

Temas em Psicologia

ISSN: 1413-389X

comissaoeditorial@sbponline.org.br

Sociedade Brasileira de Psicologia

Brasil

Pasquali Poletto, Mariana; Heck, Camila; da Cunha Calsa, Daniela; Milner Moskovics, Jenny

Pensamentos Automáticos e Crenças Centrais Associados ao HIV/AIDS em Indivíduos Soropositivos

Temas em Psicologia, vol. 23, núm. 2, 2015, pp. 243-253

Sociedade Brasileira de Psicologia

Ribeirão Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751491001>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Pensamentos Automáticos e Crenças Centrais Associados ao HIV/AIDS em Indivíduos Soropositivos

Mariana Pasquali Poletto¹

*Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil*

Camila Heck

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

Daniela da Cunha Calsá

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

*Centro de Testagem e Aconselhamento em HIV/AIDS Paulo César Bonfim,
Porto Alegre, RS, Brasil*

Jenny Milner Moskovics

*Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul,
Porto Alegre, RS, Brasil*

*Centro de Testagem e Aconselhamento em HIV/AIDS Paulo César Bonfim,
Porto Alegre, RS, Brasil*

Resumo

A AIDS é considerada um grave problema de saúde pública e se caracteriza por ser uma epidemia global com rápida evolução da sua sintomatologia. Os aconselhamentos realizados nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) visam à reflexão sobre o HIV e a AIDS e do estigma de se viver com o vírus, bem como, verificar a funcionalidade dos pensamentos e crenças sobre o HIV/AIDS. A teoria cognitiva afirma que não são os fatos em si que causam sofrimento nas pessoas, mas sim a forma como estes são interpretados, que geram cognições distorcidas sobre os mesmos. Assim, os comportamentos dos indivíduos tendem a confirmar pensamentos e sentimentos associados a esta forma de interpretar as situações, as crenças. Este estudo tem por fim analisar os pensamentos automáticos e crenças centrais mais frequentemente relacionados ao HIV/AIDS em indivíduos soropositivos a partir de uma revisão crítica da literatura de caráter opinativo.

Palavras-chave: HIV, pensamentos automáticos, crenças, soropositivos, tratamento.

Automatic Thoughts and Core Beliefs Associated with HIV/AIDS in Seropositive Individuals

Abstract

AIDS is considered a serious problem of public health, characterized by being a global epidemic that presents a fast evolution of its symptomatology. The counseling practiced at the Centers of Testing and Counseling (CTA) aim to reflect about HIV and AIDS and the stigma of living with the virus, as verify

¹ Endereço para correspondência: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, sala 915, Partenon, Porto Alegre, RS, Brasil 90619-900. Fone: (51) 3320-3500, ramal 7741, (51) 9357-8875. E-mail: marianappoletto@gmail.com, camila.heck@acad.pucrs.br, danicalsa@terra.com.br e jenny@pucrs.br

the functionality of the thoughts and beliefs about HIV/AIDS. The cognivite theory ratifies that there are not the facts that cause suffering to the people, but the way they are interpreted, that generate distorted cognitions about them. Therefore, individuals' behaviors tend to confirm thoughts and feelings associated to this way of understand the situations, the beliefs. This study purposes to analyze the automatic thoughts and central beliefs most frequently related to HIV/AIDS on seropositive individuals, from a critical review of the literature opinionated character.

Keywords: HIV, automatic thoughts, beliefs, seropositives, treatment.

Los Pensamientos Automáticos y Creencias Básicas Asociadas con el VIH/SIDA en las Personas Seropositivas

Resumen

SIDA se considera un grave problema de salud pública y se caracteriza por ser una epidemia mundial con una rápida evolución de sus síntomas. El asesoramiento realizado en centros de asesoramiento y pruebas (ATC) son destinados a la reflexión sobre el VIH y el SIDA y el estigma de vivir con el virus, así como verificar la funcionalidad de los pensamientos y creencias sobre el VIH / SIDA. La teoría cognitiva afirma que hay hechos en sí mismos que hacen que la gente sufre, pero la forma en que se interpretan, la generación de cogniciones distorsionadas sobre ellos. Por lo tanto, el comportamiento de los individuos tienden a confirmar pensamientos y sentimientos asociados a esta forma de interpretar las situaciones, creencias. Este estudio tiene como objetivo analizar los pensamientos automáticos y creencias centrales más a menudo relacionados con el VIH / SIDA en los individuos seropositivos a partir de una revisión crítica del carácter obstinado literatura.

Palabras clave: VIH, pensamientos automáticos, creencias, seropositivos, etapa.

