

Gabriela Santos Stilita Cardoso <sup>1</sup>

## Manejo de estresse para pacientes com HIV/AIDS por meio da TCC

### *Stress Management for HIV/AIDS patients through CBT*

#### RESUMO

O presente trabalho discute a importância do manejo do estresse em pacientes com HIV/AIDS. Por meio de uma revisão bibliográfica, é realizado um apanhado histórico acerca da epidemia de AIDS e sua relação com o estigma social enfrentado pelos portadores do vírus. Em seguida, estabelece-se que o estigma social é um importante fator de estresse, e se discute de que formas o estresse influencia negativamente no tratamento e no prognóstico do paciente imunodeprimido. São propostas algumas intervenções utilizadas pela terapia cognitivo-comportamental (TCC) para o manejo de estresse, facilmente utilizáveis nos serviços de saúde. São apresentadas as seguintes intervenções: reestruturação cognitiva, respiração diafragmática, *mindfulness*, *biofeedback* e relaxamento muscular progressivo.

**Palavras-chave:** HIV, manejo de estresse, terapia cognitivo-comportamental.

#### ABSTRACT

This paper discusses the importance of stress management in patients with HIV/AIDS. Through a literature review, a historic overview is done about AIDS epidemic and its relationship with the social stigma faced by carriers of the virus. Next, it is established that the social stigma is an important stress factor, and it is shown how stress influences negatively the treatment and prognosis of immunodepressed patients. Some interventions of Cognitive Behavioural Therapy for stress management are proposed, which are easily implemented on health care services. The interventions presented are the following: cognitive restructuring, diaphragmatic breathing, *mindfulness*, *biofeedback* and progressive muscular relaxation.

**Keywords:** cognitive behaviour therapy, HIV, stress management.

<sup>1</sup> Especialista - (Psicóloga na Fundação Açoriana para o Controle da AIDS) - Florianópolis - SC - Brasil.

Fundação Açoriana para o Controle da AIDS  
Instituto Catarinense de Terapia Cognitiva.

#### Correspondência:

Gabriela Santos Stilita Cardoso.  
Rua Trajano, 168, 4º andar, Centro,  
Florianópolis. Florianópolis - SC, Brasil.  
CEP: 88010-010.  
E-mail: gabystilita@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 31 de maio de 2014. cod. 255.  
Artigo aceito em 02 de dezembro de 2015.

DOI: 10.5935/1808-5687.20130005

O vírus da imunodeficiência adquirida (HIV, do inglês, *human immunodeficiency virus*) representa um grave problema de saúde pública mundial. Pelo fato de o vírus atacar diretamente o sistema imunológico de seus portadores, os indivíduos infectados pelo HIV apresentam grande vulnerabilidade à contaminação pelos mais diversos tipos de agentes etiológicos, o que causa as chamadas doenças oportunistas. Até pouco tempo, a contaminação pelo HIV era sinônimo de morte iminente. Felizmente, com o surgimento e a implementação da medicação antirretroviral e com o avanço dos tratamentos, o quadro atual é bastante diferente, sendo possível conviver com o vírus de forma saudável, com uma boa qualidade de vida e uma expectativa de vida praticamente igual à de um não portador do vírus. No entanto, o tratamento é complexo, apresentando os mais diversos efeitos colaterais e demandando grande empenho e atenção tanto dos profissionais de saúde como do paciente.

O presente trabalho tem por objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre o manejo do estresse por meio da terapia cognitivo-comportamental (TCC) em pacientes com HIV/AIDS (acquired immunodeficiency syndrome). Esse objetivo se justifica pela importância do controle do estresse em pacientes já imunocomprometidos, uma vez que o estresse é um conhecido causador de danos ao sistema imunológico. Dessa forma, pacientes com HIV/AIDS que apresentem dificuldades em controlar o estresse podem acelerar mais ainda a progressão da doença, piorando a situação de um sistema imunológico já seriamente debilitado pelo ataque do HIV, além de estarem em risco maior para o desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas.

A revisão da literatura utilizou as bases de dados *Scielo* e *Pubmed*, excertos e capítulos de livros, além de livros na íntegra. *Sites* governamentais e de organizações não governamentais também foram fonte de coleta de informações, especialmente acerca do histórico da epidemia.

Ao resgatar o histórico da epidemia de HIV/AIDS, buscamos compreender não apenas as implicações médicas causadas pelo vírus, mas também suas implicações sociais. Como veremos, o preconceito e o estigma social relacionados à doença provocam prejuízos emocional, social e biológico intensos ao portador do vírus. O estresse causado pelo isolamento social, pelo gerenciamento de um tratamento prolongado e pelas mudanças nos planos de vida, entre outros fatores, afeta o prognóstico do paciente e, portanto, precisa ser considerado em seus pormenores.

Em seguida, estudaremos o estresse e as suas implicações no sistema imunológico dos pacientes com HIV/AIDS. Por fim, daremos destaque às intervenções cognitivo-comportamentais para o controle e o manejo do estresse e explicaremos como essas intervenções se aplicam aos pacientes em questão.

