



**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

Estudo quase-experimental a um programa de intervenção psicoterapêutica em grupo para facilitar o aumento de crescimento pós-traumático e a diminuição de estigma no VIH

Nuno Tomaz dos Santos

Dissertação orientada por:

Prof. Doutora Catarina Ramos

Centro de Investigação Egas Moniz, Egas Moniz School of Health & Science, Caparica, Portugal

Coordenadora de Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Isabel Leal

WJCR – William James Center for Research, Ispa – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

Dissertação submetida para aquisição do grau de

Mestrado em Psicologia Clínica

2022/2023

Dissertação apresentada no ISPA – Instituto Universitário, ao ano de 2023, para cumprimento do requisito imperativo à aquisição do grau de Mestre em Psicologia Clínica, realizada com a orientação da Professora Doutora Catarina Ramos e a coordenação de seminário da Professora Doutora Isabel Leal.

Agradecimentos

Começo por agradecer a todas as pessoas que vivem com VIH que participaram no estudo e, em especial, às que se envolveram e comprometeram no processo de intervenção. Agradecer-lhes a generosidade da partilha das suas experiências e histórias de vida. Agradeço-lhes a oportunidade que me conceberam de poder estar junto deles neste momento de partilha tão especial de narrativas, emoções e sentimentos, bem como simultaneamente assistir aos seus crescimentos pós-traumáticos e crescer junto deles também, não apenas profissionalmente, mas humanamente sobretudo (!).

É difícil explicar a enorme gratidão que tenho pela Professora Doutora Catarina Ramos, neste processo, não apenas pela orientação da dissertação e revisão das várias versões da dissertação, mas também pela admiração que tenho por dela, por ter criado uma das intervenções, que tive o privilégio de adaptar ao VIH. Intervenção que considere desde muito cedo, não apenas eficaz cientificamente, mas sobretudo também, pelo construto que representa (o CPT), duma enorme sensibilidade e respeito terapêutico. Agradeço a orientação, facilidade nos recursos e a transferência de conhecimentos (teóricos e o “saber fazer”), o acolhimento do projeto desde o primeiro momento (apesar de todas as adversidades), os momentos de reforço de motivação (quando o cansaço já dava sinal), bem como a gigantesca paciência para ouvir a enormidade de atrocidades teóricas que num processo de crescimento e amadurecimento académico faz parte.

O meu sincero agradecimento à Professora Doutora Isabel Leal, coordenadora do seminário de dissertação, por ter autorizado e ajudado a concretizar o desejo que sempre tive desde o final do primeiro ano do curso no ISPA, em ligar crescimento pós-traumático, por via de uma intervenção, ao VIH. Agradeço-lhe também a disponibilidade para me ouvir sempre que foi necessário e a revisão final dos textos da dissertação.

Gostaria de agradecer também a colaboração da Joana Bastos, da Rita Gomes, da Cristina Caldas, da Maria João Brás, da Maria João Moura, do Luís Veríssimo, da Isabel Nunes e da Jéssica Duarte, pelo apoio imprescindível, confiança e amizade, que me conceberam no processo de recolha de participantes, sem o qual o estudo seria muito difícil de concretizar.

À Associação Abraço, à Associação Positivo, ao GAT, à SERES e à Cáritas de Setúbal, pelo apoio às pessoas que vivem com VIH e por estarem disponíveis em colaborar com o estudo.

Ao ISPA, por apoiar logisticamente e em recursos, o estudo.

À Catarina Isabel pelas explicações fundamentais de como funciona o SPSS e ao Professor Doutor Jorge Sinval pela paciência nas tutorias necessárias para concretizar as análises estatísticas.

À Dra. Sofia Névoa, orientadora do meu local de estágio, pela enorme compreensão e disponibilidade que teve, na conciliação de horários entre estágio, seminário de dissertação, entrevista de recrutamento e intervenção.

Aos Professores Doutores Maria João Gouveia, Joana Isabel Robalo, José Alberto Gonçalves e Pedro Alexandre Costa, pelos ensinamentos sobre bem-estar, biologia e neurociências, saúde sexual, desenvolvimento de orientação sexual e identidade de género, conteúdos para mim essenciais num processo psicoterapêutico, sobretudo, na área do VIH.

Ao Amílcar Soares e à Vera Lopes, dois grandes amigos neste processo, pela paciência e grandes conversas que tivemos, organizadoras em muitos momentos difíceis.

Ao Giovani Paschoal Silva, que ao longo de cinco anos, ensinou-me o significado rogeriano de “aceitação incondicional”, fundamental neste processo.

Ao meu pai e ao Vasco, que tanto me ajudaram, sobretudo nos períodos difíceis, e que com o seu amor, nunca deixaram de me apoiar na concretização do meu sonho.

Resumo

A investigação entre crescimento pós-traumático (CPT) e VIH é escassa. Relação entre CPT e estigma é controversa. Existem evidências de intervenção psicoterapêutica em grupo facilitar CPT em amostras clínicas, mas não no VIH. O principal objetivo foi avaliar a eficácia de uma intervenção psicoterapêutica em grupo no aumento do CPT e na diminuição de estigma no VIH. Desenho quantitativo, longitudinal, quase-experimental e descritivo-observacional. Amostra de 42 seropositivos adultos, divididos por GE ($n = 21$) e GC ($n = 21$). O GE foi sujeito a uma intervenção psicoterapêutica em grupo de 9 semanas, semanal. Instrumentos: ICC, ICPT, PSS-10, Estigma VIH, Expressão emocional, stress VIH, literacia VIH e capacidades. Concluiu-se que a intervenção diminuiu o estigma ($t_{(42)} = -3,040$; $p = 0,004$) e a Autoimagem Negativa ($W = -2,937$; $p = 0,003$) significativamente e tendencialmente no CPT ($t_{(40)} = 1,659$; $p = 0,052$), Força Pessoal ($W = -1,685$; $p = 0,092$), Mudança Espiritual ($W = -1,790$; $p = 0,073$), Estigma Personalizado ($W = -1,936$; $p = 0,053$) e Preocupações de Divulgação ($W = -1,937$; $p = 0,053$) em comparação com GC. Correlações positivas foram encontrada entre Apreciação pela Vida e Mudança Espiritual com estigma e Autoimagem Negativa. Estigma e Capacidades Físicas explicou ($F = 10,007$; $p \leq 0,001$) Mudança Espiritual em 64% no GE. Estigma e Capacidades Sociais explicou ($F = 6,062$; $p = 0,044$) Apreciação pela Vida em 8% na amostra total. Expressão emocional explicou CPT ($\beta = 0,532$; $t = 3,994$; $p \leq 0,001$).

Palavras-chave: Crescimento pós-traumático, disrupção de crenças centrais, VIH ou vírus da imunodeficiência humana, intervenção psicoterapêutica em grupo, estigma.

Abstract

Research into post-traumatic growth (PTG) and HIV is scarce. The relationship between PTG and stigma is controversial. There is evidence of group psychotherapeutic intervention facilitating PTG in clinical samples, but not in HIV. The main objective was to evaluate the effectiveness of a group psychotherapeutic intervention in increasing PTG and decreasing stigma in HIV. Quantitative, longitudinal, quasi-experimental and descriptive-observational design. Sample of 42 HIV-positive adults, divided into EG (n = 21) and CG (n = 21). The EG underwent a 9-week weekly group psychotherapeutic intervention. Instruments: CBI, PTGI-X, PSS-10, HIV stigma, emotional expression, HIV stress, HIV literacy and skills. It was concluded that the intervention reduced stigma ($t_{(42)} = -3.040$; $p = .004$) and Negative Self-Image ($W = -2.937$; $p = .003$) significantly and tendentially in PTG ($t_{(40)} = 1.659$; $p = .052$), Personal Strength ($W = -1.685$; $p = .092$), Spiritual Change ($W = -1.790$; $p = .073$), Personalized Stigma ($W = -1.936$; $p = .053$) and Disclosure Concerns ($W = -1.937$; $p = .053$) compared to CG. Positive correlations were found between Appreciation for Life and Spiritual Change with stigma and Negative Self-Image. Stigma and Physical Capacities explained ($F = 10.007$; $p \leq .001$) Spiritual Change in 64% of the EG. Stigma and Social Capabilities explained ($F = 6.062$; $p = 0.044$) Appreciation for Life in 8% of the total sample. Emotional Disclosure also explained PTG ($\beta = 0.532$; $t = 3.994$; $p \leq 0.001$).

Keywords: Post-traumatic growth, disruption of core beliefs, HIV or human immunodeficiency virus, group psychotherapeutic intervention, stigma.

