DST/aids de Viamão/RS, selecionadas por conveniência, com idade média de 35 anos e nove meses, dp de 9,54 (idade mínima: 18 e máxima: 62). G1 iniciou com 28 pessoas e finalizou com 12. G2 foi constituído por pacientes usuários do mesmo serviço, iniciou com 61 pessoas e finalizou com 19. O critério único de inclusão foi o desejo de participar da intervenção, independente da forma de contaminação ou orientação sexual. Os critérios de exclusão foram uso atual de drogas injetáveis, portadores de dano cognitivo decorrente de quadros demenciais/retardo mental informado pela equipe médica (alguns tiveram declínio cognitivo em função da doença). Foram excluídas mulheres que já passaram da menopausa, devido à maior vulnerabilidade imunológica (Petersen, 2007).

Intervenção: G1 seguiu a proposta do programa *Eurovihta Project* com o objetivo de auxiliar os pacientes a enfrentarem mais efetivamente a doença. Diferentes atividades buscaram facilitar a discussão de problemas que afetavam as pessoas. Essa terapia consistiu em encontros de grupo que duravam cerca de duas horas cada, e eram iniciadas por um exercício de relaxamento (20 a 30 min) e finalizadas com um tempo livre de 45 minutos em cada encontro. A Tabela 1 apresenta uma síntese da metodologia de intervenção. Dois módulos (1 e 2) foram aplicados horizontalmente e consistiram em métodos de relaxamento, dinâmicas de grupo e apoio social.

Tabela 1 - Resumo dos Conteúdos do Projeto *Eurovihta Project*

Módulos	Número de Encontro	Número de Encontro
1	Exercícios de relaxamento: relaxamento progressivo dos músculos e exercícios de visualização.	15
2	Exercícios de dinâmica de grupo: exercícios corporais para promover a confiança, controle da inibição, desenvolvimento da franqueza.	4
3	Exercícios de terapia de comportamento de ativação, estruturação do dia, construção de atividades prazerosas, exploração de sintomas.	7
4	Métodos cognitivos para reconhecer a interdependência entre cognição, comportamento e emoção, reconhecer padrões de pensamento negativos, corrigir convicções disfuncionais.	6
5	Exercitar recursos e competências: tratamento de situações interacionais sociais e assertivas comuns. Aprendizado de modos de comportamento, treino de competências e habilidades de comunicação.	5
6	Temas específicos e tratamento de crises: Abordagens atuais e temas como a morte, preparação para o final da terapia e transferência.	3 a 4

Tabela 2 - Médias (desvios-padrão) para a Variável Qualidade de Vida e seus Domínios

Variáveis	Grupo / Tempo			
	G1:		G2:	
	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).

Instrumentos

Questionário Bio-Sócio-Demográfico: levantar dados descritivos sobre 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, 2001).

World Health Organization's Quality of Life Instrument - WHOQOL-HIV bref: desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da OMS para mensurar a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV. O WHOQOL-bref 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 (WHOQOL-HIV Bref, 2002; THE WHOQOL HIV GROUP, 2003).

Inventário de Depressão de Beck (BDI): originariamente publicado por Beck, Rush, Shaw e Emery e adaptado para o Brasil por Cunha (2001). Nesta amostra, o BDI apresentou alpha de Cronbach = 0,935, demonstrando consistência interna satisfatória.

Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL (Lipp, 2000): identifica sintomas de stress somáticos e psíquicos. Lipp (2000) propõe uma avaliação 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). A análise de confiabilidade da escala original

obteve o coeficiente alpha de 0,9121, o que significa uma alta confiabilidade do instrumento para medir nível de estresse. Nesta amostra, apresentou o coeficiente de alpha de Cronbach = 0,927, demonstrando boa consistência interna.

Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/Aids: elaborada com base em itens de uma escala canadense (Renwick, Halpen, Rudman & Friedland, citado por Seidl, 2001) para avaliação do apoio social – emocional e instrumental – em pessoas soropositivas. Parte da concepção do apoio social como protetivo, pois ameniza as conseqüências negativas de eventos estressantes sobre o bem-estar físico e psicológico. Foi adaptada para uso no Brasil por Seidl (2001), com alpha de 0,92 para apoio social emocional (fator 1) e 0,85 para apoio social instrumental (fator 2). Neste estudo, a escala apresentou alpha de Cronbach no fator 1 de 0,926 e no fator 2 de 0,897, demonstrando consistência interna.