## MÉTODOS

Foram utilizadas as bases de dados *Scielo* (em português) e *PubMed* (em inglês) para o levantamento de artigos

relacionados ao tema em questão. As palavras-chave utilizadas foram: HIV, AIDS, estresse, manejo do estresse e terapia cognitiva. Também foram utilizadas palavras-chave relacionadas às técnicas utilizadas para o manejo do estresse: *biofeedback*, relaxamento muscular progressivo, respiração diafragmática, reestruturação cognitiva e *mindfulness*.

Apesar de o Brasil contar com excelentes pesquisadores na área, somente um artigo brasileiro tratando especificamente do manejo do estresse em pacientes com HIV/AIDS e indexado por essas duas bases de dados foi encontrado, o que mostra uma importante lacuna na pesquisa acerca do tratamento de pacientes portadores desse vírus.

Além dessas duas bases de dados, foram utilizados livros-texto sobre as técnicas descritas.

## HISTÓRICO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS

O primeiro caso de infecção pelo vírus HIV de que se tem notícia data de 1959, sendo o de um homem habitante da República do Congo (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2013). Na época, sua morte não foi considerada suspeita, uma vez que ele apresentava uma alteração sanguínea hereditária, comum naquela região congoleza. Foi somente na década de 1990, quando a epidemia do vírus HIV já estava instalada e os cientistas investigavam a origem do vírus, que uma amostra de sangue desse paciente foi analisada, tendo sido descoberta a presença do vírus (Cichocki, 2009).

Foi nos Estados Unidos, em 1981, que a doença passou a ser sistematicamente pesquisada, devido ao aparecimento de doenças raras como o sarcoma de Kaposi e a pneumonia causada pela bactéria *Pneumocystis carinii* em pacientes masculinos homossexuais, cujo sistema imunológico encontrava-se extremamente debilitado apesar da inexistência de doenças imunossupressoras prévias. Em 1982, a partir de uma extensa e detalhada investigação, os pesquisadores conseguiram chegar a Gaetan Dugas, hoje conhecido como “paciente zero”. Dugas, um comissário de bordo em viagens internacionais, nunca aceitou a ideia de que fosse o portador original e o responsável pela disseminação do vírus na América do Norte. No entanto, colaborou com as investigações, fornecendo todos os nomes e os números de telefones dos parceiros dos quais pudesse lembrar. A partir da lista de contatos fornecidos por Dugas, os epidemiologistas do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) descobriram que 40 dos primeiros pacientes homossexuais masculinos diagnosticados com AIDS nos Estados Unidos haviam tido relações sexuais com Dugas (Straub, 2005).

A equipe do cientista francês e ganhador do Prêmio Nobel Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, de Paris, descobriu o vírus em 1984. Surge, então, a primeira prova clínica da doença e, em 1986, ocorre a identificação e o isolamento do tipo 2 do vírus HIV. Apesar de o tipo 2 ser encontrado em todo o mundo, sua prevalência é maior nos países africanos (CDC, 2013; Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS [GAPA], 2013; Brasil, 2013).

Já no ano de 1987, a zidovudina, mais conhecida como AZT, até então um medicamento em fase de estudos para o combate ao câncer, mostrou-se incrivelmente eficaz no combate ao HIV, dando início ao tratamento de uma doença que, até então, era fatal (Cichocki, 2009). Atualmente, existem 21 diferentes tipos de drogas utilizadas no controle da infecção pelo HIV. E, para que o tratamento seja o mais eficaz possível, é necessária a combinação de três tipos de medicamento, usados diariamente (Brasil, 2013).

Apesar dos nítidos avanços no esclarecimento da população no que se refere à prevenção e ao tratamento, acredita-se que existam atualmente cerca de 33 milhões de pessoas infectadas com o vírus no mundo inteiro. Dessas, cerca de 97% residem no continente africano, especialmente na região subsaariana (Aids.gov, 2013; Programa Conjunto das Nações Unidas [UNAIDS], 2012).

## A EPIDEMIA NO BRASIL

No Brasil, o primeiro caso documentado de contaminação pelo HIV ocorreu na cidade de São Paulo, em 1982. No início da década de 1990, o número já alcançava algo em torno de 10 mil contaminados (Levia & Vitoria, 2003). As estimativas de contaminação no território brasileiro eram assustadoras, culminando em uma rápida resposta dos governantes brasileiros e da sociedade civil, o que foi fundamental para que o número estimado de pacientes contaminados não se confirmasse (Brasil, 2013; Levia & Vitoria, 2003).

O grau de letalidade e a velocidade com a qual a doença se espalhava (Pontes, 2012) fizeram com que fosse criado, em 1984, dois anos após o início da epidemia no País, o primeiro programa de controle da AIDS no Brasil por meio da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Um ano depois, em 1985, é criado o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), considerado a primeira organização não governamental (ONG) na luta contra o HIV/AIDS da América Latina (Brasil, 2013; GAPA, 2013). Nesse mesmo ano, foi publicado o primeiro *guideline* para a criação do Programa Nacional de Combate à AIDS, consolidado no ano seguinte (Levia & Vitoria, 2003).