Índice

Índice	vii
Lista de anexos	ix
Lista de figuras	ix
Lista de tabelas	ix
Lista de abreviaturas	x
Introdução	12
Estrutura da Dissertação	13
Estado da Arte	14
Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH).....	14
<i>Descrição e Terapêutica.....</i>	<i>14</i>
<i>Prevalência e Minorias.....</i>	<i>15</i>
<i>Impacto Psicológico com o Diagnóstico Positivo de VIH.....</i>	<i>17</i>
Comorbilidades de saúde mental com o VIH.....	19
Perceção Sobre Corpo no VIH	20
Trajetória do Corpo com Vírus Detectável para Indetectável	21
Crescimento pós-traumático (CPT).....	22
<i>Definição de Construto.....</i>	<i>22</i>
<i>Modelo Teórico de CPT</i>	<i>24</i>
<i>Expressão Emocional e Procura de Apoio Social no CPT</i>	<i>26</i>
<i>CPT e VIH.....</i>	<i>27</i>
Estigma	28
<i>Estigma e VIH.....</i>	<i>29</i>
<i>Estigma e CPT</i>	<i>30</i>
Intervenção psicoterapêutica e CPT.....	31
<i>Expert Companion.....</i>	<i>33</i>
<i>Intervenções Psicoterapêuticas em Grupo para Facilitar CPT e Resultados... 34</i>	
<i>Intervenção Psicoterapêutica em Grupo CPT no Cancro de Mama</i>	<i>36</i>
Pertinência	37
<i>Questão de Investigação</i>	<i>38</i>
<i>Objetivo Geral</i>	<i>39</i>
<i>Objetivos Específicos</i>	<i>39</i>
Método	39
Desenho de Investigação	39

Contexto do estudo	40
Participantes	40
Procedimentos.....	45
Intervenção Psicoterapêutica	46
Material.....	48
Crescimento Pós-traumático	48
Estigma.....	49
Crenças Centrais.....	49
Stress Percebido.....	50
Stress Percebido Relacionado com VIH.....	50
Perceção de Literacia em Saúde Relacionada com o VIH	50
Perceção de Capacidades	51
Expressão Emocional	51
Intervenção em Grupo.....	52
Análise Estatística	52
Resultados	54
Análise Descritiva.....	54
Efeitos de Intervenção em Grupo	55
<i>Resultados de Satisfação da Intervenção em Grupo.....</i>	<i>59</i>
Correlações de Pearson.....	60
Contributo das variáveis no CPT e estigma	63
Discussão	67
Limitações metodológicas do estudo.....	75
Implicações científicas, teóricas e para a prática clínica	77
Referências	78

Lista de anexos

Anexo A - Guião dos Principais Tópicos Informativos para o Recrutamento.....	105
Anexo B – Bateria de Instrumentos e tópicos de entrevista da Primeira Avaliação.....	107
Anexo C – Bateria de Instrumentos da Segunda Avaliação	119
Anexo E – Estrutura, objetivos do programa, tema e descrição de cada sessão	126
Anexo F – Guião de intervenção	130
Anexo G – Autorização do instrumento da Escala de Stress Percecionado	166
Anexo H – Autorização do instrumento da Escala de Estigmatização VIH.....	168
Anexo I – Autorização para aplicação do instrumento PTGI-X.....	170
Anexo J – Análises Fatoriais Exploratórias da Escala de Estigmatização VIH	172
Anexo K – Questionário de Avaliação da Intervenção em Grupo.....	174
Anexo L – Valores de Normalidade, Sku e Ku.....	176
Anexo M – Resultados das diferenças entre GE e GC em T1.....	181
Anexo N – Revisão de estudos empíricos de intervenções de CPT.	182
Anexo O – Diferenças entre GE (n = 21) e GC (n = 21) de Idade e Anos VIH	189
Anexo P – Caracterização dos participantes por locais de recrutamento	190
Anexo Q – Cronograma de Implementação de Avaliação.....	191
Anexo R – Material Intervenção: Slides das Sessões do Grupo Psicoterapêutico VIH	192

Lista de figuras

Figura 1. Modelo de processo de CPT adaptado de Tedeschi et., (2018).....	26
Figura 2. Diagrama do Desenho Experimental	40
Figura 3. Cronograma de implementação.....	191

Lista de tabelas

Tabela 1. Características Sociodemográficas Total (n = 42), GC (n = 21) e GE (n = 21).....	42
Tabela 2. Características Clínicas, Amostra Total (N = 42), GC (n = 21) e GE (n = 21).....	44
Tabela 3. Média, Desvio Padrão e Coeficiente de alfa de Cronbach (N = 42).....	55
Tabela 4. Diferenças de Médias, Desvio Padrão e de ET entre T1 e T2 no GE (n = 21)	56
Tabela 5. Diferenças de Médias, DP e de ET entre GE (n = 21) e GC (n = 21) em T2.....	57
Tabela 6. Diferenças de Médias, Desvio Padrão e de ET entre T1 e T2 no GC (n = 21).....	58
Tabela 7. Correlações de Pearson com o total da amostra em T2 (N = 42).....	61
Tabela 8. Correlações de Pearson com GE (n = 21) em T2.....	62
Tabela 9. Correlações de Pearson com GC (n = 21) em T2	63
Tabela 10. Modelos explicativos das VD de CPT, estigma e subescalas	65

Tabela 11. Modelos de explicação de CPT (VD) em T1	67
Tabela 12. Resultados AFC dos itens da Escala de Estigmatização VIH T1 (N = 42).....	172
Tabela 13. Índices de Adequação dos Modelos testados em T1 (N = 42).....	172
Tabela 14. Resultados da AFC dos itens Escala de Estigmatização VIH T2 (N = 42).....	172
Tabela 15. Índices de Adequação dos Modelos testados em T2 (N = 42).....	173
Tabela 16. Diferenças entre GE (n = 21) e GC (n = 21) de Idade e Anos VIH	189
Tabela 17. Recrutamento da Amostra.....	190

Lista de abreviaturas

AFE – Análise fatorial exploratória
AFC – Análise fatorial confirmatória
APA – American Psychiatric Association
CPT – Crescimento Pós-Traumático
DDI – Distress Disclosure Index
DGS – Direcção-Geral de Saúde
DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
ECDC – Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças
GAT – GAT Portugal, Grupo de Ativistas em Tratamentos
GC – Grupo de controlo
GE – Grupo experimental
HSH – Homens que têm sexo com outros homens
ICPT – Inventário de Crescimento Pós-Traumático
INSA – Instituto Nacional da Saúde Doutor Ricardo Jorge
LGBT – Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros
LPCS – Liga Portuguesa Contra a SIDA
<i>PTGI – Posttraumatic Growth Inventory</i>
<i>PSS-10 – Perceived Stress Scale</i>
<i>RCT – Randomized Controlled Trials</i>
RLM – Regressão Linear Múltipla
RNA – Ácido ribonucleico
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
T1 – Avaliação antes da intervenção
T2 – Avaliação após a intervenção
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

Introdução

O VIH tem sido considerado mais recentemente pela ciência uma infecção crónica e não uma doença mortal (Siddiqi et al., 2016). Estudos recentes têm demonstrado que a receção de um diagnóstico de VIH positivo e/ou a vivência crónica com a infeção, continuam a poder ser sentidos pelo sujeito como experiências traumáticas (Arbune et al., 2019; Catunda et al. 2016; Huntingdon et al., 2020; Li et al., 2016).

Há algumas evidências empíricas de que essas experiências sentidas como traumáticas no VIH, podem ter impactos psicológicos negativos (e.g. stress, ansiedade e estigma) mas também coexistir com o surgimento da perceção de mudanças positivas (e.g., Pięta & Rzeszutek, 2021) em diversas áreas da vida, sendo estas, denominadas por Crescimento Pós-Traumático (CPT, Tedeschi & Calhoun, 1995) e que podem ocorrer em cinco domínios: Apreciação pela Vida, Novas Possibilidades, Força Pessoal, Mudança Espiritual e Relações Interpessoais (Tedeschi et al., 2018). Esta relação entre VIH e CPT parece ser negligenciadas na investigação atual, havendo poucos estudos. É possível que o CPT no sujeito com condição seropositiva, seja mediado pelo estigma relacionado com o VIH, embora haja alguma contrariedade nos resultados apurados atualmente. Há evidência que demonstra que a relação entre estigma e CPT pode ser directa, ou apenas entre domínios de CPT, ou apenas de forma indirecta pelo apoio social (Karmen et al., 2016; Murphy & Hevery, 2013; Zeligman et al., 2016).

Há poucas intervenções em grupo com objetivo primário clínico para facilitar CPT (Roepke, 2015). Não há nenhuma intervenção psicoterapêutica em grupo com objetivo primário clínico para facilitar CPT e diminuir estigma nas pessoas que vivem com diagnóstico de VIH positivo.

A investigação em intervenção psicoterapêutica em grupo com objetivo primário de facilitar CPT é também controversa. Existe literatura que não vê mais-valias na criação de novos protocolos de intervenção (Tedeschi et al., 2018) e o contrário (Roepke, 2015).

Não se encontra também na investigação intervenções em grupo com objetivo primário clínico para facilitar CPT já validadas numa determinada população, que tenham sido testadas em segundas populações. Na revisão do modelo teórico de CPT (Tedeschi et al., 2018), são descritas diversas variáveis que podem influenciar o desenvolvimento do construto de forma directa e indirecta numa intervenção psicoterapêutica. É explicado, também, o processo de desenvolvimento de CPT, assim como são recomendados alguns elementos e sequenciação desses elementos/processos/técnicas para uma intervenção psicoterapêutica que vise o objetivo

primário clínico de facilitação de CPT. Até ao momento, existe apenas uma intervenção psicoterapêutica em grupo com objetivo primário clínico de facilitar CPT individual, que inclua estes cinco elementos e desta forma sequencial, já validada (um estudo RCT [*Randomized Controlled Trials*]). Essa intervenção psicoterapêutica em grupo foi validada numa população clínica de mulheres com cancro de mama não metastático (Ramos et al., 2016; 2017). Todavia, desconhece-se se o protocolo de intervenção (Ramos et al., 2016) poderá facilitar da mesma forma CPT, noutra população clínica se adaptado à mesma, em particular, em pessoas que vivem com diagnóstico positivo VIH.

Assim, é intuito do presente estudo, analisar estas possibilidades, especificamente, se o protocolo de Ramos et al., (2016) adaptado a outra população facilita também CPT, bem como compreender se na população que VIH se o estigma tem relação e pode diminuir quando o CPT aumenta. Como resultados, é esperado que a intervenção psicoterapêutica em grupo aumente o CPT e diminua o estigma, e ainda, que sejam encontradas relações entre as duas variáveis. O desenho deste estudo é quase-experimental e longitudinal, com uma amostra de 42 pessoas que vivem com diagnóstico VIH positivo, há pelo menos 6 meses, residentes na área da Grande Lisboa e Setúbal, com idades acima dos 18 anos e recrutada em instituições e associações, que trabalham com esta população específica. As variáveis psicológicas serão avaliadas em dois momentos (antes e após a intervenção).