Contagem de células T CD4: vem sendo usada como uma variável preditiva do prognóstico da doença causada pelo HIV e, também, como indicador da magnitude do risco para a ocorrência das principais infecções oportunistas, pois quanto maior o número de células CD4, melhor o prognóstico do paciente.

Quantificação do RNA Viral (carga viral plasmática): detectada na forma de RNA do HIV, representa a quantidade de cópias virais 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, sendo que indivíduos em situação mais grave apresentam maior carga viral.

Procedimentos para coleta de dados: Após aprovação pela Comissão de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS, foi executado no Serviço de Atenção a DST/aids da cidade de Viamão, no estado do Rio Grande do Sul. O primeiro grupo (G1) foi submetido à intervenção grupal (intervenção terapêutica cognitivo-comportamental – programa *Eurovihta*) e contrastado com o grupo que não recebeu tratamento psicológico (G2). O pré-teste foi realizado antes da intervenção (T1) e o pós-teste após 16 semanas de tratamento (T2). G1 aceitou participar da intervenção. G2 aceitou fazer parte da pesquisa, porém não aceitou o tratamento, tendo sido exposto no período de 16 semanas a grupo aberto, com vídeos educativos, no posto de saúde. G1 e G2 foram retestados em T2. A avaliação psicológica em T1 e T2 foi realizada no mesmo dia, ou imediatamente depois da coleta de sangue para mensuração de carga viral e CD4. Os grupos foram compostos por seis a dez pessoas. Os aplicadores dos instrumentos de avaliação psicológica foram profissionais ou estudantes treinados. Os terapeutas que aplicaram a intervenção ou o acompanhamento ao G2 não coletaram dados de G1. Desta maneira, buscou-se minimizar os riscos de preenchimento dos protocolos, sob o efeito do vínculo de trabalho com os terapeutas.

Resultados

Os possíveis efeitos do tratamento *Eurovihta Project* para promoção de qualidade de vida em pacientes vivendo com HIV/aids seguiram um delineamento tipo 2 x 2, sendo um fator intergrupos (G1: grupo tratado e G2: grupo não tratado) e um fator intragrupos (momento da avaliação - tempo: T1: antes e T2: depois). As variáveis dependentes: qualidade de vida, depressão, apoio social, carga viral, estresse e contagem de células T CD4 e Carga Viral-RNA foram analisadas com medidas repetidas, ao nível de significância de 5%.

Qualidade de vida: A Tabela 2 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, nos dois momentos de avaliação. A Tabela 3 apresenta os resultados das análises de variância para a variável qualidade de vida e seus diferentes domínios.

Tabela 3 - Resultados das Análises de Variância para Qualidade de Vida

Domínio	Fonte da variação	F	df	p
Qualidade de vida total	Grupo	1,97	1,26	0,17
	Tempo	0,40	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	0,10	1,26	0,76
	Tempo	1,24	1,26	0,28
	Grupo x Tempo	1,82	1,26	0,19
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	0,08	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	0,10
	Tempo	0,02	1,25	0,88
	Grupo x Tempo	1,82	1,25	0,19

No caso da variável qualidade de vida total, a ANOVA não indicou efeitos significativos principais dos fatores grupo e tempo, nem interação entre esses fatores ($p > 0,05$). No entanto, as análises 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 inferiores em T1 e em T2 nos domínios físicos e nível de independência, comparadas às do G2 – não tratado (ver médias na Tabela 2). Os demais domínios não exibiram diferenças significativas relacionadas aos fatores grupo ou tempo (ou sua interação). A Tabela 4 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. A Tabela 5 apresenta os resultados de análise de variância para as variáveis apoio social emocional e instrumental, estresse, depressão, CD4 e carga viral.

Tabela 4 - Médias (desvios-padrão) para as Variáveis: Apoio Social Emocional e Instrumental, Estresse, Depressão, CD4 e Carga Viral

Variáveis	Grupo/Tempo			
	G1:		G2:	
	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	24,17 (16,51)	10,11 (5,81)	18,75 (13,55)	16,34 (13,82)
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).