O governo brasileiro tem um papel de destaque no combate ao HIV/AIDS no País, realizando sucessivas campanhas de conscientização do uso de preservativos nas relações sexuais, bem como distribuindo de forma gratuita esses preservativos, especialmente durante festas populares. Uma das mais importantes ações do governo, no entanto, foi a quebra das patentes dos medicamentos antirretrovirais, possibilitando sua distribuição gratuita, por meio do SUS, para os pacientes infectados (Brasil, 1996; Fiocruz, 2013, Levia & Vitoria, 2003). Dados de junho de 2010 contabilizam 592.914 casos de indivíduos vivendo com o vírus (Brasil, 2011), sendo que, em dezembro de 2012, havia 313 mil pessoas recebendo regularmente o medicamento via SUS (Brasil, 2011; Brasil, 2013). Levando-se em consideração que até recentemente o

medicamento era administrado somente quando a contagem das células CD4 atingia menos de 350 células/mm<sup>3</sup>, podemos concluir que existem muitos pacientes contaminados com o vírus que não se encontram nas estatísticas oficiais referentes ao uso da medicação (Pontes, 2012).

É importante ressaltar que o sucesso das ações governamentais não seria possível sem o trabalho das mais diversas ONGs que se espalharam pelo País, responsáveis por ações de educação, prevenção e diminuição do estigma social relacionado ao HIV/AIDS (Levia & Vitoria, 2003). Apesar do excelente trabalho realizado pelas instituições em todas as instâncias, o estigma social que circunda o tema HIV/AIDS ainda é intenso, contribuindo para a falta de apoio social enfrentada por tais pacientes. Uma vez que o suporte social tem grande importância na adesão ao tratamento e na manutenção da qualidade de vida dos pacientes soropositivos (Carvalho, Merchán-Hamann, & Matsushita, 2007; Seidl, Zannon, & Tróccoli, 2005), compreender a origem e os fatores que sustentam o estigma enfrentado por tais pacientes se faz necessário.

## ESTIGMA SOCIAL

Durante parte da década de 1980, quando ainda não havia muito conhecimento acerca da infecção nem de como ocorria sua transmissão, a doença ficou conhecida como a “doença dos cinco Hs”, representando os grupos mais diagnosticados nos Estados Unidos: homossexuais, hemofílicos, *hookers* (prostitutas), heroinômanos (usuários de heroína injetável) e haitianos (Brasil, 2013). Tal denominação, juntamente com a adoção do termo “grupo de risco”, contribuiu muito para o desenvolvimento de uma forte crença de que o vírus só atingia essa população. Para piorar o estigma social, a alta prevalência de diagnósticos em pacientes homossexuais fortaleceu os preconceitos já enraizados em relação a essa população (Cichocki, 2009).

O medo do vírus, cuja infecção até hoje permanece sem cura, exerce uma imensa influência no estabelecimento de estigmas sociais relacionados aos portadores do HIV. Apesar da mudança do termo “grupo de risco” para o termo “comportamento de risco”, o estigma dos “cinco Hs” ainda se mantém (Castanha, Coutinho, Saldanha, & Ribeiro, 2006). Além disso, é comum que haja uma responsabilização do portador pela sua condição por meio das crenças morais ou religiosas de que a contaminação seria um castigo, uma consequência dos desvios morais e das falhas cometidas pelo indivíduo (Suit & Pereira, 2008). Ribeiro, Coutinho e Saldanha (2004) concluíram que a estigmatização dos pacientes infectados pelo vírus ocorre inclusive por parte de profissionais de saúde, os quais precisam lidar com seus próprios preconceitos ao tratar esses pacientes.

Major e O'Brian (2005) observaram que a estigmatização pode causar sérios prejuízos de saúde, tanto de ordem física como mental, àqueles indivíduos pertencentes ao grupo estigmatizado. No caso do portador do HIV, o estresse oriundo

do estigma social pode ter sérias consequências devido à potencialização dos prejuízos ao sistema imunológico, além de elevar as chances de abandono do tratamento (Stutterheim et al., 2009; Tunala, 2002; Ulla & Remor, 2002; Ribeiro et al., 2004; Leserman et al., 1999).

Com a confirmação do diagnóstico, o indivíduo se percebe diante de uma situação nova, geralmente assustadora, cujo enfrentamento demandará o máximo de apoio. No entanto, é comum que o paciente não revele de imediato sua soropositividade para amigos e familiares por medo de que estes se afastem. Esconder a condição de portador do vírus HIV demanda energia, tempo e, sobretudo, potencializa condições como ansiedade e depressão, sendo um importante causador de estresse para essa população (Lopes & Fraga, 1998).

## ESTRESSE

Existem diversas definições para estresse. No entanto, segundo mais utilizada atualmente, o estresse é a incapacidade de lidar com uma mudança, real ou imaginada, que ameaça o bem-estar mental, físico, emocional ou espiritual, e que resulte em uma série de respostas e adaptações fisiológicas por meio das quais o corpo busca manter sua homeostase (Seaward, 1999; Lehrer, Woolfolk, & Sime, 2007). De acordo com Marilda Lipp (2001), existem duas fontes de estresse: as fontes externas, que requerem uma rápida adaptação, como as mudanças na sociedade e na comunidade, os desastres naturais e as doenças, e as fontes internas, que dizem respeito a alguns estados emocionais, a cognições distorcidas e a expectativas irrealistas (Lipp, Novaes, Pereira, & Sadir, 2005).