Espera-se que os resultados do presente estudo, ofereçam uma melhoria no ajustamento psicológico ao VIH das pessoas que vivem com VIH, bem como oferecer informação mais detalhada à investigação sobre estas temáticas com pouca investigação, mas bastante potencial de impacto na prática clínica.

Estrutura da Dissertação

A presente dissertação estará organizada por cinco secções centrais (introdução, estado da arte, método, resultados e discussão). Em função dos objetivos, o estado da arte será organizado em torno das variáveis de VIH, CPT, estigma, intervenção em grupo para facilitar CPT.

Especificamente no estado da arte sobre a população com VIH, será apresentado i) a definição e a terapêutica, ii) a prevalência e as minorias, iii) os impactos psicológicos (incluindo, as comorbilidades de saúde mental, a perceção do corpo com VIH e ainda o CPT no VIH). Em particular, no estado da arte de CPT, serão apresentadas referências teóricas sobre i) a definição do construto, ii) o modelo teórico de processo, iii) a

importância da expressão emocional e procura de apoio, e iv) CPT e VIH.

Designadamente no estado da arte sobre a variável de estigma, serão também apresentadas referências teóricas sobre i) estigma, ii) estigma e VIH, e iii) estigma e CPT. Especificamente, no estado da arte sobre intervenção em grupo para facilitar CPT, serão apresentados, i) intervenção em grupo em CPT, ii) a importância do *expert companion* no processo de facilitação de CPT, e iii) intervenções em grupo para facilitar CPT e resultados, e iv) a estrutura da intervenção de referência das mulheres com cancro de mama para facilitar CPT de Ramos et al. (2016) utilizada na adaptação no presente estudo.

Após a introdução e o estado da arte, serão explicados todos os processos metodológicos, nomeadamente, o desenho experimental e contexto da investigação, a adaptação da intervenção à população com VIH (i.e. resumo dos tema e objetivos por sessão, guião e material utilizado [slides]), a caracterização dos participantes (em termos sociodemográficos e clínicos), o material utilizado (instrumentos), o cronograma da execução e o plano de análise estatística. Seguidamente serão apresentados os resultados e a discussão (incluindo limitações do estudo e as implicações clínicas, científicas e teóricas). Por último, serão apresentadas as referências e todos os anexos.

Estado da Arte

Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH)

Descrição e Terapêutica

O VIH tem sido identificado como um retrovírus (i.e. armazena dados semelhante ao RNA) descoberto nos anos 80, o qual, hospedado no corpo humano multiplica-se e destrói as células T (auxiliares dos linfócitos CD4+), degradando o sistema imunitário, e desenvolvendo a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Este vírus conduz à diminuição das defesas do organismo perante outras infeções. O VIH manifesta-se de diferentes modos (clínica, imunologicamente e virologicamente), de formas distintas em função do ciclo de evolução e do produto genético dos hospedeiros. O ciclo de evolução tem sido caracterizado com a divisão por três estádios, tendo por base a quantidade de células CD4+: agudo (≥ 500 células/mcl), crónico (200-499 células/mcl) e o surgimento da SIDA (< 200 células/mcl). O agudo tem sido caracterizado por ocorrer nos primeiros períodos da infeção (podendo ser dias, semanas ou meses). Já tendo sido frequente o

surgimento de sintomas como febre, cansaço, dores de garganta, dores musculares, dores de cabeça, manchas na pele, perda de peso e de apetite, ou aumento dos gânglios linfáticos. O crónico tem sido identificado com o vírus já se ter instalado no corpo humano e começou a multiplicar-se e a destruir as células. A SIDA caracteriza-se como a fase em que as defesas do sistema imunitário já se tornaram insuficientes para defender o organismo perante novas infeções ou tumores. A ciência tem explicado as possibilidades de contágio no VIH; a saber: por troca de fluidos corporais como esperma, sangue, secretação vaginal e leite materno; quando o portador do vírus, encontra-se em condição seropositiva detectável (Nyamweya et al., 2013).

A terapêutica tem evoluído para respostas de prevenção de pré e pós exposição ao vírus no estágio agudo, bem como nos casos do estágio crónico, onde tem oferecido uma maior longevidade na esperança média de vida e qualidade sintomática (Vance et al., 2019). A terapêutica para o estágio crónico já demonstrou oferecer um estado de biomedicação (dependência farmacológica variada) eficaz, travando a multiplicação das cargas virais e protegendo as células CD4⁺ (Siddiqi et al., 2016). O que tem conduzido os portadores do vírus à condição física de indetectabilidade viral (quantidades de RNA do VIH praticamente ausentes) (Chida & Steptoe, 2008). A terapêutica parece ter vindo a retirar assim o estatuto de doença “mortal” ao VIH, passando-o a caracterizá-lo como “infeção crónica” (sobrevivência a longo prazo) sem o desenvolvimento da SIDA (Deeks et al., 2013).

Ao longo dos tempos, tem existido uma correlação entre a resposta emocional após o momento de receção do diagnóstico e a ocorrência de trauma precoce ou stress pós-traumático nos sujeitos com VIH (Anakwa et al., 2021; Keuroghlian et al., 2011; Samuels et al., 2011; Machtinger et al., 2012; Whetten et al., 2013).

Prevalência e Minorias

O VIH, por associação à SIDA (enquanto fase terminar sem qualquer tipo de intervenção terapêutica), tem sido considerado mundialmente a doença secundária de imunodeficiência mais conhecida em todo o mundo, mas com a menor prevalência de casos em comparação com outras doenças crónicas (e.g. o cancro ou a diabetes tipo II). Com uma perceção social da condição clínica (seropositiva), maioritariamente exagerada e errónea (associada a elevado risco de vida) (Chinen & Sheaner, 2010; Diabetes, Who, 2023; Global Cancer Observatory, 2023; Hays et al. 2000; Who, 2023).

Na região Europeia, foram identificados aproximadamente 107 000 novos casos só em 2022 (ano condicionado pela COVID-19 e que registou menos 24% que 2019). Atualmente, o VIH afeta mais de 2,3 milhões de pessoas na Região da Europa, com uma taxa de 12 diagnósticos por cada 100.000 habitantes, maioritariamente com idades ≥ 50 anos ($M = 14,5\%$) e uma proporção entre diferentes sexos de 1.7. O último relatório publicado pelo Gabinete Regional da OMS para a Europa com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, realçou que a transmissão do vírus continua a ser preocupante, ainda que a tendência para o aumento de novos casos nos países da Europa varie. Na zona Oeste dos países da Europa, em 2022, registaram-se 17 130 novos casos, com uma taxa de diagnósticos por cada 100 mil habitantes situada nos 3.9, uma percentagem de 22,8% com idades ≥ 50 anos e uma proporção entre sexos de 3.2 (WHO Regional Office for Europe & Seguin-Devaux, 2022).

O Relatório da Infecção por VIH em Portugal de 2022, com dados recolhidos até ao final de outubro de 2021, publicado em parceria pela Direcção-Geral de Saúde (DGS) e o Instituto Nacional da Saúde Doutor Ricardo Jorge para o controlo e vigilância epidemiológica da epidemia em Portugal, especificou que o país teve uma prevalência de novos casos das mais elevadas entre os países da Europa (aproximadamente acima dos 50%), tendo identificado 1 803 novos casos (menos 44% comparando entre 2012-2021), uma taxa de diagnósticos por cada 10.000 habitantes situada nos 8.7, entre os quais a maioritariamente do sexo masculino (proporção de 2,5 por comparação com o sexo feminino), com a referência dos 39 anos como a mediana nas idades, 27% com idades >50 anos e 56% entre os homens que são homens que têm sexo com outros homens (HSH) (sobretudo com idades > 30 anos). Maioritariamente residentes na área metropolitana de Lisboa (48,9%), nativos de Portugal (53%), com o episódio de infeção ocorrido em Portugal (73,4%) e o principal modo de transmissão tem sido a via sexual (92%). Entre 2020 e 2021, foram registados 415 novos casos de SIDA e 298 mortes correlacionadas. A Profilaxia Pré-Exposição ao VIH abrangiu-o em 2021, apenas 1.586 novas pessoas, num total de 24 hospitais (DGS, 2021).

O risco de novos casos de infeção por VIH foi ao longo dos anos desproporcional de forma mundial (e.g. África enfrenta 20x mais probabilidades de contrair infeção do que nos E.U.A. ou na Europa). No início da epidemia de VIH/SIDA, sobretudo nos E.U.A., a prevalência de novos casos foi $>50\%$ de HSH, com o principal modo de transmissão a via sexual. Tornando-se de imediato numa das populações consideradas de maior risco e

que se mantiveram até aos dias de hoje. Ainda que ao longo dos anos a taxa de maior risco se tenham deslocado dos HSH de etnia brancos para Negro/Afro-descendentes ou latinos, e, hoje se dê maior ênfase ao *status* socioeconómico dos sujeitos (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019; Haas et al., 2020). Tendência, que se foi repetindo em termos Europeus e em Portugal (DGS, 2021). As condições económicas ou de qualidade de vida, foram ao longo dos anos ganhando maior ênfase enquanto fator de maior risco de influência de contrair infeção e de desenvolver SIDA. Passando inclusivamente a associar-se a expressão de “população de maior risco” em HSH, para sujeitos que fossem vítimas adicionalmente de stress minoritário (Herek, 2009; Meyer, 1995), tivessem trauma associado a abuso sexual na infância ou problemas psicossociais (Stall et al., 2003; Stall & Mills, 2006). Um segundo grupo de “risco” com maior incidência desde o início da epidemia, foram os utilizadores de drogas por via injetável e os profissionais de sexo. Grupos que têm diminuído a prevalência consideravelmente, quer tanto na Europa como em Portugal (DGS, 2021; WHO Regional Office for Europe & Seguin-Devaux, 2022). A estes contextos tem-se somado como indicadores de “risco” de contrair a infeção, fatores como género (com o feminino mais elevado) e da imigração (Pantalone et al., 2020; Ruiz-Perez et al., 2017).