Tabela 5 - Resultados das Análises 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

As ANOVAs mostraram efeitos significativos para as variáveis apoio social instrumental, estresse, depressão e carga viral. A ausência de efeitos significativos no apoio social emocional e CD4 revela que 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. Análises complementares (testes *t*) mostraram que, em T1, o grupo G2 teve escores mais altos que G1, enquanto em T2 essa diferença não foi significativa. Além disso, o grupo tratado (G1) apresentou nítido aumento nos escores de apoio social instrumental, enquanto o grupo não tratado (G2) mostrou uma redução (diferença estatisticamente significativa). Para estresse houve um efeito principal significativo para o fator grupo, tendo-se verificado escores mais altos em G1 do que em G2

nos dois tempos. Em ambos os grupos, contudo, observou-se um padrão de redução do estresse do tempo T1 para o tempo T2, ainda que não significativo.

No caso da variável depressão, a análise de variância indicou efeito significativo para a variável tempo e para a interação dos fatores grupo e tempo, o que ensejou a realização de análises complementares (testes *t*). Não houve diferença significativa nos escores de depressão entre os grupos G1 e G2, nem antes nem depois da intervenção. Na comparação dos momentos T1 e T2, contudo, observou-se uma redução significativa nos escores para o G1, mas não para o G2. Ou seja, o G1 apresentou uma nítida redução nos escores de depressão, enquanto os escores do G2 não tiveram alteração significativa ao longo do tempo. Por fim, a análise da variável carga viral mostrou um efeito principal significativo para o fator tempo. Conforme se verifica na Tabela 3, houve uma redução da carga viral de T1 para T2, em ambos os grupos, embora ela tenha sido mais nítida no G1.

Em relação aos indicadores biológicos (CD4 e carga viral), não foram observadas mudanças que pudessem ser relacionadas ao tratamento cognitivo-comportamental. Apenas verificou-se uma redução na carga viral de T1 para T2, em ambos os grupos, o que provavelmente foi um efeito das medicações. Portanto, não parece que a intervenção teve algum impacto sobre estas variáveis.

Discussão

O advento da terapia anti-retroviral modificou o significado da aids, que deixou de ser vista como uma sentença de morte e passou a ser considerada como uma doença crônica. O aumento da longevidade conduziu à necessidade de investigações que versem sobre a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids. Este estudo abordou a qualidade de vida e variáveis como estresse, depressão, apoio social, CD4 e carga viral, no contexto de uma intervenção cognitivo-comportamental que tem se mostrado essencial para a melhoria de saúde desta população (Jia & cols., 2004; Petrushkin, Boardman & Ovuga, 2005; Weiser & cols., 2006). Modelos de intervenção, validados empiricamente para a psicologia aplicada à saúde, têm sido indicados para promover melhores condições de vida para pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA).

Em estudo anterior (Bock & cols., 2003) foram identificados possíveis efeitos positivos da intervenção cognitivo-comportamental (programa *Eurovitha*) com pacientes portadores de HIV/aids. No presente estudo, os resultados das análises relacionadas à avaliação da qualidade de vida sugerem que o tratamento implementado produziu efeitos modestos no sentido de melhorar a qualidade de vida global dos participantes. As duas diferenças significativas observadas foram nos domínios da qualidade de vida física e nível de independência, indicando menor qualidade de vida em G1, tanto antes quanto depois da intervenção. Contudo, em quatro dos seis domínios, além da qualidade de vida total, os escores em G1 aumentaram de T1 para T2. Para G2, isso ocorreu em apenas um domínio. Esta tendência sugere que o grupo que buscou tratamento pode ter se beneficiado de alguma forma da intervenção, mas não a ponto de refletir-se significativamente na avaliação de sua qualidade de vida. Talvez os participantes que se prontificaram a participar da intervenção estivessem almejando e necessitando de algum tipo de ajuda e tenham criado expectativas positivas quanto à terapia. Assim, o tratamento pode ter provocado uma pequena mudança para melhor na percepção de qualidade de vida destes pacientes.

Contudo, não há evidências consistentes nesse sentido, e assim não se pode afirmar que a intervenção foi efetiva para G1 no que diz respeito à qualidade de vida.