A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS) representa um dos mais sérios problemas de saúde pública, e se caracteriza por ser uma epidemia global, com rápida disseminação e agravamento dos sintomas (Gomes, Silva, & Oliveira, 2011). Durante as últimas duas décadas, pesquisas realizadas desmystificaram as crenças de que grupos específicos estariam mais sujeitos à contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), comprovando que toda e qualquer pessoa pode se infectar (Ministério da Saúde, 2004). Atualmente, a Região Sul apresenta a maior incidência de casos de AIDS do Brasil, correspondendo a 20,2% do total de casos registrados no país. Na região Sul, o Estado do Rio Grande do Sul tem o maior número de casos de AIDS, sendo de 60.512 e correspondendo a 49,2% do total de casos da região. Porto Alegre é a cidade com maior incidência de casos de AIDS em relação ao Brasil, com a taxa de 99,8 casos para cada 100 mil habitantes, sendo 61% do sexo masculino e 39% do sexo feminino (Mi-

nistério da Saúde, 2012). Esses dados enfatizam a necessidade da testagem e do aconselhamento, visando à prevenção e o tratamento dos indivíduos com HIV.

Frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil, foram implantados os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) como referência em aconselhamento neste contexto (Fernandes, Filgueiras, & Gonçalves, 1997). O aconselhamento na testagem de HIV oportuniza a conscientização, o estabelecimento de vínculo e suporte emocional em um processo de escuta ativa, para que o usuário do serviço de saúde possa se responsabilizar por seu processo de autocuidado (Ferreira, da Silva, Gomes, & Silva, 2001; Ministério da Saúde, 1999). Assim, é incentivada a exposição e o acolhimento de sentimentos e pensamentos relacionados às situações de risco de transmissão que são trazidas no aconselhamento (Fernandes et al., 1997; Ferreira et al., 2001). O aconselhamento preconiza três pontos chave: informações sobre o vírus e sua transmis-

são, avaliação de riscos e vulnerabilidades junto ao usuário e o oferecimento de apoio emocional (Galindo, Francisco, & Rios, 2013; Soares & Brandão, 2012).

Em caso de resultado positivo é prestado suporte emocional e esclarecimento de questões relacionadas ao HIV, permitindo tempo suficiente para a aceitação do diagnóstico enquanto são desmistificados sentimentos de culpa, rejeição e punição acerca do HIV/AIDS. O contato com essa temática coloca as pessoas em uma posição de ameaça à integridade física e/ou emocional, muitas vezes repercutindo em fragilidades e em ameaças às suas crenças e valores (Fernandes et al., 1997). Sendo assim, o diagnóstico de HIV traz consigo um estigma de caráter depreciativo oriundo do preconceito que a sociedade impõe, muitas vezes julgando moralmente indivíduos portadores do vírus. O termo estigma foi definido como um atributo que desacredita profundamente uma pessoa, rotulando o indivíduo com uma identidade manchada frente à sociedade (Goffman, 1963). Frequentemente, o termo estigma tem sido associado às doenças crônicas e incapacitantes, tais como o HIV/AIDS (Genberg et al., 2007). A associação do estigma de portar HIV pode levar a efeitos negativos na prevenção e busca e adesão ao tratamento devido ao medo de isolamento ou rejeição social, inclusive na busca ativa de testagem e aconselhamento (Genberg et al., 2007).

Socialmente, a contaminação pelo HIV é atribuída a um castigo por comportamentos tidos como ilícitos e condutas desviantes. Este estigma socialmente imposto tem sua origem no medo do contágio e na falta de informação da população, culminando em menosprezo por portadores de HIV. Esta conduta social pode levar à diminuição da autoestima, dificuldade no estabelecimento de relacionamentos afetivos, perda da vontade de viver e isolamento social (Gomes et al., 2011).

A adesão ao tratamento é um processo complexo que inclui não apenas a ingestão adequada dos medicamentos, mas também o fortalecimento emocional do indivíduo com HIV. Da mesma forma, são imprescindíveis os esclarecimentos de dúvidas com a equipe de saúde que o assiste,

o acesso a informações verossímeis, o acompanhamento clínico-laboratorial, além de apoio nas suas decisões e suporte em relação a seus medos (Ministério da Saúde, 2008). Portanto, os modos de enfrentamento diante do diagnóstico do HIV variam de acordo com cada indivíduo e podem mudar conforme fatores pessoais e socioambientais. Entre esses, destacam-se características de personalidade, conhecimentos e crenças acerca da enfermidade e tratamento, como também, rede de apoio social, acesso aos serviços de saúde e outros recursos disponíveis ao sujeito (Ministério da Saúde, 2008).

Pode-se pensar a revelação e a aceitação do diagnóstico do HIV com o processo de *coping* de estresse. O *coping* iniciaria com a avaliação pessoal do significado do HIV por cada um, bem como sua percepção sobre a adequação e disponibilidade de estratégias e recursos para lidar com o vírus. O *coping* se refere aos pensamentos e comportamentos utilizados para regular o estresse ou manejá-lo problema estressor, incluindo a busca de suporte social e decisões acerca do compartilhamento ou não do diagnóstico do HIV com pessoas significativas (Hult, Wrubel, Bränström, Acree, & Moskowitz, 2012). O processo de *coping* tem seguimento a partir da avaliação das respostas frente ao estressor, ao HIV, e uma reavaliação da situação ocorre, gerando novas emoções e entendimentos acerca da situação. Assim, as reações de *coping* são contextualizadas para cada indivíduo e seu contexto social e histórico (Hult et al., 2012).