Impacto Psicológico com o Diagnóstico Positivo de VIH

A experiência sentida como traumática do VIH, de ameaça somática, identitária e social, pode ter um forte impacto no ajustamento psicológico, tanto imediatamente após a receção do diagnóstico, como durante a vivência crónica com a infeção ou na doença. Impactos psicológicos directos na aceitação da condição seropositiva, nos auto-cuidados necessários terapêuticos de saúde (i.e. toma dos antirretrovirais) e da continuação da adesão à terapêutica de forma crónica (Catunda et al. 2016; Huntingdon et al., 2020; Li et al., 2016), são verificados. Alguns estudos referem que, desde os anos 80, o momento de receção do diagnóstico VIH tem o poder de gerar identidades (impostas), marcadamente estereotipadas pelo início da epidemia (i.e. de pacientes com corpos em decadências físicas marcadas pela SIDA) e pelo estigma social (i.e. associado aos principais grupos de maior prevalência), podendo originar a perceção de atentado à vida física (i.e. perceção de ausência de segurança imunitária e aceleração do processo de decadência física por doença no sujeito), o que tem conduzido e.g. a stress pós-traumático (Catunda et al. 2016; Martin & Kagee, 2011; Pearson, 2013).

Os avanços da terapêutica para o VIH/SIDA, têm permitido alterar esta perceção no sujeito de ausência de segurança imunitária e aceleração de processo de decadência física (uma espécie de “sentença de morte”), sendo estas atualmente sentidas, sobretudo, em sujeitos nos quais a terapêutica não tem sucesso (Arbune et al., 2019).

Alguns dos impactos psicológicos na fase inicial logo após a receção do diagnóstico, podem ser: dificuldades emocionais, presença de sintomas de ansiedade e de depressão, bem como uma elevada taxa de ideação suicida (Ying et al., 2017).

Ao longo da vivência crónica com o VIH, alguns dos impacto psicológicos no sujeito podem ser a dificuldade na gestão de stress (Reis et al.2010), ter depressão (Turk et al. 2022; Yousuf et al., 2019), surgir stress pós-traumático com já referido (Machtinger, et. al 2012; Sherr, L. et. al. 2011), ou podem ocorrer perceções erradas acerca da evolução do vírus VIH e da terapêutica conduzindo à interrupção da medicação (Anakwa et al., 2021; Lima, 2007), disfunções sexuais com impacto direto na relação consigo próprio e com os outros (De Vicentis et al., 2021) ou ainda, rejeição de apoio familiar por questões de estigma (Camargo et al., 2014)

O estigma relacionado com o VIH tem também um forte impacto psicológico no sujeito com VIH nas duas fases (i.e. após o diagnóstico e na cronicidade com a infecção) (e.g. Earnshaw et al., 2021). Em particular, o estigma que ocorre no momento da receção do diagnóstico ou num hiato de tempo relativamente próximo a este, pode conduzir a respostas disfuncionais (e.g. a rejeição do diagnóstico) facilitando inclusivamente comportamentos de risco a curto-prazo (e.g. práticas de sexo desprotegido por baixa autoestima sexual, consumo de drogas por dificuldade em lidar com a realidade percebida e isolamento) e a longo prazo na vivência da crónica com a infecção (e.g. suicídio) (Beckett & Shenson, 1993; Kim et al., 2013; Rafiei et al., 2023).

No VIH, como em qualquer doença crónica, a literacia em saúde (ter acesso a informação, entender informação médica, conseguir avaliar os impactos da sua condição física, e tomar decisões e.g. em relação à toma da terapêutica) e o nível de perceção de capacidades (cognitivas, emocionais, sociais e físicas, no lidar com o diagnóstico) tem podido ser mediador de saúde psicológica (Mooss et al., 2013; Norcini Pala & Steca, 2015; Wawrzyniak et al., 2013; Zhang et al., 2018). Um problema, na medida que os níveis de conhecimentos sobre saúde no VIH, têm tendencialmente e historicamente, sido baixos nos sujeitos seropositivos (Chan et al, 2021).

Comorbilidades de Saúde Mental com o VIH. As perturbações de depressão e de ansiedade são frequentes no processo de adaptação ao VIH, o têm fortes impactos emocionais e físicos.

No que concerne à depressão, o VIH/SIDA foi caracterizado clinicamente, no início da epidemia, pela junção de surtos de infeções incapacitantes, chamado de “depressão imunitária”. O que de certa forma foi associado às questões de depressão endógena ou sintomas depressivos, como o desânimo ou as alterações psicomotoras (e.g. lentificação). Misturando perceções dos aspetos físicos e psicofisiológicos da condição da depressão e condição seropositiva (Daudel & Montagnier, 1995; Milam, 2004). Recentemente, a literatura tem demonstrado que a maior prevalência da perturbação de depressão no VIH, advém essencialmente por processos de estigma percebido relacionado com o VIH (assente na perceção de crenças e sentimentos negativos, especificamente relacionados com os estereótipos das pessoas seropositivas; Gonçalves et al., 2022; Vanable et al., 2006). Em particular, a depressão *major* afeta a adesão à terapêutica, aumentando as cargas virais, com efeitos neuropsiquiátricos, conduzindo à demência e à perturbação de ordem motora (APA, 2000; Ciesla & Robert, 2001; Collins et al., 2006; Cook et al., 2004). Os fármacos contra a depressão têm interferido com a eficácia da terapêutica antirretroviral e com a função sexual (Angst, 1998; De Vincentis et al., 2021), o que de certa forma tem dificultado também a adaptação física e o bem-estar sexual (De Vincentis et al., 2021; Schuster et al., 2012).

A ansiedade ou o stress, tem sido documentado que ocorre com uma função inicialmente adaptativa e preventiva contra ameaças (biológicas, comportamentais, sociais, psicológicas e emocionais) à nova condição física com VIH (Lazarus & Folkman, 1984; Leahy, 2011). Contudo, o stress em excesso (o *distress*) e crónico, já foi demonstrado em estudos que foi lesivo na doença crónica, e, em particular também no VIH, por reduzir as resistências imunitárias no sujeito por via do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal e do sistema nervoso simpático (Ramos, 2005; Selye, 1974; Springer et al. 2012; WHO, 2002). Por outro lado, alguns estudos têm identificado o suporte social de grupo como um fator protetor na perceção de stress no sujeito com VIH (e.g. Calveltti et al. 2016). A perceção de stress parece derivar da imprevisibilidade da evolução da infeção, do receio de contágio ou da reinfeção, que somados à baixa literacia em saúde, já originou sintomas obsessivos de hipervigilância em sujeitos, de acordo com o estudo de Cohen (2016). De uma forma resumida, a perceção de stress no VIH tem sido influenciada pela qualidade de vida, quer em termos de bem-estar físico,

recursos internos, condições socioeconômicas, suporte social, literacia em saúde e baixa auto-estima (Heckman, 2003; Wawrzyniak et al., 2013).

Alguns estudos verificaram também que o processo de envelhecimento com VIH, pode ser um pouco mais rápido, sugerindo maior probabilidade de outras comorbilidades que exigem maiores cuidados de apoio de saúde mental a longo prazo (e.g. com diabetes tipo II ou com as doenças cardiovasculares) (e.g. Friedman & Duffus, 2016; Webel et al., 2021). Estudos referem que existem efeitos secundários da terapêutica, ainda que em dimensões muito menores (em comparação com os primeiros fármacos) e variando por fármaco (e.g. insónias ou alterações de humor) (e.g. Gat, 2023; Sermais, 2023).

A estes contextos de comorbilidades de saúde mental no VIH, acrescentam-se ainda dificuldades/desafios acrescidos psicológicos, em algumas populações específicas de maior risco, como os imigrantes (onde existe a barreira da compreensão linguística), anteriores consumidores de drogas, comunidades LGBT ou sujeitos com baixos recursos económicos (Altice et al.2010).

Perceção Sobre Corpo no VIH. A perceção sobre o corpo seropositivo, implica a reflexão sobre a terapêutica. A biomedicalização foi um termo comum na saúde, sobretudo em termos sociológicos na relação com a doença (Persson, 2013). Clarke e Shim (2011), definiram biomedicalização como uma tendência gradual na medicina para produzir terapêuticas que visavam uma dependência continuada (i.e. ao longo da vida) de fármacos, de forma a minimizar os impactos das doenças. A lógica implícita destas terapêuticas no VIH, não foi curar ou normalizar mudanças corporais com o vírus, mas sim, procurar controlar medicamente e virologicamente o fenómeno. A biomedicalização foi complexa e variada ao longo da história da epidemia do VIH, com múltiplas terapêuticas, com diferentes impactos biológicos e físicos sobre o corpo e a mente, influenciando de forma negativa o autoconceito do sujeito seropositivo (Clarke et al., 2010; Persson, 2013). A biomedicalização atual tem sido bastante eficaz no impedimento da multiplicação do vírus e tem pretendido modificar a perceção do sujeito com VIH, em termos da esperança média de vida, do bem-estar físico e sexual em igualdade com o seronegativo (aproximando-os com características físicas semelhantes). A investigação mais recente, revela que a biomedicalização influenciou o crescimento de perceções de mudanças sobre o corpo no sujeito com VIH, mas apenas

associado ao significado de que o corpo com VIH, é um corpo que precisa de ser preservado (Cohen et al., 2011; De Vicentis et al., 2021; Persson, 2013; Squire, 2010).