São bem conhecidos os danos causados pelo estresse em nosso organismo. Cefaleias, asma, alergias, depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, doenças cardiovasculares, diabetes, distúrbios gastrointestinais, aumento da vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas e maior incidência de cânceres são apenas algumas das possíveis consequências relacionadas ao estresse crônico. Estudos recentes conseguiram estabelecer uma importante relação entre estresse e depressão da atividade do sistema imunológico, indicando que níveis elevados de estresse permanente podem exercer papel importante na aceleração da progressão viral, facilitando o desenvolvimento da AIDS (Ulla & Remor, 2002; Antoni, 2003; Lehrer et al., 2007). Segundo Lopes e Fraga (1998), o vírus HIV potencializa sua capacidade de infectar os linfócitos do sistema imunológico em cultura celular quando corticoides como o cortisol, um hormônio liberado durante uma situação de estresse, estão presentes. Ademais, um estudo conduzido por Evans e colaboradores (1997) concluiu que um grande evento estressante a cada seis meses tem o poder de dobrar o risco de progressão precoce do HIV.

Um portador do vírus HIV enfrenta estresses relativos à condução de um tratamento medicamentoso diário (e que ao longo do tempo desencadeia diversos efeitos colaterais

adversos), estresses causados pelo estigma social da doença e estresses causados pelos sentimentos relacionados à culpa da contaminação, pela percepção de finitude, pelas mudanças biológicas, pela alteração das metas de vida e pelas mudanças no estilo de vida, além de estresses cotidianos comuns a qualquer pessoa.

Segundo Ulla e Remor (2002), cerca de 30 a 50% dos pacientes infectados com o vírus apresentam algum transtorno psiquiátrico ou estresse emocional, sendo também o número de pacientes suicidas elevado nessa população. Fica claro, portanto, que, no caso do portador do HIV, um bom gerenciamento do estresse é de fundamental importância (Ponte, 2012; Antoni, 2003).

A seguir, serão apresentadas uma série de técnicas que têm por objetivo principal a redução do estresse e, consequentemente, a melhoria do sistema imunológico e do quadro geral de pacientes imunodeprimidos. Essas técnicas foram escolhidas por serem, em sua maioria, facilmente implementadas por um terapeuta bem treinado e por não demandarem equipamentos especiais (com exceção da técnica de *biofeedback*), podendo, portanto, ser utilizadas sem grandes dificuldades nos serviços de saúde. São elas a reestruturação cognitiva, a respiração diafragmática, a técnica de *mindfulness*, o *biofeedback* e o relaxamento muscular progressivo.

## REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

A vulnerabilidade ao estresse está relacionada àquilo que o indivíduo percebe como sendo uma situação estressante. Ou seja, a percepção e as crenças centrais relacionadas à situação causadora do estresse, além das crenças acerca da capacidade individual de enfrentamento dessas situações, exercem importantes papéis quando pensamos sobre o estresse. Além disso, as pessoas diferem não só na forma de reação, mas também nos tipos de estressores aos quais reagem (Pretzer & Beck, 2007; Creswell, Myers, Cole, & Irwin, 2009). A idiosincrasia cognitiva nos ajuda a compreender os mecanismos relacionados ao estresse e à vulnerabilidade individual em tais situações. Estudos em animais mostraram que a elevação dos níveis de cortisol persiste quando o animal se dá conta de que não tem uma estratégia de enfrentamento capaz de eliminar o estressor (Antoni, 2003). Portanto, o treinamento de controle e gerenciamento de estresse deve passar sempre pela reestruturação cognitiva, possibilitando que o paciente modifique suas crenças relacionadas aos agentes estressores, atuando também em sua prevenção (Lipp et al., 2005; Pretzer & Beck, 2007).

A reestruturação cognitiva ocorre a partir da identificação inicial das cognições, ou seja, os pensamentos automáticos, os pensamentos intermediários e as crenças centrais. Depois de identificadas, essas cognições são colocadas à prova, buscando-se evidências que sustentem ou não a sua veracidade. Caso se verifique a incompatibilidade de tais cognições com a realidade, espera-se que o paciente passe a compreender

e a lidar melhor com os fatos de sua vida. Por exemplo, para uma portadora de HIV que tenha contraído o vírus por meio de uma relação monogâmica estável e que jamais tenha feito uso de substâncias injetáveis, a cognição de que somente os participantes do grupo de risco (no qual ela não se encaixa) possuem HIV é altamente disfuncional e potencialmente grande geradora de estresse. Modificar sua crença para uma mais realista, nomeadamente, de que não existe grupo de risco e sim comportamento de risco (relações sexuais desprotegidas), pode mitigar seu sentimento de culpa e sua incompreensão acerca da contaminação.

É extremamente importante para a condução ideal do tratamento da infecção pelo HIV que se consiga, junto ao paciente, identificar suas crenças em relação à terapêutica a que ele será submetido. Crenças errôneas acerca da medicação, dos efeitos colaterais e da transmissão do vírus podem ser bastante prejudiciais ao paciente. Nesse sentido, é necessário que o terapeuta tenha o máximo de informações possíveis para que consiga identificar quando há uma cognição errada ou disfuncional no paciente. Por exemplo, a prática clínica tem mostrado que muitos pacientes soropositivos se preocupam apenas com o vírus, tendo como principal meta zerar sua carga viral (tornando-a, portanto, indetectável), sem se preocupar com outros aspectos relacionados à sua saúde, como a obesidade, o diabetes e as cardiopatias, comorbidades relativamente comuns. Para a melhoria da condição geral de saúde e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, é preciso que os pacientes soropositivos modifiquem suas crenças, passando a reconhecer que a carga viral indetectável não os impede de adoecer e até mesmo falecer por outras razões, como infartos. Ademais, como os efeitos colaterais do medicamento antirretroviral são bastante prejudiciais, torna-se imprescindível para tais pacientes uma melhoria no estilo de vida e uma melhora substancial nos cuidados com a saúde.