Assim, características únicas de cada indivíduo exercerão um papel importante na forma como a pessoa lidará com o diagnóstico por HIV, seus pensamentos, emoções e comportamentos associados. Soares e Brandão (2012) realizaram uma revisão sistemática acerca do aconselhamento em HIV/AIDS e constataram que, no geral, a prática do aconselhamento favorecia a mudança de comportamento de exposição ao vírus e favorecia o uso do preservativo e retestagem.

O modelo cognitivo propõe que as emoções e comportamentos das pessoas não são influenciados pelos eventos em si, mas pela maneira como são interpretados (Beck, 1997). Essa maneira de interpretar os eventos, como ter HIV, é

diferente para cada um, levando a pensamentos e comportamentos distintos. Todavia, é comum que o indivíduo tenha interpretações distorcidas. Estas se configuram em três categorias de processos cognitivos: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais (Beck, 1997).

Os pensamentos automáticos frequentemente não são avaliados racionalmente e são tidos como verdades incontestáveis. Estes pensamentos rápidos e breves são mais acessíveis à consciência do que a sua origem, as crenças centrais. As crenças centrais são ideias a respeito de si, dos outros e do mundo, formadas na infância e desenvolvidas ao longo da vida a partir de interações sociais e eventos que as confirmem, e são globais, rígidas e generalizadas. É a partir da ativação de uma crença central que o indivíduo foca seletivamente informações que a confirmem, independentemente da sua validade (Beck, 1997), o que com frequência ocorre em relação ao HIV e à AIDS. Elas podem ser identificadas através do questionamento de pensamentos que causam intensa emoção no indivíduo (Kuyken, Padeski, & Dubdley, 2010; Pereira, 2004). Ainda, a partir das crenças centrais, desenvolvem-se as crenças intermediárias, um conjunto de regras, atitudes e suposições a respeito de determinada situação (Beck, 1997). O foco da terapia cognitiva consiste em identificar e avaliar junto com o paciente seus pensamentos e crenças disfuncionais, buscando a modificação dos mesmos para o alívio do sofrimento gerado por estas interpretações errôneas (Beck, 1997).

Essas alterações nas crenças sobre a enfermidade, bem como o apoio social e a psicoeducação sobre o HIV favorecem respostas de enfrentamento que propiciam a adesão ao tratamento. A avaliação e intervenção médica e psicológica do paciente permitem identificar os mecanismos facilitadores e as dificuldades de aceitação do diagnóstico. Portanto, é necessário que a equipe de saúde considere tais aspectos na elaboração do plano terapêutico (Ministério da Saúde, 2008). Pesquisas têm comprovado a eficácia da terapia cognitiva no auxílio à melhora da adesão ao tratamento antirretroviral (Arnal, 2003; Molassiotis, Nahas, Chung, & Lam, 2003)

e na qualidade de vida de pacientes com HIV/AIDS (Rousaud et al., 2007).

Assim, o presente estudo se trata de uma revisão crítica da literatura acerca do aconselhamento em HIV/AIDS a partir da perspectiva cognitivo-comportamental. É proposto ilustrar e exemplificar com alguns pensamentos e crenças disfuncionais associados ao HIV/AIDS, uma vez que conhecer o funcionamento cognitivo desta população pode trazer benefícios aos pacientes, considerando-se que um melhor entendimento destes processos pode levar os pacientes a uma avaliação racional mais fidedigna e a pensamentos e crenças mais funcionais acerca do HIV e da AIDS na prática do aconselhamento.

Método

O presente estudo se embasa a partir da análise de alguns documentos encontrados na literatura acerca do aconselhamento no contexto do HIV/AIDS, analisados a partir da ótica da teoria cognitivo-comportamental. Alguns aspectos serão abordados com um caráter opinativo a partir da prática profissional no contexto do aconselhamento em HIV/AIDS com a teoria cognitivo-comportamental.

É objetivo deste estudo retratar a prática do aconselhamento voltada para a avaliação de riscos e promoção de uma reestruturação cognitiva breve, a partir da ilustração de alguns pensamentos automáticos e crenças centrais que podem ser ativados frente ao diagnóstico de HIV e demais situações cotidianas. Este estudo se estrutura a partir da teoria cognitiva e do aconselhamento em HIV/AIDS conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (2010a) ilustrando e alinhavando ambas a partir de algumas vinhetas.

Discussão

Uma vez que os indivíduos que frequentam o CTA se deparam com um resultado positivo de HIV, ou até mesmo pensam sobre a possibilidade de ter contraído o vírus, a maneira como passam a interpretar essa situação pode se dar a partir da ótica de suas crenças sobre si, os outros e mundo. A partir dos aconselhamentos, quan-

do identificados os pensamentos automáticos dos pacientes, checada a validade dos mesmos e corrigidas as interpretações errôneas, a emoção percebida decorrente deste erro cognitivo tende a mudar. Beck (1997) propõe que os pensamentos automáticos advêm do processo de focar seletivamente informações que confirmem as crenças, mesmo que estas interpretações não sejam condizentes com a realidade. As crenças centrais desenvolvem as crenças intermediárias, que constituem em atitudes, regras e suposições que o indivíduo tem a respeito de determinada situação (Beck, 1997), no presente estudo, tratando-se de situações cotidianas relacionadas ao HIV e a AIDS.