Trajetória do Corpo com Vírus Detectável Para Indetectável . O VIH foi descoberto nos anos 80, por corpos de carga viral detectável já em estágio de SIDA, com insuficiências nas defesas imunitárias no organismo, que apresentavam um conjunto de tumores, de infeções físicas e visíveis (e.g. a tuberculose e meningite). Os corpos com SIDA (carga viral detectável em estados avançados) eram rotulados de “síndrome de Lázaro”. Identificados com conjuntos de infeções, alterações anatómicas (e.g. o sarcoma de Kaposi) e elevada perda de peso (i.e. a caquexia) (Milam, 2006). Na fase inicial da epidemia (i.e. nos anos 80), a ausência de explicação sobre a forma de contágio, a ameaça constante física e social à própria vida, bem como a mediatização dos *media* deste corpo em falência rotulado, contribuiu para a construção de uma imagem e significado social sobre a doença (Persson, 2013; Treichler, 1991). Alguns estudos demonstram que a partir dos anos 90, o discurso social (i.e. ansioso e fóbico, que não compreendia como é que o contágio do VIH ocorria e de onde provinha o vírus, mas que tinha a perceção deste como significado de sentença de morte por insegurança imunitária e aceleração física de decadência corporal pela SIDA), categorizou o significado da previsibilidade de ser-se ou não seropositivo, em função de ter-se ou não comportamentos desviantes à norma aceitáveis socialmente, como uma espécie de julgamento moral sobre os mesmos (e.g. se os sujeitos tinham ou não comportamentos sexuais fora da norma, se consumiam ou não drogas injetáveis) (Persson & Newman, 2008; Persson, 2013). Nos anos 90, este discurso social fóbico sobre a doença, estereotipou a previsibilidade do contágio às chamadas populações vulneráveis ou de maior risco (i.e. os consumidores de drogas, as trabalhadoras de sexo e os homossexuais). Estudos mostram que a terapêutica dos dias de hoje retirou este “sentir” aterrorizado do corpo seropositivo de carga viral detectável da SIDA, em morte acelerada (por insegurança imunológica), hiper-contagioso, julgador de comportamentos, mas permaneceu a ideia de um corpo doente carente de hiper-preservação (Persson, 2005; 2013).

A indetectabilidade do vírus no corpo assemelhou-se ao corpo “dentro da norma” (Swiss Consensus Statement, 2008; Vernazza et al., 2008). O discurso clínico e social de normalização corporal tem sido sobretudo associado à prevenção epidemiológica, não integrando as experiências de viver com VIH nos dias de hoje de sujeitos que vivem

bem sendo seropositivos (Adam, 2011; Kippax & Stephenson, 2012; Persson, 2013). Parece persistir um “sentir” internalizado de forma negativa, de um corpo doente, sinónimo de repressão e abjeto (Earnshaw et. al. 2021; Persson, 2013). Podendo prolongar-se diariamente com a toma da terapêutica ou em cada momento de intimidade sexual (Chesney, 2000; Persson, 2013). Aspetos, já relacionados com literacia em saúde e estigma (Nhamo-Murire & Macleod, 2017).

Na ausência de literacia em saúde e na presença de estigma prévio, ambos relacionados com o VIH, parece facilitar o “sentir” de um corpo seropositivo detectável (i.e. próximo de síndrome de Lázaro), ainda que este possa já ser clinicamente indetectável (Earnshaw et. al. 2021). O momento de confirmação do diagnóstico de VIH positivo, acrescentado pelo instante em que é fornecida informação médica atualizada sobre a doença, no sujeito com défice de literacia e presença de estigma, parece poder favorecer a disrupção de crenças centrais (Janoff-Bulman, 2006; Rzeszutek & Gruszczyńska, 2022). Contudo, metaforicamente pode ser pensado, se nos casos dos sujeitos que não aderem à toma da terapêutica ou não aceitam o diagnóstico, se a memória (ou fantasia) sobre o corpo detetável rotulado de síndrome de Lázaro é emergido, alterando a realidade percebida, impedindo a atualização para um “sentir” mais consciente de um corpo seropositivo indetetável mais contemporâneo clinicamente. Algo ainda não estudado. Algo que pode assemelhar-se, aos processos dissociativos secundários (e não primários) nos casos de stress pós-traumático de abuso sexual precoce, em que não ocorre a repressão, mas sim a perceção da realidade é modificada em estados do Ego (Davies & Frawley, 1991).

Este “sentir” internalizado de forma negativa do corpo indetectável, de certa forma já foi mostrado pela literatura, ser uma dificuldade no ajustamento e adaptação ao processo de vivência crónica com o VIH (De Vicentis et al., 2021; Huntingdon et al., 2020; Persson, 2013).

Crescimento Pós-Traumático (CPT)

Definição de Construto

O crescimento pós-traumático (CPT) tem sido definido como a perceção de mudanças positivas em diversas áreas da vida do sujeito, como resultado do confronto individual com uma experiência potencialmente traumática (Tedeschi & Calhoun, 1995). Pode ser um processo e/ou um resultado (Tedeschi et al. 2018). Surgiu nos anos

80, pelo esforço empírico do Professor Richard Tedeschi e colaboradores, para dar corpo a uma teorização que resultou de uma análise de conteúdos de entrevistas a sujeitos com incapacidades físicas e/ou trauma em situações de luto difíceis (Tedeschi, 2023). Em 1995, foi definido em livro (*Trauma & transformation: growing in the aftermath of suffering*). O quadro teórico ao longo do tempo tem aprimorado o significado do objeto “traumático”. O CPT não se resume a sintomatologia de DSM, mas antes, a um constructo que pode sofrer alterações ao longo do tempo, que pode diferenciar-se entre culturas ou grupos específicos, bem como pode ser traumático só simplesmente porque o sujeito em causa pode não estar psicologicamente preparado para lidar com a situação (Tedeschi et al. 2018). O CPT não se traduz no relato ou no fruto da experiência traumática, mas a consequência da batalha em enfrentar a mesma (e as mudanças que daí derivaram), culminando em transformação, atualização e integração de significados e de vivências (Tedeschi & Calhoun, 2004). As mudanças positivas têm sido identificadas em cinco domínios: 1 – Apreciação da vida (*Appreciation of life*) – o presente é mais valorizado por existir a percepção de que o resultado da experiência traumática ofereceu uma segunda oportunidade, podendo expressar-se por uma maior aceitação das coisas, maior compreensão da própria vulnerabilidade e controlo, bem como aceitação da imprevisibilidade da vida; 2 – Novas Possibilidades (*New Possibilities*) – a percepção de necessidade de re-significação da experiência ou acontecimento potencialmente traumático e o que se seguiu posteriormente, pode originar a vontade de alterar perspetivas pessoais e, pode traduzir-se em novos interesses profissionais, pessoais ou lúdicos; 3 – Força pessoal (ou Competências pessoais) (*Personal Strength*) – o embate com a experiência traumática pode suscitar a percepção de vontade de procurar maior auto-confiança em oposição ao sentimento de auto-vitimização, traduzindo-se por vezes em atitudes como a procura a autoaceitação da vulnerabilidade, de novas competências ou de oportunidades; 4 – Mudança Espiritual (*Spiritual Change*) – o coping com as questões relacionadas com a mortalidade, pode facilitar uma maior clarificação das crenças religiosas ou existenciais (i.e. pode haver o aumento de fé ou a diminuição da mesma e consequente revolta contra essas entidades religiosas/existenciais) ou a procura de uma maior sensação de harmonia com o universo, significado na vida e maior espiritualidade; e 5 – Relações Interpessoais melhoradas (*Relating to Others*) – a percepção de sofrimento psicológico da experiência traumática, pode despoletar uma maior clareza relacional (i.e., há uma maior percepção de quem é significativo e próximo ou não, podendo haver inclusivamente ruturas), uma

maior vontade por mais proximidade, por passar mais tempo de qualidade com pessoas significativas, e por expressar maior transparência e apoio nas relações por via de atitudes ou comportamentos (e.g. aceitar ajuda, maior expressão emocional) (Tedeschi et al., 2018).

Em 1996, foi validado o Inventário de CPT (*The posttraumatic growth inventory* [PTGI]; Tedeschi & Calhoun, 1996]), que tem como objetivo a avaliação do CPT e dos cinco respetivos domínios. Em Portugal, este instrumento foi validado por alguns autores (e.g. Resende et al., 2008; Silva et al., 2009).

O CPT foi estruturado por referências bibliográficas de origem construtivista; especificamente a Teoria da Construção Pessoal (Kelly, 1955), Os Mundos Assumptivos (Janoff-Bulman, 1994) e a Teoria de Esquemas (Epstein, 1990). A ideia original teórica é que o sujeito é capaz de gerar, de uma forma muito individual, categorias cognitivas, e utilizá-las para compreender o seu próprio mundo, o seu futuro, a experiência e o núcleo de crenças acerca de si próprio (Tedeschi et al., 2018).

Durante alguns anos, discutiu-se se CPT poderia ser ilusório, dada elevada mensuração por autorrelato, sugerindo poder realçar auto-percepções enganosas. Em alguns estudos, propuseram uma diferença entre CPT construtivo (a potenciação positiva adicional CPT) e o CPT ilusório (sem alterações na capacidade de potenciar e enfrentar situações novas). Sem consenso sobre esse aspeto (Tedeschi et al., 2018). Actualmente refere-se que o CPT ilusório pode ocorrer, mas será certamente uma minoria, não existindo evidência suficiente que permita discernir a motivação por sujeito, para preservar ou alterar identidade depois da percepção de CPT (Tedeschi et al., 2018). Outra questão relevante, é que a percepção de mudanças e a redução de sintomas de sofrimento psicológico, pode não ocorrer em simultâneo (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014), eventualmente porque a mudança pressupõe o “ataque” às crenças centrais, podendo ser gerador de níveis de stress percebido. Ainda assim, a evidência tem revelado que o CPT pode oferecer adicionalmente, melhores níveis de saúde mental, de auto-consciência corporal e conhecimentos de saúde (Hefferon et al., 2009; Sawyer et al., 2010).