Embora pouco otimista, este resultado pode ser entendido através da análise das condições contextuais desfavoráveis nas quais viviam os participantes. A amostra estudada vem de uma população que sofre, além dos agravos das doenças, as vicissitudes do mal-estar social, bem como da ausência de um sistema de seguridade social eficaz. Enquanto o acesso à terapia anti-retroviral (ART) no Brasil tem crescido, provocando o declínio da mortalidade (Malta, Petersen, Clair, Freitas & Bastos, 2005), estes mesmos pacientes que têm acesso a exames especializados e a drogas caras são privados, em muitos dos casos, de suprimento alimentar contínuo durante todo o mês. Mesmo aqueles com benefício de seguridade social recebem valor insuficiente para manutenção de necessidades básicas. Provavelmente esta variável não controlada resultou na falta de impacto da intervenção preconizado no programa *Eurovihta*, no constructo amplo e complexo de qualidade de vida.

Em relação ao apoio social, observou-se um efeito significativo para o apoio social instrumental, mas não para o apoio social emocional. G1 e G2 não apresentaram aumento na percepção de rede de apoio emocional. Por outro lado, houve elevação do apoio social instrumental para G1 e redução para G2. Tal resultado sugere que a intervenção foi benéfica para o grupo tratado, no que tange à frequência e satisfação com o apoio social instrumental.

A intervenção aplicada neste estudo teve módulos informativos e encontros (semanais) e, portanto, deve ter criado condições para que os pacientes tirassem suas dúvidas quanto aos cuidados com sua saúde, sentindo-se apoiados instrumentalmente. Este resultado corrobora idéias de Remor (2002), que salientou que apoio social adequado é capaz de atenuar o impacto negativo da situação de viver com HIV/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 fator de proteção significativo contra os efeitos psicopatológicos inerentes dos aspectos traumáticos de viver com HIV/aids. Um estudo longitudinal constatou a importância das relações de apoio para reforçar a auto-estima 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. Ressalta, ainda, que a observação (adesão) às prescrições não é uma condição estável, mas 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, maior espiritualidade, assim como à auto-eficácia e à adesão ao tratamento (Heckman, 2003; Simoni, Frinck & Huang, 2006; Vasconcellos, 2000). Destacam-se, ainda, estudos demonstrando estreita relação entre os fenômenos psicológicos e o curso e a evolução da aids (Cruess & cols., 2000; Hautzinger & cols., 1999; Ickovics & cols., 2001; Liketsos & cols., 1996).

Em relação ao estresse, não foram observados efeitos que pudessem ser relacionados ao tratamento. G1 apresentou maiores níveis de estresse nos dois momentos da avaliação. Este resultado indica que aqueles que voluntariamente quiseram tomar parte do grupo tratado já apresentavam, antes da intervenção, uma situação psicológica de maior

sofrimento, e tal diferença entre os grupos não desapareceu após o tratamento, embora tenha havido uma pequena redução não significativa nessa diferença. Contudo não foi possível determinar fatores não controlados que influenciaram no decréscimo do estresse tanto em G1 quanto em G2.

Quanto à depressão, a intervenção parece ter sido benéfica, pois houve uma diminuição no nível de depressão para G1, enquanto isso não ocorreu para G2. É possível que as atividades relacionadas ao reconhecimento de padrões de pensamento negativos e à correção de pensamentos disfuncionais, além das outras técnicas empregadas, tenham provocado esse efeito de redução da depressão. Estes resultados estão em conformidade com os de outros estudos que apresentaram resultados semelhantes, nos quais a TCC mostrou-se efetiva no tratamento da depressão em pessoas vivendo com HIV/aids (Blanch & cols., 2002; Chesney & cols., 2003; Rotheram-Borus & cols., 2001; Schneiderman, 1999).

O modelo *Eurovihta*, empregado neste estudo, foi desenvolvido e avaliado em 16 semanas, com resultados modestos. Sugere-se a realização de novos estudos com o objetivo de verificar se a redução do número de sessões terapêuticas no modelo *Eurovihta*, baixando o custo do tratamento, e adaptando-o à realidade brasileira, poderia ser realizada guardando resultados semelhantes aos encontrados em 16 sessões. Da mesma forma, a permanência dos possíveis efeitos precisa ainda ser investigada ao longo do tempo, em estudos de *follow up*. O *Eurovihta* pode, no entanto, servir como um modelo de intervenção padronizado e economicamente viável para ser aplicado em saúde coletiva, já que a comorbidade aids e depressão tem sido identificada e pode ser amenizada com a intervenção (Brondolo, Cassels, Tobin, Schneiderman & Weiss, 2005; Blanch & cols., 2002; Ickovics & cols., 2001; Mello & Malbergier, 2006; Petersen, 2007).