Diariamente, o ser humano tem milhares de pensamentos automáticos, frequentemente passando despercebidos. A catastrofização é uma distorção cognitiva (Knapp, 2004a) que pode ser exemplificada através do exemplo de que pensar que portar o HIV resulta, necessariamente, em morte por AIDS, com sintomatologia severa e extrema debilitação. Este erro de pensamento pode ser comum nos atendimentos realizados no CTA, frequentemente acompanhado da rotulação e da abstração seletiva. A rotulação de alguns indivíduos soropositivos de que ter HIV significa ter AIDS e que, necessariamente, uma pessoa portadora do HIV terá AIDS pode gerar um sofrimento intenso, ao desconsiderar a existência do tratamento para o vírus e o dado de realidade de que, se o portador tomar a medicação adequadamente quando necessário, não adoecerá.

A personificação também é uma distorção cognitiva que pode ser recorrente nos aconselhamentos, caracterizada pela excessiva responsabilização por ter contraído o vírus. Esta responsabilização pode se basear em experiências sexuais sem proteção e em situações de risco que não foram avaliadas como possibilidades de contaminação. Por exemplo, a relação desprotegida com parceiros estáveis de longa duração, ou o fato do indivíduo conhecer um parceiro eventual há muito tempo, ou ainda, por ter se relacionado com parceiros (as) com histórico de relações monogâmicas. A personificação, nestes casos, pode ser relatada pelo paciente ao desconsiderar

que a outra pessoa envolvida também possuía uma responsabilidade na relação sexual. Assim, a utilização do preservativo, o autocuidado e o conhecimento da própria sorologia pelo parceiro são fatores por vezes negligenciados pelo paciente.

Muitos pacientes com intenso sofrimento por terem contraído o vírus podem sentir-se defectivos e com vergonha, com medo do preconceito e do que os outros podem pensar a seu respeito. Podem relatar que não contarão a ninguém sobre a sua condição, ou apenas para algumas pessoas mais próximas. Esses pacientes podem tender a fazer uma leitura mental sobre o que os outros estariam pensando. Por exemplo, ao afirmar que as outras pessoas saberão que há algo de errado com ele (a), ou quando tem a percepção errônea de que os outros o observam de forma diferente por saberem que ele (a) tem AIDS. A característica principal deste erro cognitivo é a constante afirmação que os outros sabem a respeito do HIV, sem nenhum dado de realidade que confirme isto.

Uma forma de modificar essas distorções cognitivas é ensinar os pacientes a hipotetizar os seus pensamentos ao invés de considerá-los como fatos, através do empirismo colaborativo (Knapp, 2004a). A partir dos pensamentos disfuncionais trazidos nos aconselhamentos, o aconselhador deve buscar alternativas de respostas mais adaptativas junto ao paciente, que levam a uma melhora do humor e maior assertividade nas estratégias de resolução de problemas. Sendo assim, buscam-se formas alternativas de pensar sobre o HIV, como por exemplo, estimulando o diálogo entre pessoas conhecidas que têm o vírus e que fazem o tratamento adequadamente.

O processo de checagem de evidências com o paciente nos aconselhamentos visa interpretações alternativas sobre a sexualidade e o HIV, mais adaptativas, racionais e adequadas, com o objetivo de modificar a maneira como é interpretada a possibilidade e/ou o diagnóstico de HIV/AIDS. Knapp (2004b) descreve outra técnica importante, que consiste na análise semântica da rotulação feita pelos erros cognitivos. No contexto do aconselhamento, esses erros cognitivos podem levar à crítica e ao julgamento, rotulan-

do quem tem HIV como promíscuos, sujos ou não merecedores de confiança e/ou amor. Assim, o indivíduo pode ser auxiliado a diferenciar comportamentos de alto risco, como ter um alto número de parcerias sexuais e não usar preservativo, dos comportamentos de baixo risco, utilizar o preservativo para a proteção contra o HIV tendo ou não vários parceiros. Tal distinção é importante, pois mesmo sendo considerados promíscuos, se o indivíduo utiliza o preservativo adequadamente, entende-se que ele preserva a sua saúde e a dos seus parceiros.

Uma técnica muito utilizada para a identificação das crenças é a flecha descendente (Rangé, 2001), na qual o aconselhador questiona o paciente acerca da sua interpretação sobre determinado pensamento automático relacionado com o HIV, direcionando, por exemplo, a crenças de desvalia por ter o vírus. Isso pode significar ser sujo, e também pode demonstrar crenças sobre a abreviação do futuro e a desvalorização de si, além da percepção dos outros como não confiáveis.