Modelo Teórico de CPT

Empiricamente, o modelo explicativo do processo de facilitação de CPT, tem sido multidimensional, fundamentalmente cognitivo, integrador de várias perspetivas psicológicas (cognitivo-comportamentais, interpessoais, terapias existenciais,

narrativas) e com ênfase na relação terapêutica e na intervenção no trauma (Tedeschi et al., 2018). Realça-se que o CPT pode ser observado num sobrevivente de um acontecimento potencialmente traumático que tenha ou não sido acompanhado em intervenção psicoterapêutica ou clínica (Tedeschi & Moore, 2021).

O percurso para atingir CPT é *dispare*, sendo que não há um percurso único (Tedeschi et al., 2018). Inicialmente, o modelo procurou responder de uma forma breve e estruturada à questão inicial de quais os fenómenos psicológicos que direcionavam para o CPT. O modelo teve princípios norteadores. Os primeiros três, basearam-se essencialmente no fenómeno de mudança de esquemas e no CPT (Janoff-Bulman, 1992; Kelly, 1955; Neimeyer, 1993). Assim, alguns princípios do modelo foram: 1 – o fenómeno de CPT podia ocorrer sem que houvesse percepção do mesmo; 2 – diferentes experiências traumáticas eram influenciadas por múltiplas formas e tinham resultados *dispares*; 3 – as características do sujeito podiam interferir com o processo; 4 – a experiência traumática tinha que ter centralidade na identidade e ser determinística na narrativa de vida; e 5 – percebia-se CPT quando já havia um processo de enfrentamento integrativo da experiência (Tedeschi et al., 2018).

A *disrupção* às crenças centrais tem sido identificada consistentemente como o fator-chave e essencial para o processo de desenvolvimento de CPT (Janoff-Bulman, 2006; Taku et al., 2015; Tedeschi, 2023). Janoff-Bulman (2006) serve de base para a compreensão do que pode implicar a *disrupção* de crenças centrais no modelo de CPT (Tedeschi et al., 2018). A frase “nunca esperei ter um teste VIH positivo” pode ser ilustrativa do despreparo do sujeito na *disrupção* de crenças centrais (uma *desintegração* e *desorganização* interna da experiência por viver, no conjunto de previsibilidades e suposições fundamentais, que constituíam até então a sua visão do mundo). Demonstrando de forma explícita o que ocorre implicitamente no seu mundo psíquico. Perante o acontecimento ou a experiência percebida como traumática, o sujeito apercebe-se de que na vida e no seu quotidiano estão presentes a imprevisibilidade, a incerteza e vulnerabilidade. O que origina uma *disrupção* dos princípios orientadores e percetivos sobre a vida (i.e., *disrupção* das crenças centrais), especificamente, acerca de si próprio, dos outros e do mundo. O que de certa forma provoca um processo de *ruminação*, com o objetivo de reorganizar a estrutura cognitiva anterior e as respetivos crenças centrais (i.e. crenças sobre si próprio, os outros e o mundo). Este processo de *ruminação*, intrusivo e deliberado, procura a atribuição de sentido para o acontecimento

ou a experiência potencialmente traumática, para conseguir reconstruir as crenças centrais (Cann et al., 2010; Tedeschi et al., 2018).

A versão atual do modelo de processo, integra: 1 – Pessoa pré-traumática (características e.g. como bem-estar moderado, idade ou estadio de desenvolvimento, estilo cognitivo); 2 – O abalo/sísmico traumático (os contextos dispare do sujeito pode diferenciar o que é traumático – a forma como o sujeito se pensa); 3 – Desafios (crenças e objetivos de ordem superior, capacidade de gestão da angústia emocional); 4 – Ruminação (ruminativa); 5 – Coping com sucesso (reposicionamento perante objetivos que não são alcançáveis, crenças que não são sustentadas e regulação emocional); 6 – Ruminação (deliberada); 7 – Apoio Social (oferecendo novos esquemas e fontes de conforto); 8 – CPT (nos 5 domínios), com uma narrativa integrativa da experiência traumática (maturidade); 9 – Permanência de algum sofrimento, que se prolonga mantendo em ação a percepção de mudanças de CTP (*Figura 1*) (Tedeschi et al., 2018).

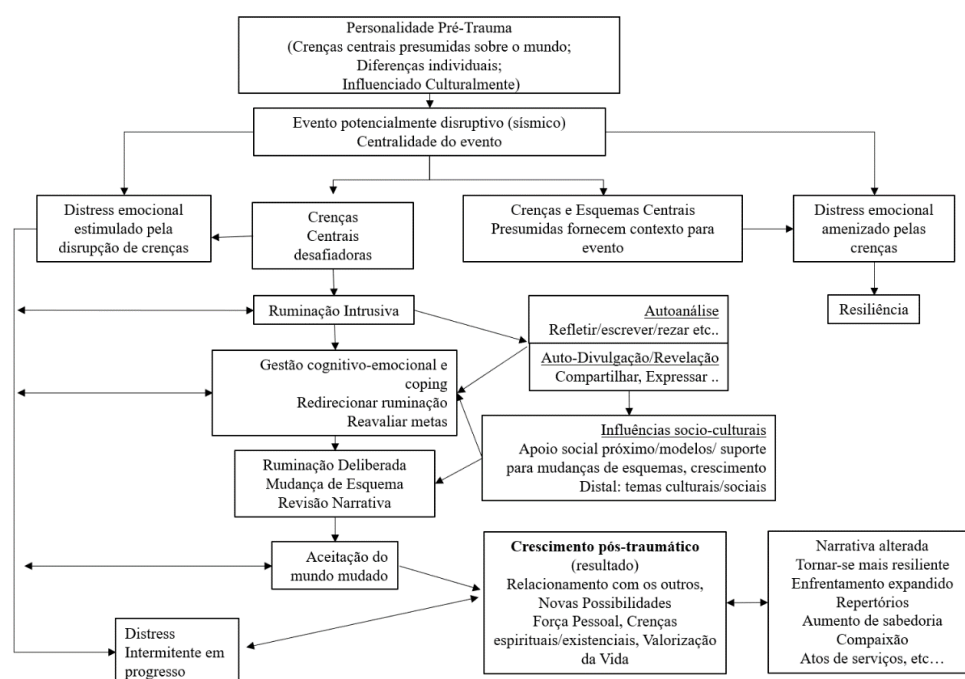


Figura 1. Modelo de processo de CPT adaptado de Tedeschi et al., (2018).

Expressão Emocional e Procura de Apoio Social no CPT

A literatura de CPT tem demonstrado que a procura de apoio social e a expressão emocional facilita o desenvolvimento de CPT (Larsen & Berenbaum, 2015). A expressão das emoções, sentimentos e pensamentos relacionados com a experiência do trauma, pode ocorrer de uma forma direta, por via do convite à partilha da experiência, de forma verbalizada ou escrita, ou ainda, pode surgir por via da identificação com

situações sentidas como desafiantes e partilhadas entre grupo de pares. Os benefícios da expressão emocional são inúmeros para a saúde psicológica e podem incluir: a percepção de CPT, a melhoria da autopercepção e do autoconceito, o aumento da resiliência e do bem-estar psicológico, entre outros (Pennebaker, 1999; Petrie et al., 1995). O sujeito ao expressar parece sentir o alívio sobre o sofrimento psicológico emocional, trabalhando estratégias de resolução de problemas e de gestão emocional. O que facilita o surgimento dum novo processo cognitivo, menos intrusivo e mais deliberado, favorecendo CPT, e, auto-validação e auto-aceitação (dependendo obviamente da rede de apoio e suporte com quem a pessoa está a revelar) (Tedeschi et al., 2018).

CPT e VIH

O fenómeno psicológico de CPT tem sido estudado ao longo dos anos em populações e em tipos experiências traumáticas muito díspares, e.g. cancro, incapacidades físicas, abuso sexual e VIH/SIDA (Milam, 2004; Tedeschi et al., 2018). Apesar dos impactos psicológicos negativos provocados pelo VIH, pode ocorrer também a percepção de mudanças positivas após o confronto com a experiência traumática, do diagnóstico e/ou da vivência com VIH (Milam, 2004; Nightingale et al., 2010; Siegel & Schrimshaw, 2000). O CPT pode contribuir para um melhor ajustamento ao VIH, verificando-se, em pessoas com VIH, uma associação entre CPT e: melhores níveis de saúde mental, melhores resultados imunitários, menor taxa de hospitalização, melhores hábitos alimentares, aumento de exercício físico, menos sintomas de depressão e uso de drogas, menor ideação suicida e maior adesão terapêutica (Hevey, 2013; Milam, 2004, 2006; Murphy & Hevey, 2013; Pięta & Rzeszutek, 2021; Reis et al., 2017; Sawyer et al., 2010). A experiência de CPT no VIH tem sido qualitativamente descrita como um processo que resulta na aceitação da condição física, reforça a reconstrução do self, a reordenação e redefinição de valores, objetivos e sentido da vida, bem como a reconstrução da noção de tempo (Amos, 2015). De acordo com outros estudos, o CPT tem sido associado, também, ao aumento de acções de altruísmo na comunidade, à aquisição de novos hábitos, ao aumento da autoconfiança, ao aumento de atribuições positivas acerca do próprio, à melhoria da autoimagem, à redução do isolamento e dos níveis de stress, bem como ao aumento do desejo de constituir família (e.g. Murti et al., 2022; Tedeschi et al., 2018). O processo de CPT no VIH parece ser complexo. Não se resume ao momento de choque, medo ou descrença na receção do diagnóstico, mas também com a vivência crónica da doença, com diferentes trajetórias, na qual o sujeito

pode experienciar diversas fontes de stress (Milam, 2004; Rzeszutek & Gruszczyńska, 2022). O CPT ocorre, com mais frequência, a partir de 2 anos de convivência com o VIH (Rzeszutek & Gruszczyńska, 2022). Alguns preditores facilitadores de CPT no VIH têm sido identificados na literatura, nomeadamente: 1 – Educação (tem impacto nos recursos e valorização social e pessoal); 2 – Expressão emocional (expresso pela capacidade em falar abertamente de experiências e emoções), optimismo, resiliência e autoeficácia; 3 – Personalidade com características de extroversão e satisfação com a vida; 4 – Apoio percebido; e 5 – Estratégias de reavaliação positiva e boas capacidades de resolução de problemas (Rzeszutek & Gruszczyńska, 2018; Rzeszutek et al., 2019; Sears et al., 2003; Siegel et al., 2005).