A reestruturação cognitiva é valiosa não só para a modificação de crenças irrealistas sobre o vírus HIV e seu tratamento, mas também para as outras instâncias da vida do paciente. Pretzer e Beck (2007) postulam que é normal pensar que um treino de gerenciamento de estresse foca apenas nas situações estressoras e nas respostas individuais a tais situações. No entanto, uma intervenção mais abrangente para pessoas que costumeiramente apresentam dificuldades em lidar com estresse é mais apropriada, uma vez que, ao tratar de questões mais amplas, a pessoa acaba por se tornar mais resiliente e menos vulnerável a problemas semelhantes no futuro. Ao aprender que pensamentos não são fatos e que, portanto, são falíveis e passíveis de interpretações errôneas, os pacientes podem começar a questioná-los, o que possibilita um julgamento mais realista dos estressores que enfrenta, especialmente nos aspectos relacionados a duração, magnitude, implicação pessoal, seriedade e importância desses eventos estressores.

São diversas as intervenções possíveis para a realização da reestruturação cognitiva. Entre elas, podemos citar a psicoeducação, a identificação dos pensamentos disfuncionais,

a regulação das emoções, a avaliação de custo/benefício de determinados comportamentos e a descatastrofização (Pretzer & Beck, 2007; Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011). Flores (2012), em sua revisão de literatura, ressalta o quanto a TCC é importante, especialmente a reestruturação cognitiva, na melhora da qualidade de vida e da autoestima, bem como nos níveis dos transtornos do humor e ansiedade dos pacientes, facilitando, ainda, a adesão ao tratamento.

Ademais, a modificação da percepção acerca de si mesmo, resgatando aspectos positivos e valorizando as potencialidades e as virtudes de cada um, é um poderoso aliado na busca do fortalecimento individual em relação a situações estressoras. O desenvolvimento e o fortalecimento de certas características individuais, como a criatividade, a experiência ótima e a inteligência emocional, entre diversas outras, possibilita uma vivência com maior qualidade de vida (Neto & Marujo, 2007).

## RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

Com origens nas práticas terapêuticas tradicionais de algumas culturas orientais, o uso da respiração controlada para a diminuição de estresse vem sendo incorporado à medicina ocidental aos poucos. A falta de evidências científicas contundentes acerca da eficácia de sua prática justifica seu incipiente uso na medicina comportamental ocidental (Neves Neto, 2011). Existem diversas técnicas de controle de respiração, boa parte delas com origem na prática da ioga. No entanto, no presente trabalho, o foco se dará na respiração diafragmática, que há muito vem sendo usada pela TCC, especialmente no tratamento dos transtornos de ansiedade e no manejo de estresse.

A respiração diafragmática consiste na respiração focada no abdome, mais lenta que a respiração focada no tórax. Durante a respiração diafragmática, o diafragma contrai e a musculatura abdominal é relaxada. Como resultado, os pulmões se expandem, sendo preenchidos com oxigênio suficiente para nutrir o organismo. A respiração diafragmática contínua tem a capacidade de estimular o sistema nervoso parassimpático, diminuindo a liberação de hormônios produzidos em situação de estresse, além de diminuir a pressão arterial e o ritmo cardíaco, possibilitando o relaxamento (Neves Neto, 2011; Leahy et al., 2011). Para que a respiração diafragmática seja eficaz, é necessária uma prática regular. Assim, o paciente será capaz de realizá-la com segurança quando se deparar com uma situação estressante, ou até mesmo aumentar o seu nível de relaxamento em seus momentos de descanso.

Dixhoorn (2007) ressalta que um treino de respiração precisa ser realizado de forma responsável, com instruções corretas, a fim de evitar certos efeitos colaterais como hiperventilação (em indivíduos que se esforçam demais, respiram muito profundamente, dão pausas muito curtas entre as respirações ou, ainda, que utilizam a técnica por muito tempo), *overdose* de relaxamento, ansiedade induzida por relaxamento, entre outros (Dixhoorn, 2007; Neves Neto, 2011).

## MINDFULNESS

A técnica denominada *mindfulness* é uma forma de meditação que consiste no desenvolvimento da habilidade da atenção plena e procura manter uma postura de não julgamento das experiências vivenciadas, o que possibilita um aumento da consciência da vivência por si mesma. Originada da tradição budista, a meditação *mindfulness* tem algumas características distintivas. Ela busca uma prática de consciência intencional, em que a atenção é concentrada em aspectos particulares da experiência, e é predominantemente focada no presente, evitando divagações acerca de eventos passados ou futuros. Por procurar evitar juízos de valores, o praticante da meditação *mindfulness* é encorajado a aceitar a experiência por ela mesma, sendo os sentimentos, as sensações e os pensamentos eliciados no momento da prática aceitos e legitimados da forma como se apresentam (Crane, 2009; Vandenberghe & Sousa, 2006; Kristeller, 2007). Assim, a prática de *mindfulness* permite que o paciente seja espectador de seus pensamentos, vendo-os como eventos da mente em vez de fatos ou realidade (Sage, Sowden, & Chorlton, 2008; Kristeller, 2007; Crane, 2009).