Os pensamentos distorcidos que causam estados de afeto com valência negativa muito intensa (Beck, 1997) podem emergir principalmente no momento em que as pessoas recebem resultado de sorologia positiva. Esta emoção intensa pode ser expressa através de manifestações de raiva de si e de parceiros (as) de quem sabem que contraíram o vírus, através de choro intenso e de relatos de incredulidade. Ainda, a culpabilização por possibilitar a contaminação pode ser uma temática recorrente nos aconselhamentos em CTAs. Crenças referentes à impureza, por exemplo, podem ser manifestas por expressões faciais e corporais de nojo. Ainda, podem ser demonstradas tentativas de afastamento e negação da sorologia quando o (a) paciente refere-se ao HIV como “*essa coisa*”, ou “*isso*”. De acordo com Young, Klosko, e Weishaar (2008), a crença “*sou sujo*” pode suscitar sentimentos de raiva e nojo de si, além de comportamentos que visam à confirmação desta crença.

O momento da descoberta do HIV e o estigma social do vírus ativam esquemas já existentes através das emoções vividas ao longo da vida. Young et al. (2008) explicam que esses esque-

mas desadaptativos têm sua origem a partir de relações interpessoais na infância e de necessidades emocionais básicas não supridas (Young et al., 2008). As respostas ao esquema ativado pelo HIV podem levar a diferentes modos de enfrentamento da situação. Visto isso, um dos objetivos dos aconselhamentos com estes pacientes pode ser identificar os padrões mantenedores dos esquemas desadaptativos que se ligam ao HIV, e buscar junto com o paciente as estratégias mais adequadas de lidar com as emoções e cognições que o HIV faz emergir.

Os esquemas iniciais desadaptativos podem ser categorizados como incondicionais ou condicionais. Esquemas incondicionais são interpretados como não importando o que o indivíduo faça, ele obterá sempre o mesmo resultado, o esquema simplesmente é o que é. Serão condicionais quando o indivíduo interpreta que pode fazer algo para evitar um resultado negativo, ao menos temporariamente. Estes esquemas condicionais visam o alívio de emoções referentes a esquemas incondicionais, como por exemplo, “*se eu puder ser perfeito, então vou merecer amor*” (Young et al., 2008, p. 35).

Isso leva os indivíduos a tentar se adequar à exigência do esquema incondicional (Young et al., 2008). Levando em consideração a cronicidade do HIV/AIDS, que necessita de acompanhamento médico regular e tratamento adequado, alguns indivíduos soropositivos podem encarar portar HIV como uma falha, um defeito. Ainda, podem relatar acreditar que adoecerão imediatamente caso não consultem um médico com urgência e iniciem a medicação antirretroviral. Assim, não é avaliada realisticamente a necessidade desta urgência, ou do quadro clínico de saúde apresentado. Ir ao médico, fazer exames e tomar a medicação, neste contexto específico, se trata de um estilo de enfrentamento do esquema ativado por ter HIV.

As estratégias de enfrentar os esquemas são a hipercompensação, a evitação e a resignação. Estes estilos de enfrentamento tendem a operar fora do nível da consciência, respondendo à ativação de uma ameaça – o esquema (Young et al., 2008). Uma estratégia de enfrentamento muito que pode ser utilizada pelos pacientes que são

atendidos no CTA que tem HIV, e principalmente, que desenvolvem AIDS, é a evitação. Os autores acima citados descrevem a evitação como uma tentativa de organização da vida de forma a não pensar sobre o esquema, agindo como se o mesmo não existisse. Esse modo de enfrentamento bloqueia emoções dolorosas e faz com que o indivíduo desenvolva uma tendência duradoura de minimizar sentimentos relacionados à dor (Young, 2003; Young et al., 2008). Pode-se exemplificar essa estratégia de enfrentamento disfuncional pelo abandono do tratamento, bem como não lembrar ou não pensar que é portador do vírus e angustiar-se quando retorna ao médico, sendo obrigado a relembrar de que tem HIV.

A hipercompensação – agir e/ou pensar da maneira extrema oposta ao esquema do indivíduo (Young et al., 2008) pode ser demonstrada pela ansiedade em demasia de alguns pacientes por uma consulta com o infectologista e com o tratamento, evidenciando a necessidade do distanciamento do esquema que ter HIV suscita. A ativação do esquema pode ser percebida através de um discurso aparentemente saudável sobre aceitação de sua condição sorológica, porém, demonstrada significativa ansiedade e urgência em consultar com o médico.

O funcionamento desadaptativo decorrente dos esquemas ativados pelo HIV pode levar à auto repugnância, autocritica e comportamentos autodestrutivos, expressos por pessoas com dificuldade de aderência ao tratamento antirretroviral. Desta forma, se faz indispensável oferecer ao paciente um entendimento maior sobre o que está acontecendo para que ele se sinta confiante com relação à mudança e aprenda os mecanismos de perpetuação de seus sintomas psicológicos e biológicos do HIV e da AIDS, de forma a monitorá-los e modificá-los.