Estigma

O estigma tem sido definido como um processo de diferenciação (i.e. por rejeição) do sujeito visado, assente na atribuição de um rótulo que o desvaloriza socialmente (i.e. atribuindo-lhe e características deficitárias e não inclusivas no grupo), realçando imperfeições (e.g. físicas ou relacionais), e culpabilizando-o (i.e. pela doença que tem) (Goffman, 1963). Alguma evidência, demonstrou que o estigma surgiu para segregar o sujeito do grupo social em que este estava inserido, por este representar um desvio aos padrões morais sociais e normas sociais, de funcionamento do grupo. Ou seja, o intuito do estigma foi evitar que este desvio aos padrões e normas realizado pelo sujeito, fosse partilhado por mais elementos dentro do grupo (evitando a contaminação) (Pescosolido & Martin, 2015). A literatura tem verificado também que o estigma pode formar-se a partir de três aspetos: 1 – a presença de pré-conceitos muito primários, próximos da desinformação; 2 – atitudes negativas já com preconceitos expressos fortemente; 3 – comportamentos assentes em evitamento ou rejeição (i.e., discriminação) (Baah-Odoom & Riley, 2013; Tan, 2019). Estudos têm demonstrado também que o estigma pode influenciar o sujeito visado, conduzindo-o à aceitação e internalização a auto-depreciação (Crocker & Major, 1989; Link & Phelan, 2001).

O rótulo desvalorizante e segregante tem-se apresentado em múltiplas formas, entre as quais, o estigma percebido, decretado, na comunidade, antecipatório, internalizado, estrutural e até mesmo a intersecção de múltiplos estigmas ao mesmo tempo (Reif et al., 2021). Quando o estigma está associado a condições de saúde, o mesmo pode ter sido causado pela, a crença internalizada de que a doença foi causada por determinado comportamento disfuncional ou desviante do sujeito, conduzindo a uma representação

negativa da pessoa com VIH (p.ex. culpabilizando-o e envergonhando-o, socialmente) (Cataldo et al., 2012; Link, 1987). O sujeito estigmatizado pode sentir vergonha, inferioridade, culpa, baixa auto-estima, auto-desprezo e humilhação (Gaulejac, 2006), o que pode ter um impacto negativo no autoconceito e na identidade do indivíduo, conduzindo, em última instância, a problemas de saúde mental (Benoit et al., 2018).

Estigma e VIH

As populações com maior prevalência de SIDA/VIH identificadas no início da epidemia, foram os homens gays e/ou HSH, os profissionais de sexo e os utilizadores de drogas injetáveis. Sujeitos que, perante uma sociedade dita mais convencional, de certa forma já se apresentavam com um comportamento fora da norma e desviante aos padrões sociais e morais comuns nos anos 80/90. Com a identificação desta elevada prevalência da SIDA/VIH nestas populações, a doença (i.e. a SIDA) serviu para expressar e mascarar preconceitos pré-existent (i.e. ordem moral, sexual ou até mesmo étnicos) (Herek, 1999; Persson & Newman, 2008). Alguns estudos têm evidenciado que de certa forma o processo de diferenciação e de segregação do sujeito estigmatizado no VIH/SIDA, acumulou a intersecção do estigma da doença/infeção e de outros tipos de estigma (i.e. a intersecção de estigmas relacionados com e.g. posições ou papéis sociais, género, etnia e status económico, com a sexualidade e a saúde; Teti et al., 2021) (Earnshaw et al., 2021; Emlet, 2006). Este processo de diferenciação e de segregação estigmatizante já foi inclusivamente moderador para o surgimento de stress pós-traumático e de abandono da terapêutica no sujeito com VIH (Breet et al., 2014; Mitzel et al., 2015; Tura et al., 2016; Waite et al., 2008). A rejeição social que ocorre no processo de estigma ou discriminação no VIH, também já foi indicada como uma das principais causas do suicídio nos sujeitos seropositivos (Reif et al., 2021).

Um estudo recente, indicou que as crenças principais que estão na base do estigma relacionado com a infeção VIH, foram: 1 – o VIH estava associado à ideia de responsabilidade em “não agredir” infecciosamente o outro; 2 – o VIH teve significado social de ser mortal; 3 – a forma de contágio do VIH podia ser imprevisível; e 4) a terapêutica farmacológica era extremamente agressiva e evasiva (Zeligman et al., 2016).

O quadro teórico de Earnshaw e Chaudoir (2009) permite compreender e medir os mecanismos de estigma em termos individuais no sujeito com VIH e diferenciar os mecanismos utilizados entre sujeitos seropositivos e seronegativos no estigma. No sujeito seronegativo podem estar presentes mecanismos como o preconceito, o

estereótipo ou a discriminação. No sujeito seropositivo, esses mecanismos constituem-se como resultados da interação com o seronegativo (e.g. por via do distanciamento ou da rejeição social). Os mecanismos utilizados pelo sujeito seropositivo inicialmente são a experimentação, o receio antecipado e a “autorização” da internalização, do ato estigmatizante sobre o próprio, que tem oferecido resultados diretos e diferentes. Por exemplo, o sujeito seronegativo rejeita, enquanto que o seropositivo isola-se, o que tem impactos diretos na sua saúde (Earnshaw & Chaudoir, 2009). O sujeito seropositivo foi primeiramente de uma forma consciente seronegativo, portanto, tende a haver um mecanismo primário de desinformação (experencial e/ou cognitivo).

Um relatório recentemente publicado em Portugal, com dados sobre o estigma, identificou que a maioria dos sujeitos seropositivos indicaram ter ou já terem sentido estigma internalizado (90,5%). Referindo que o estigma experimentado continua a ser sentido de forma elevada VIH (38%) (Stigma Index, 2023). Portugal tem apresentado estigma elevado (Gonçalves, 2018; Matos, 2019; Silva, 2016; Sousa, 2017).

Estigma e CPT

A literatura sobre a relação entre estigma e CPT é relativamente escassa. Os artigos sobre estes dois constructos estão centralizados na população com VIH/SIDA, seguindo-se os tipos de cancro (i.e. da mama, na infância e pulmonar), AVC's e questões de orientação sexual (Cárdenas et al., 2018; Dibb, 2018; Hu et al., 2022; Kamen et al., 2016; Murphy & Hevey, 2013; She et al., 2015; Wei et al., 2016; Wong et al., 2019; Yi & Nam, 2017; Zeligman & Hagedorn, 2016). Especificamente, a relação entre as duas variáveis foi estudada com o argumento geral de que as narrativas sociais negativas do processo desvalorizante, segregador e culpabilizante do estigma, podiam inibir o processo de CPT, directamente ou indirectamente mediado pelo apoio social. Observou-se num estudo que o estigma internalizado (i.e. um processo adicional de angústia resultante da estigmatização) relacionado com o VIH e os domínios de Relações Interpessoais, Novas Possibilidades e Força Pessoal, correlacionaram-se, e, ainda que o modo como o sujeito acredita ter contraído o vírus VIH (e.g. a via sexual) foi moderador entre estas variáveis (Murph & Herey, 2013).

Uma relação semelhante também foi encontrada num estudo entre estigma relacionado com o cancro no pulmão e CPT, especificamente, a angústia psicológica funcionou como mediador entre as duas variáveis (i.e. CPT e estigma). Este resultado sugere que o CPT atou sobre o sofrimento psicológico e inibiu os efeitos do estigma

negativos, bem como que um maior impacto de estigma no momento do trauma conduziu a maior estigma a longo prazo e níveis de CPT baixos (Shen et al., 2015).

Noutro estudo, foi encontrada uma correlação positiva entre o apoio social e o CPT e uma correlação negativa entre o apoio social e estigma independentemente da idade, etnia, dos anos de vivência com VIH, do sexo ou da orientação sexual. Um maior apoio social foi observado ao mesmo tempo que ocorriam níveis mais baixos de estigma e pontuações mais altas de CPT. Este resultado indica que um nível elevado de apoio social pôde inibir níveis mais altos de estigma (i.e. especificamente o aumento de internalização de crenças negativas) e aumentar as pontuações de CPT (Zeligman et al., 2016).

Por outro lado, outro estudo identificou que o apoio social pode diminuir os efeitos do estigma decretado (i.e. atos de discriminação sobre o sujeito seropositivo) tendo tido impacto directo no aumento de CPT (Wei et al., 2016). A *advocacy* e a auto-realização melhoraram a auto-imagem e o autocontrolo, promovendo, assim, uma identidade mais integrada (i.e. com a experiência do trauma) e desenvolvendo, por conseguinte, maior CPT (Yi et al., 2017).

Todavia, noutro estudo sobre as três variáveis (i.e. CPT, estigma e apoio social), não se encontrou relação entre estigma percebido (especificamente, o estigma definido por consequências percebidas pelo sujeito vítima que derivam de outros terem conhecimento da sua condição estigmatizante) e CPT, e ainda, o apoio social não explicou inibição de estigma e o aumento de CPT. Verificou-se apenas as capacidades de coping e de resolução de problemas, explicaram de forma indirecta o aumento de CPT (Cárdenas et al., 2018).