O uso de *mindfulness* com portadores de HIV se mostra bastante pertinente por facilitar uma vivência integral e livre de preconceitos ao permitir uma prática de aceitação e consciência plena. No caso de um paciente que se encontra cognitivamente preso aos estigmas sociais da doença ou, ainda, na perspectiva futura de saúde e nos planos que precisarão ser reorganizados devido à contaminação, uma prática de vivência plena na *aqui e agora* possibilita uma importante mudança de perspectiva.

Um estudo da Universidade da Califórnia (Creswell et al., 2009) demonstrou que o treinamento de oito semanas em meditação *mindfulness* para gerenciamento de estresse aumenta o número da contagem de linfócitos CD4, diminuindo a progressão do vírus HIV. Alguns outros estudos (Duncan et al., 2012; Gayner et al., 2012; Neto & Marujo, 2007; Niazi & Niazi, 2011) também mostraram a eficácia da prática de *mindfulness* em relação à melhora na qualidade de vida, à diminuição do estresse e à diminuição dos níveis de ansiedade, depressão e dos efeitos colaterais do medicamento antirretroviral em pacientes soropositivos.

Por ser de baixo custo e de fácil administração, a prática de *mindfulness* pode ser implementada por meio do programa de oito semanas de redução de estresse baseado nesse tipo de meditação (do programa de terapia cognitiva baseado em *mindfulness*), ou ainda por meio da utilização de técnicas da prática dentro do tratamento psicoterapêutico, sendo um poderoso complemento ao tratamento com medicamento antirretroviral.

No entanto, faz-se necessário salientar que, para se alcançar os resultados esperados, é importante que os pacientes mantenham a prática em seu dia a dia. Técnicas como escaneamento corporal, atenção plena na respiração e três minutos de respiração concentrada, entre outras, são fáceis de executar em qualquer local e, quando aliadas à

realização de atividades diárias (lavar louças, cozinhar, dirigir, etc.) plenamente conscientes, ajudam os pacientes a identificar e se distanciar de pensamentos e emoções mal-adaptativas. A meditação *mindfulness* possibilita o desenvolvimento de uma maior flexibilidade da mente e maior aceitação e compaixão, ajudando os pacientes a lidar melhor com situações estressantes (Leahy et al., 2011; Crane, 2009).

## BIOFEEDBACK

Baseado nas premissas do modelo cognitivo e nas teorias da aprendizagem, o *biofeedback* consiste no treino de autorregulação psicofisiológica por meio da aprendizagem acerca das relações mente-corpo (cognição - reações fisiológicas), mediada pelo uso de aparelhos específicos que medem a resistência galvânica da pele, os batimentos cardíacos e a atividade muscular, entre outros parâmetros detectados (Lehrer et al., 2007; Neves Neto, 2010).

O *biofeedback* exerce um importante papel na compreensão da forma como nossas cognições afetam nosso organismo. Ter uma evidência mais concreta e mediada por modernos aparelhos de que nossa percepção da realidade e nossos pensamentos afetam diretamente nossa fisiologia ajuda a compreender a necessidade de uma boa reestruturação cognitiva para um eficaz gerenciamento de estresse. Ademais, o *feedback* dado pelos equipamentos favorece sobremaneira que os treinos de relaxamento corpóreo, respiração, relaxamento muscular e outros sejam realizados corretamente a fim de se atingir o estado ótimo. É comum o paciente crer que está relaxado enquanto o aparelho de *biofeedback* registra atividades não condizentes com a condição de relaxamento. Dessa forma, ao realizar treinos de relaxamentos utilizando *biofeedback*, o objetivo da técnica (ensinar os pacientes a como regular melhor suas reações psicofisiológicas) é atingido de forma mais eficiente.

Há poucos estudos relacionando o *biofeedback* ao tratamento do HIV (Auerbach, Olesonb, & Solomonc, 2007; Chandler & Sanders, 1994) e, apesar de apresentarem resultados contraditórios no que se refere à contagem de linfócitos CD4, mostram uma importante melhora na diminuição de sintomas relacionados à infecção, na diminuição dos efeitos colaterais relacionados ao tratamento com antirretrovirais e no aumento da qualidade de vida. Dessa forma, as expectativas relacionadas ao uso de *biofeedback* como parte do tratamento para o HIV/AIDS são promissoras.

## RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO

Desenvolvido por Edmund Jacobson na década de 1930, o relaxamento muscular progressivo (RMP) consiste na contração máxima, voluntária e consciente de todos os grandes grupos musculares, seguido pelo seu relaxamento. Seu principal objetivo é a conscientização das sensações de tensão/relaxamento por parte dos pacientes, facilitando, assim, uma maior percepção

corporal e, conseqüentemente, possibilitando um relaxamento intencional quando a tensão é indesejada ou exagerada (Seaward, 1999; Lehrer et al., 2007; Leahy et al., 2011).

Em uma situação de estresse, em que o organismo desencadeia uma série de modificações fisiológicas com o intuito de fugir ou lutar, a tensão muscular é uma reação normal e, na verdade, desejada para o enfrentamento do perigo. No entanto, uma tensão exagerada, prolongada ou fora de propósito é prejudicial para a manutenção da saúde do organismo. É importante ressaltar que o objetivo da técnica não é eliminar as reações de tensão, mas aprender a controlá-las.