Alguns pacientes, ao receberem seu resultado diagnóstico, podem ficar com raiva de si mesmos por sentirem ou expressarem necessidades normais não permitidas ao longo de seu desenvolvimento, como raiva, medo, abandono, carência. Tais emoções demonstradas são condizentes com as emoções que caracterizam o desenvolvimento dos esquemas iniciais desadaptativos. Assim, podem descrever a si mesmos em

tom crítico e punitivo, caracterizando-se como “maus”, “sujos” ou “imprestáveis”. Outros pacientes podem interpretar o HIV de maneiras distintas: acreditar que se não apresentam sintomas, então não precisam ir ao médico, ou se ninguém souber sobre sua sorologia, é como se nada tivesse mudado em suas vidas. Essa maneira de lidar com o HIV se relaciona aos esquemas condicionais, que conforme Young et al. (2008), pressupõem que se o indivíduo agir de determinada forma, evitará um grande sofrimento.

A premissa que alguns os portadores do vírus podem apresentar, de que sempre fizeram tudo “direito” ou que sempre se cuidaram caracteriza pensamentos que, quando investigados, podem levar a crenças de que se o indivíduo tem comportamentos por ele considerados de risco, então poderá ter HIV, caso contrário, surpreende-se com o diagnóstico. Dattilio (2011) descreve estas regras também entre casais, através de padrões que orientam e guiam a adequação de determinados comportamentos de si e do cônjuge. Esses padrões relacionais se estruturam a partir de suas experiências da família de origem e se associam com honestidade, integridade e determinadas condutas sexuais julgadas adequadas (Dattilio, 2011). Pode-se exemplificar isso a partir de um cônjuge que se envolve em relações extraconjugais, contrai HIV, e contamina sua esposa. Nessa situação, se a esposa vem de uma família com valores morais internalizados, ocorre o não cumprimento desses padrões por ela impostos. Assim, a esposa pode culpar excessivamente o marido, que a contaminou, atribuindo a uma situação pontual um estado global estável.

Em situações onde uma pessoa contrai o vírus de seu único (a) parceiro (a) e culpa-se por não ter usado preservativo nem ter solicitado um teste, o indivíduo pode estar desconsiderando que ambos mantinham um acordo de confiança mútua de não uso do preservativo, culpabilizando-se. A crença de que estar em uma relação monogâmica torna o uso do preservativo desnecessário é comum em grande parte da população. Silva e Camargo (2011) colocam que a revelação da soropositividade pode ser considerada uma ruptura nos relacionamentos tradicionais, onde há uma redefinição dos papéis na relação.

Com a descoberta de um dos parceiros como portador do HIV, há uma diminuição de investidas sexuais e medo de não ser aceito. Conforme relatado na literatura supracitada, em relacionamentos onde os parceiros são sorodiscordantes, podem ser múltiplos os questionamentos sobre o porquê de estar com alguém que é portador do vírus ou sobre o benefício e o risco de expor (a) outra pessoa ao vírus.

O medo de transmitir o HIV pode ser uma temática recorrente nos atendimentos, ao se questionar sobre o que fazer caso o parceiro soropositivo corte-se, se há risco de transmissão por utilizar os mesmos objetos, etc. Cabe inferir que o estigma que os pacientes com HIV se auto impõem pode ser tão grande ao ponto de cultivarem crenças de desvalor que interferem diretamente nos seus relacionamentos afetivos. Um exemplo disso pode ser quando apenas um dos parceiros descobre ser portador do vírus, e passa a culpar-se e a questionar-se sobre manter o relacionamento. Frente à compreensão e aceitação do outro parceiro, o indivíduo com HIV pode ficar surpreso, esquivando-se do relacionamento para confirmar sua crença de desvalor.

Investigar padrões e regras das famílias de origem em quadros clínicos com sintomatologia depressiva pode ter efeito terapêutico relevante, uma vez que essas crenças também se mantêm através de padrões familiares. Crenças relacionadas ao comportamento como, por exemplo, considerar-se sem atitude, isolado ou excessivamente quieto podem ser fatores mantenedores do episódio depressivo. Alguns indivíduos confirmam esta crença mantendo o diagnóstico em segredo. Ainda, podem contar para pessoas de sua confiança e serem julgados (as) e rejeitados (as), o que também reforça a crença de que seria melhor ficarem calados (as) e não se exporem. Podem apresentar ainda, dificuldades de enfrentamento ativo em situações sociais, serem mais omissos (as) em ocasiões onde deveriam ser ativos (as) ao confrontar pessoas no seu cotidiano quando, por exemplo, sofrem preconceito por ter HIV.

A identificação de quadros depressivos em pacientes soropositivos é de significativa relevância, uma vez que além da vivência de uma

doença crônica, estes sintomas afetam a qualidade de vida destes indivíduos e a adesão ao tratamento, bem como a percepção do estigma associado ao HIV (Reis et al., 2011). Conforme descrito por Rodrigues e Horta, (2011) o padrão de pensamentos de pacientes deprimidos tende a ser permeado de sentimentos de inferioridade, desvalor e incompetência, além de dificuldades na tomada de decisão, sendo que tais características podem ser observadas nos aconselhamentos no contexto do HIV/AIDS.