Considerações finais

O presente estudo foi consistente a achados prévios, ao apontar resultados alentadores quanto à possível efetividade de um modelo de terapia cognitivo-comportamental em grupo (*Eurovihta*) para tratar depressão em pessoas vivendo com aids. As estratégias cognitivas e comportamentais têm se mostrado eficazes para manejo de estresse, melhora do estado psicológico e para promover qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/aids (Blanch & cols., 2002; Kelly & Kalichman, 2002; Bock & cols., 2003; Brondolo & cols., 2005; Chesney & cols., 2003; Lechner & cols., 2003).

Novos estudos podem ser conduzidos em populações brasileiras vivendo com HIV/aids, investigando as relações das variáveis psicológicas e contextuais com a dimensão biológica, ampliando as possibilidades de medidas usadas neste estudo. A amostra também não foi controlada quanto ao uso de outros medicamentos pelos pacientes. Esta limitação deve ser considerada e pode ter sido confundidora nos resultados, uma vez que os participantes faziam uso de diferentes medicamentos para o tratamento da aids (o chamado coquetel), que variavam de acordo com o tempo de doença e falhas de tratamentos anteriores. Outra limitação diz respeito à ausência de randomização da amostra, pois, considerando que os participantes em um estudo como esse são voluntários, torna-se difícil compor um grupo controle equivalente ao grupo que se submete à intervenção. A baixa escolaridade também representou uma dificuldade a mais para a aplicação de determinados instrumentos e técnicas cognitivas e comportamentais.

Referências Bibliográficas

- 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.
- Brondolo, E.; Cassels, A.; Tobin, J.; Schneiderman, N. & Weiss, S. (2005). Decreased depression up to one year following in depressed whomen wih AIDS: the smart/EST whomen's project. *Journal of Health Psychology*, 10(2) 223-231.
- Chesney, M.; Chambers, D.; Taylor, J.; Johnson, L. & Folkman, S. (2003). Coping Effectiveness Training for men living with HIV: results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. *Psychosomatic Medicine*, 65, 1038-1046.
- Cole, S. & Kemeny, M. (2001). Psychosocial influences on the progression of HIV infection. Em: R. Ader; D. Felten & N. Cohen (Orgs.). *Psychoneuroimmunology*, vol. 1, 3ª ed., pp. 583-612. San Diego: Academic Press.
- 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.
- 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.
- Grady, D.; Cummings, S. & Hulley, S. (2003). *Delineando pesquisa clínica* (2ª ed.) Porto Alegre: ArtMed.
- 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). *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.

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.

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.

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.

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.

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.

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. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. (2ª ed. rev.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

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.

Mello, V. & Malbergier, A. (2006) Depression in women infected with HIV. *Rev Bras Psiquiatria, 28*(1), 10-17.

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

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

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

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.

REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2008, Volume 4, Número 2

- Raison, C.; Purselle, D.; Capuron, L. & Miller, A. (2006). *Biologia da depressão*. Porto Alegre, ArtMed.
- Remor, E. (2002). Psiconeuroimunologia e infecção por HIV: realidade ou ficção? *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(1), 113-119.
- 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.
- Schneiderman, N. (1999). Behavioral medicine and the management of HIV/AIDS. *International Journal of Behavioral Medicine*, 6(1), 3-12.
- 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. & Tróccoli, B. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em pessoas vivendo com HIV/aids. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.
- 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.
- Vasconcellos, D. (2000). SIDA: l'observance du traitement par la trithérapie: conditions psychologiques. *L'Informatione Psychiatrique*, 1, 55-63.
- Vasconcellos, D. (2005). HIV AIDS – Especificidades psicológicas e manejo da relação da relação terapêutica. Em: Cataldo Neto, A; Gauer, G. & Furtado, N. (Orgs.). *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.
- 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.
- WHOQOL-HIV Bref (2002). Instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (2002). Acessado: 24/09/03. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-hiv.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.

 [Endereço para correspondência](#)

Endereço do autor principal: Circe Salcides Petersen.
CEP-RUA/Psicologia/UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2600, 90035-003, Porto Alegre.
E-mail: cep_ua@ufrgs.br.

Recebido em: 16/08/2008

Aceito em: 05/12/2008

"Este artigo é originário da tese de doutoramento da primeira autora sob orientação da segunda autora, em co-orientação da terceira autora."