Dados apontam que o RMP é capaz de diminuir os níveis de noradrenalina e a frequência cardíaca, além de diminuir a reatividade emocional exagerada e a atividade do hipotálamo e do córtex pré-frontal (Lehrer et al., 2007). Um estudo conduzido por Eller (1995) concluiu que a prática de RMP resulta em aumento na contagem dos linfócitos CD4, sendo, portanto, muito benéfica para portadores do vírus HIV.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aumento da expectativa de vida dos portadores do vírus HIV, a preocupação com a qualidade de vida do paciente tornou-se um dos aspectos mais relevantes na condução de uma boa terapêutica. Melhorar a qualidade de vida do paciente não apenas melhora as possibilidades de sua integração social plena como também reduz os riscos de progressão da doença. Entre as principais atividades que podem melhorar a qualidade de vida do paciente, especialmente pacientes com imunodepressão, está o controle e o manejo do estresse promovido por meio da TCC.

A TCC tem revolucionado os tratamentos psicológicos pela rapidez dos resultados e pela manutenção da saúde mental mais prolongada após o fim do tratamento. A psicoeducação, um dos pilares dessa abordagem psicoterapêutica, possibilita aos pacientes aprenderem a lidar com a sua condição, reestruturar seus pensamentos disfuncionais e buscar meios mais saudáveis de enfrentar situações potencialmente estressantes.

Como visto, o estresse é muito prejudicial para os portadores do HIV, sendo capaz de acelerar o curso da doença, levando mais rapidamente não só à AIDS, mas também antecipando o aparecimento dos efeitos adversos da medicação. Dessa forma, o gerenciamento de estresse para pacientes com HIV/AIDS torna-se uma condição essencial para uma melhor qualidade de vida.

As técnicas apresentadas no presente trabalho são todas técnicas reconhecidamente capazes de facilitar o manejo do estresse, e algumas já tiveram, inclusive, a capacidade de melhorar a situação geral do sistema imunológico e aumentar a contagem de células CD4 cientificamente documentadas. Com exceção do *biofeedback*, são técnicas que não demandam equipamentos especiais e são fáceis de executar. Por essa razão, são largamente aplicáveis nos serviços públicos

de saúde do País, podendo ser trabalhadas tanto com pacientes em psicoterapia individual como com pacientes em psicoterapia grupal.

O controle do estresse é uma forma simples e, principalmente, extremamente barata, de se evitar a queda da contagem de glóbulos brancos, ou até mesmo revertê-la, em pacientes imunodeprimidos pela infecção do HIV.

Por fim, ressaltamos a necessidade de maiores estudos sobre a temática, especialmente pesquisas empíricas que relacionem o manejo do estresse com a contagem de células CD4 em pacientes em diferentes estágios da infecção, na realidade brasileira.

## REFERÊNCIAS

- Aids.gov . HIV/AIDS basics [Site]. (2013). Washington: U.S. Department of Health and Human Services. Recuperado de <http://aids.gov/>
- Antoni, M. H. (2003). Stress management effects on psychological, endocrinological, and immune functioning in men with HIV infection: Empirical support for a psychoneuroimmunological model. *Stress*, 6(3), 173-188.
- Auerbach, J. E., Olesonb, T. D., & Solomonc, G. F. (2007). Behavioral medicine intervention as an adjunctive treatment for HIV-related illness. *Psychology and Health*, 6(4), 325-334.
- Brasil. Departamento de AIDS/HIV. (2011). Estatísticas: AIDS no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/estatisticas/>
- Brasil. (1996). Lei n. 9.279. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Brasília: Presidência da República. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9279.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9279.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). DST, AIDS e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.aids.gov.br/>
- Castanha, A. R., Coutinho, M. de P. de L., Saldanha, A. A. W., & Ribeiro, C. G. (2006). Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade. *Psico*, 37(1), 47-56.
- Carvalho, C. V., Merchán-Hamann, E., & Matsushita, R. (2007). Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: Um estudo de caso-controle. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 40(5), 555-565. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822007000500013>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2013). Basic information about HIV and AIDS. Washington: Recuperado de <http://web.archive.org/web/20120217044849/http://www.cdc.gov/hiv/topics/basic/#origin>
- Chandler, C. K., & Sanders, P. (1994). Biofeedback therapy with an HIV-positive subject. *TCA Journal*, 22(1), 40-47.
- Cichocki, M. (2009). *Living with HIV: A patient's guide*. North Carolina: Mac Farland & Company.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness based cognitive therapy*. East Sussex: Routledge.
- Creswell, J. D., Myers, H. F., Cole, S.W., & Irwin, M. R. (2009). Mindfulness meditation training effects on CD4+ T lymphocytes in HIV-1 infected adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior and Immunity*, 23(2), 184-188.