A culpabilização e a responsabilização de si mesmos por ter HIV podem ser reforçadas por questionamentos próprios do paciente sobre o motivo de estarem passando por essa situação e a busca em se convencer de que são culpados e de que poderiam ter deduzido que isso aconteceria, já que tinham parceiros (as) que não eram de confiança. Esse comportamento tende a gerar um ciclo de questionamentos e ruminações incessantes sobre o fato, sem efetivamente resolverem o problema. A partir das técnicas de questionamento de Knapp (2004b) e Leahy (2006), quando questionados sobre portar o vírus, aplicando-se a outras pessoas, pode-se verificar que não é atribuída a culpa da mesma forma, e então se faz possível perceber que este pensamento distorcido em relação à culpa de si se flexibiliza.

Os sintomas de ansiedade em pacientes soropositivos caracterizam a passagem da saúde para a doença, destruindo a ilusão de que a vida é controlável e previsível (Ministério da Saúde, 2010b). A superestimação de uma probabilidade associada a um pensamento catastrófico é um tipo de processamento cognitivo frequente em pacientes com sintomatologia de ansiedade grave. Ainda, o sistema da ansiedade se estrutura por uma constante hipervigilância e evitação de situações interpretadas como ansiogênicas (Kapczinski & Margis, 2004). Alguns pacientes com queixa de sintomas graves de ansiedade decorrentes do diagnóstico do HIV podem demonstrar resistência em sair de casa e até mesmo evitar ambientes muito populosos. Nesses casos, se mostra importante no aconselhamento a psicoeducação sobre ansiedade, a elaboração de estratégias para lidar com as situações-gatilho

e também o questionamento junto ao paciente sobre a validade de pensamentos distorcidos. Como sugerido por Overholser (2010), o questionamento objetiva o automonitoramento, bem como a regulação do afeto e do comportamento do paciente.

Em quadros com associação entre aspectos catastróficos e HIV, deve-se buscar o monitoramento da aceitação do diagnóstico, englobando os pensamentos, crenças e reações do indivíduo frente ao vírus (Gomes et al., 2011). Além da intensa culpa e responsabilização pelo contágio que pacientes com HIV podem se infligir, a autopunição pela possibilidade de ter transmitido o vírus para seus parceiros (as) pode ser muito intensa. Alguns pacientes podem relatar convicção de que são observados de maneira diferente por acreditarem que as pessoas sabem que eles têm o vírus. Indivíduos que acreditam nesses pensamentos podem começar a evitar situações e a se isolar cada vez mais, iniciando assim, um quadro depressivo.

Com frequência, ter HIV pode ativar crenças de desvalor, gerando pensamentos sobre quem irá querer o indivíduo nessa condição, ou que não quer mais sair com ninguém para não espalhar o vírus. Esses pensamentos podem levar a pessoa a de fato não mais se relacionar afetivamente, confirmando a crença de que quem tem HIV não tem valor ou não pode ser amado (a). Crenças semelhantes podem caracterizar alguns pacientes que assumem o papel de cuidadores de terceiros e de atendimento às necessidades alheias em detrimento das suas próprias. Esses indivíduos podem relatar pensamentos de que não podem ser cuidados (as), pois sempre estiveram em uma posição de cuidadores. Nos aconselhamentos, investigar a rede de apoio desses indivíduos possibilita identificar o padrão de funcionamento familiar, e assim buscar modificar esquemas disfuncionais.

Considerações Finais

O aconselhamento no contexto do HIV/AIDS traz à tona a relevância de identificar pensamentos e crenças distorcidos em relação a este vírus para os pacientes soropositivos. De

maneira geral, fica claro que a culpa, o medo do preconceito, a desvalorização de si e dos outros decorrentes de ser portador do vírus são ideias centrais nesta população.

A maneira como o indivíduo interpreta ter HIV gera pensamentos tendenciosos, e é possível identificar junto aos pacientes que muitos de seus pensamentos visam à confirmação de crenças generalizadas e rígidas, aprendidas ao longo da vida através de interações com pessoas significativas e eventos que corroboraram com estas ideias, tomadas como verdades absolutas. Através do empirismo colaborativo proposto pela teoria cognitivo-comportamental e das diretrizes de aconselhamento em DST-AIDS, os pacientes podem identificar seus pensamentos negativos sobre HIV e AIDS, demonstrando a ativação de crenças disfuncionais ao se saberem soropositivos.

Auxiliar alguns dos indivíduos nas suas interpretações sobre o que é ter HIV possibilita auxiliá-los na racionalização e flexibilização de pensamentos e crenças, e se mostra fundamental para a aceitação não só do diagnóstico do HIV e do tratamento do mesmo, mas para o funcionamento destas pessoas em nível cognitivo, emocional e comportamental. Assim, a reestruturação cognitiva focalizada em HIV/AIDS pode repercutir em melhora na qualidade de vida e em um processo de desmistificação do que é ter e como pode ser viver com o HIV.

Referências

- Arnal, R. B. (2003). Eficacia terapéutica de um programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15(4), 517-523.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Dattilio, F. M. (2011). *Manual de terapia cognitivo-comportamental para casais e famílias*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Fernandes, N. M., Filgueiras, S. L., & Gonçalves, J. E. M. (1997). *Aconselhamento em DST e HIV/AIDS. Diretrizes e procedimentos básicos* (2. ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Ferreira, M. P. S., da Silva, C. M. F. P., Gomes, M. C. F., & Silva, S. M. B. (2001). Testagem sorológico para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – Resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 481-490.
- Galindo, W. C. M., Francisco, A. L., & Rios, L. F. (2013). Proposições para a formação de aconselhadoras em HIV/AIDS. *Revista de Saúde Coletiva*, 23(3), 741-761. doi:10.1590/S0103-73312013000300005
- Genberg, B. L., Kawichai, S., Chingono, A., Sendah, M., Chariyalertsak, S., Konda, K. A., & Celenzano, D. D. (2007). Assessing HIV/AIDS stigma and discrimination in developing countries. *AIDS and Behavior*, 12, 772-780. doi:10.1007/s10461-007-9340-6
- Goffman, E. (1963). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Gomes, A. M. T., Silva, E. M. P., & Oliveira, D. C. (2011). Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interações cotidianas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3). doi:10.1590/S0104-11692011000300006
- Hult, J. R., Wrubel, J., Bränström, R., Acree, M., & Moskowitz, J. T. (2012). Disclosure and non-disclosure among people newly diagnosed with HIV: An analysis from a stress and coping perspective. *AIDS Patient Care and STDS*, 26(3). doi:10.1089/apc.2011.0282
- Kapczinski, F., & Margis, R. (2004). Transtorno de ansiedade generalizada. In P. Knapp (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 209-216). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Knapp, P. (2004a). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In P. Knapp (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 19-41). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Knapp, P. (2004b). Principais técnicas. In P. Knapp (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 133-158). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kuyken, W., Padeski, C. A., & Dubdley, R. (2010). *Conceitualização de casos colaborativa: O trabalho em equipe com clientes em terapia cognitivo-comportamental* (S. M. M. da Rosa, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva. Manual do terapeuta*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Ministério da Saúde. (1999). Avaliação das ações de aconselhamento em DST/Aids. *Coordenação Nacional de DST e Aids*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2004). *Manual de prevenção de assistência e aconselhamento em HIV/AIDS para profissionais de saúde mental*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2008). *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Programa Nacional de DST e Aids*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2010a). *Curso básico de aconselhamento em DST/AIDS online*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2010b). *Manual de assistência psiquiátrica em HIV/AIDS*. Brasília, DF: Autor. Recuperado em <http://www.aids.gov.br/publicacao/2000/manual-de-assistencia-psiquiatrica-em-hivaids>
- Ministério da Saúde. (2012). *Boletim Epidemiológico AIDS e DST*, 8(1).
- Molassiotis, S. A., Nahas, V., Chung, W., & Lam, S. (2003). A pilot study of the effects of a behavioral intervention on treatment adherence in HIV infected patients. *AIDS Care*, 15, 125-135.
- Overholser, J. (2010). Psychotherapy according to the Socratic Method: Integrating Ancient Philosophy with contemporary cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 24, 354-364. doi:10.1891/0889-8391.24.4.354
- Pereira, M. (2004). Transtornos da personalidade. In P. Knapp (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 311-316). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Rangé, B. (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Reis, R. K., Haas, V. J., dos Santos, C. B., Teles, S. A., Galvão, M. T. G., & Gir, E. (2011). Sintomas de depressão e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 19(4). doi:10.1590/S0104-11692011000400004
- Rodrigues, V. S., & Horta, R. L. (2011). Modelo cognitivo-comportamental da depressão. In I. Andretta & M. S. Oliveira, *Manual prático de te-*

- rapia cognitivo-comportamental (pp. 235-248). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Rousaud, A., Blanch, J., Hautzinger, M., De Lazzari, E., Peri, J. M., Puig, O., ...Gatell J. M. (2007). Improvement of psychosocial adjustment to HIV-1 infection through a cognitive-behavioral oriented group psychotherapy program: A pilot study. *AIDS Patient Care, 21*(3), 212-222. doi:10.1089/apc.2006.0077
- Silva, A. M., & Camargo, K. R. C., Jr. (2011). A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva, 16*(12), 4865-4874. doi:10.1590/S1413-81232011001300035
- Soares, P. S., & Brandão, E. R. (2012). O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: Uma revisão da literatura internacional, 1999-2011. *Saúde e Sociedade, 21*(4), 940-953. doi:10.1590/S0104-12902012000400013
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos de personalidade: Uma abordagem focada nos esquemas*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Recebido: 09/12/2013

1^a revisão: 20/05/2014

2^a revisão: 16/06/2014

Aceite final: 27/06/2014