- Dixhoorn, J. V. (2007). Whole body breathing: A systems perspective on respiratory retraining. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Eds.), *Principals and practice of stress management* (pp. 393-427). New York: The Guilford Press.
- Duncan, L. G., Moskowitz, J. T., Neilands, T. B., Dilworth, S. E., Hecht, F. M., & Johnson, M. O. (2012). Mindfulness-based stress reduction for HIV treatment side effects: A randomized, wait-list controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(2), 161-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.007>
- Eller, L. S. (1995). Effects of two cognitive behaviour interventions on immunity and symptoms in persons with HIV. *Annals of Behavioural Medicine*, 17(4), 339-348.
- Evans, D. L., Leserman, J., Perkins, D. O., Stern, R., Murphy, C., Zheng, B., Gettes, D., Longmate, J. A., Silva, S. G., Van Der Horst, C. M., Hall, C. D., Folds, J. D., Golden, R. N., & Petitto, J. M. (1997). Severe life stress as a predictor of early disease progression in HIV infection. *The American Journal of Psychiatry*, 154(5), 630-634.
- Fiocruz. (2013). Fiocruz irá produzir antirretroviral. Recuperado de <http://www.fiocruz.br>
- Flores, C. A. (2012). Terapia cognitivo-comportamental e tratamento psicológico de pacientes com HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(1), 55-60.
- Gayner, B., Esplen, M. J., Deroche, P., Wong, J., Bishop, S., Kavanagh, L., & Butler, K. (2012). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(3), 272-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-011-9350-8>
- Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA) (2013). O que é a AIDS? Recuperado de <http://www.gapabrsp.org.br/aids.html>
- Kristeller, J. L. (2007). Mindfulness meditation. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Eds.), *Principals and practice of stress management* (pp. 393-427). New York: The Guilford Press.
- Leahy, R., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Lehrer, P. M., Woolfolk, R. L., & Sime, W. E. (Eds.). (2007). *Principals and practice of stress management*. New York: The Guilford Press.
- Leserman, J., Jackson, E. D., Petitto, J. M., Golden, R. N., Silva, S. G., Perkins, D. O., Cai, J., Folds, J. D., & Evans, D. L. (1999). Progression to AIDS: The effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomatic Medicine*, 61(3), 397-406. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-199905000-00021>
- Levia, G. C., & Vitória, M. A. (2003). Fighting against AIDS: The Brazilian experience. *AIDS*, 16(18), 2373-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00002030-200212060-00001>
- Lipp, M. E. N. (2001). Estresse emocional: A contribuição de estressores internos e externos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 347-349.
- Lipp, M. E. N., Novaes, E., Pereira, M. B., & Sadir, M. A. (2005). Crenças irracionais como fontes internas de stress emocional. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1).
- Lopes, M. V. O., & Fraga, M. N. O. (1998). Pessoas vivendo com HIV: Estresse e suas formas de enfrentamento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(4), 75-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691998000400010>
- Major, B., & O'Brian, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology* 56, 393-421. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
- Neto, L. M., & Marujo, H. A. (2007). Propostas estratégicas da psicologia positiva para a prevenção e regulação do stress. *Análise Psicológica*, 25(4), 585-593.
- Neves Neto, A. R. (2010). Biofeedback em terapia cognitivo-comportamental. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 55(3), 127-132.
- Neves Neto, A. R. (2011). Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 56(3), 158-68.
- Niaz, A. K., & Niaz S. K. (2011). Mindfulness-based stress reduction: A non-pharmacological approach for chronic illnesses. *North American Journal of Medical Sciences*, 3(1), 20-23.
- Pontes, A. D. M. (2012). Evidências empíricas de um modelo teórico para explicar a noopsicossomática em pessoas vivendo com HIV/AIDS (Dissertação de mestrado), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Pretzer, J. L., & Beck, A. T. (2007). Cognitive approaches to stress and stress management. In P. M. Lehrer, R. L. Woolfolk, & W. E. Sime (Eds.), *Principals and practice of stress management* (pp. 465-496). New York: The Guilford Press.
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) (2012). *Epidemia de HIV nos países de língua oficial portuguesa*. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/biblioteca.asp>
- Ribeiro, C. G., Coutinho, M. da P. L., & Saldanha, A. A. W. (2004). Estudo das representações sociais sobre a AIDS por profissionais de saúde que atuam no contexto da soropositividade para o HIV. *DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16(4), 14-18.
- Sage, N., Sowden, M., & Chorlton, E. (2008). *CBT for chronic illness and palliative care: A workbook and toolkit*. West Sussex: John Wiley and Sons.
- Seaward, L. B. (1999) *Managing stress: Principles and strategies for health and well being* (2nd. ed). Londres: Jones and Bartlett Publishers.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C., & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195. Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Stutterheim, S. E., Pryor, J. B., Bos, A. E. R., Hoogendijk, R., Muris, P., & Schaalma, H. P. (2009). HIV-related and stigma and psychological distress: the harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings. *AIDS*, 23, 2353-2357. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/QAD.0b013e328320dce>
- Suit, D., & Pereira, M. E. (2008). Vivência de estigma e de enfrentamento em pessoas que convivem com HIV. *Psicologia USP*, 19(3), 317-340. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642008000300004>
- Tunala, L. G. (2002). Fontes cotidianas de estresse entre mulheres HIV positivo. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 24-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000500005>
- Ulla, S. M, & Remor, E. (2002). Psiconeuroimunologia e infecção por HIV: Realidade ou ficção? *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(1), 113-119. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722002000100013>
- Vandenbergh, L., & Sousa, A. C. A. de. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2), 35-44.