Intervenção Psicoterapêutica e CPT

A ideia de que todo o sofrimento tem um sentido, de Viktor Frankl (1905-1997), é uma boa metáfora para explicar o modo como uma intervenção de CPT deve ser estruturada. As origens destruturais sobre as crenças centrais não são ignoradas, sendo que os sintomas também são tidos em atenção, mas não são o foco. Na intervenção no âmbito do CPT, o que ocorre é a consciencialização de que esse sofrimento, ao longo do tempo, aproximar-se-á de níveis mais baixos de “dor” ou o sujeito conseguirá tolerar melhor os mesmos, desenvolvendo para si, uma nova perspetiva de vida, assente na ideia de que o seu sofrimento que advém da experiência traumática, não ocorre em vão. Tem sido sugerido que uma intervenção com o objetivo de validar e facilitar o CPT deve

procurar integrar esta explicação e apoiar o sujeito na compreensão e procura deste sentido e propósito de vida (Tedeschi et al., 2018). No limite, todo o sujeito é uma construção contínua de várias histórias de si mesmo (se possível, o mais interligáveis possíveis), e, todas as experiências traumáticas têm a importância que o sujeito escolher atribuir-lhe. E é exatamente por isso que é possível reconstruir, re-significar ou reestruturar, as crenças centrais no sentido do sujeito encontrar uma forma de viver com sentido e propósito, na qual, a experiência traumática pode ser tida como uma fonte de sentido, beneficiando o sujeito e os outros. Esta reflexão do modelo de CPT, tem desafiado os modelos tradicionais de trauma (Tedeschi, 2023; Tedeschi & Moore, 2021).

Uma intervenção baseada no modelo de facilitação de CPT tem sido recomendada com cinco elementos: 1- psicoeducação sobre a forma como o sujeito responde à experiência traumática com especial enfoque na destruturação das crenças centrais, 2 – apoiar na aprendizagem de estratégias e técnicas para regular as emoções, especialmente, as que gerem melhores níveis de autoconsciência corporal, como por e.g. meditação ou controlo de respiração; 3 – trabalhar as formas aprendidas de comunicação, os mitos, os medos e as preocupações, em torno do processo de revelação associado às memórias da experiência traumática; 4 – facilitar o desenvolvimento de uma integração narrativa que permita ligação entre a experiência traumática e elementos positivos do Eu; e 5 – apoiar o sujeito na elaboração de um plano que possibilite que a experiência traumática possa apoiar outros, gerando auto-empatia e auto-compaixão, melhorando significativamente todo o tipo de relações (Tedeschi et al., 2018).

A literatura tem demonstrado que estas recomendações na intervenção, revelam-se facilitadoras de CPT e, para além disso, podem reduzir significativamente sintomas relacionados com stress pós-traumático (Moore et al., 2021). Os programas mais atuais que facilitam CPT, com melhores resultados, têm também uma abordagem menos tradicional ao primeiro modelo criado em 1995, isto é, encaram o sujeito não como um paciente ou cliente, mas sim como um aprendiz, que está a aprender uma nova filosofia acerca da sua própria vida, e, o que as intervenções fazem é potenciar esta contínua descoberta sobre si mesmo e sobre a vida. Este pressuposto novo, tende a transmitir ao sujeito, logo *a priori*, a capacidade de se responsabilizar pelo seu próprio percurso e escolhas, neste processo de superação após o trauma. Há também o desejo de que o sujeito consiga sentir-se como sobrevivente e não como vítima do trauma, bem como compreenda que as suas respostas psicológicas, emocionais e comportamentais, em

seguida ao processo traumático, são uma consequência reativa à circunstância e não patologia ou alterações na identidade (Tedeschi, 2023). A intervenção deve conseguir construir conhecimentos acerca de estratégias de regulação emocional, conhecimentos sobre os efeitos da experiência traumática. Deve, também, conseguir gerar maior harmonia no ato de autorrevelação, sobretudo, de uma forma integrada com uma auto-narrativa com perspetiva no futuro e transmitir que o apoio em grupo e a escuta em grupo, facilita a atualização da visão sobre o mundo (Tedeschi, 2023).

Expert Companion

O “*expert companion*” (ou “companheirismo especializado”) tem sido evidenciado como um dos fatores que pode facilitar o CPT num processo de intervenção (Tedeschi et al., 2018), nomeadamente pela escuta ativa e empática, que reforça a possibilidade de melhores resultados no domínio das relações interpessoais (Calhoun & Tedeschi, 2006). Tem sido um factor que assenta numa lógica de atuação da prática clínica de base rogeriana (1957/2007) e na teoria de fator comum (Weinberger, 2014). É dado um ênfase aprimorado e especializado na forma de escutar e de “estar-com” e no acolher a experiência individual do sobrevivente ao trauma. O “*expert companion*” tem sido definido como alguém, que pode ser um terapeuta/psicólogo, profissional de saúde, amigo, familiar ou pare, que “está com” o sobrevivente na reelaboração do processo emocional e cognitivo da experiência traumática, ou seja, acompanha e presta apoio (neste caso no VIH), em aspectos psicológicos, físicos, sociais, instrumentais, entre outros (Tedeschi et al. 2018). O apoio fornecido pelo “*expert companion*” numa lógica de intervenção psicoterapêutica, tem incluído: 1- facilitação da expressão emocional acerca da experiência traumática, bem como discussão sobre a mesma; 2- promoção de aprendizagens de respostas de ajustamento emocional mais adaptativo; e 3- aplicação dos princípios básicos de abordagem terapêutica ao trauma (i.e. i) respeito e aceitação incondicional pela experiência traumática vivida pelo sujeito; ii) abertura a ser-se atualizado pela experiência; iii) promover uma relação firme em humildade, que reconheça que o processo de aprendizagem é mudo, responsivo, e, que não existe nenhum especialista com uma relação de superioridade no processo; iv) facilitar uma narrativa construída em conjunto que respeite os receios e vivências da experiência traumática do sujeito, permitindo integrá-la na sua vida atual, e, que possibilite a compreensão do paradoxo do trauma [ou seja, na extrema vulnerabilidade da perda

traumática, surge também a percepção de força para suportar essa perda e ir além dela]) (Tedeschi et al., 2018).

Intervenções Psicoterapêuticas em Grupo Para Facilitar CPT e Resultados

A forma como o modelo CPT evoluiu, permite observar resultados de diversos estudos onde o CPT foi resultado primário ou secundário. Sobretudo, porque o modelo foi-se apresentando sempre com interdisciplinaridade, ou seja, permitiu integrar diversos quadros teóricos, desenhos e metodologias, mas sempre com uma definição clara e sólida da estrutura e das fases do processo empiricamente evidenciada. Contudo, a literatura específica sobre intervenções em grupo para facilitar CPT individual é escassa e relativamente recente. Existem poucas intervenções criadas com o principal objetivo de facilitar CPT individual em grupo (Roepke, 2015) e cuja eficácia tenha sido avaliada (e.g. através de um RCT) (Tedeschi et al., 2018). Na revisão do modelo atual, o Professor Richard Tedeschi e seus colaboradores, têm argumentado que tal ocorre porque, o desenho de um estudo que implique a avaliação da eficácia de uma intervenção psicoterapêutica, pressupõe processos complexos e difíceis para a investigação (e.g. avaliações dos processos de forma prolongada e aplicação de técnicas já existentes e adaptadas ao processo sequencial de facilitação de CPT e às populações específicas com quem se vai intervir) (Tedeschi et al., 2018).

Em 2011, Tedeschi e McNally, com base na revisão do modelo de CPT vigente à época, apresentaram uma proposta não clínica de uma estrutura que integra pressupostos padrão da intervenção do trauma com elementos sequenciais do modelo de CPT, de forma sequencial para facilitar CPT individual ou em grupo; a saber: 1- psicoeducação com enfoque nas respostas ao trauma (i.e. facilitar um acesso a conhecimentos e compreensão sobre respostas fisiológicas e psicológicas, que tenham ocorrido em resultado do trauma; com o objetivo de que o sujeito compreenda que estas respostas são processos comuns em função da circunstância traumática e não os personalize); 2 – facilitar o treino de regulação emocional (i.e. são referidos e discutidos sintomas pós-traumáticos de sofrimento, no intuito de facilitar o desenvolvimento de uma ruminação mais deliberada sobre os mesmos); 3 – facilitar a expressão emocional de forma construtiva (i.e. com a expressão emocional sobre os sintomas pós-traumáticos, explora-se a ruminação intrusiva procurando desenvolver um pensamento mais organizado e deliberado); 4 – apoiar na elaboração de uma narrativa pessoal que integre os acontecimentos antes, durante e após o trauma, facilitando em simultâneo a apreciação e

o deslumbramento dos paradoxos traumáticos; e 5 – integrar essa narrativa com os domínios de CPT e facilitar a definição de novos princípios e objetivos de vida (Tedeschi & Moore, 2016; Tedeschi et al., 2018).

Seguidamente, entre 2011 e 2016, foi possível observar algumas intervenções em grupo onde o CPT individual foi medido e significativo (Chiba et al., 2016; Garlick et al., 2011; Nelson, 2011; Ramos et al., 2016; Singer et al. 2013; Yeaple, 2015; Zhang et al., 2014). Contudo, apenas uma destas intervenções (Ramos et al., 2016), integrou a estrutura necessária para melhor facilitar CPT, descritas por Tedeschi e McNally (2011). E, foi desenhada especificamente para ser uma intervenção psicoterapêutica, com objetivo clínico, tendo sido também validada por RCT (Ramos et al., 2016; 2017). No estudo de Singer e colaboradores, de 2013, que tentou explorar as potencialidades da expressão emocional em grupo por via da terapia artística para facilitar CPT, verificou-se que não apresentou resultados positivos (Singer et al., 2013). Em 2015, a meta-análise de Roepke, especificou que a expressão emocional, apenas escrita ou falada, do momento traumático, e o *mindfulness* foram o fator com maior impacto na facilitação de CPT num total de amostra de 1.1171 sobreviventes de trauma (Roepke, 2015). A terapia breve focada nas soluções foi também testada para facilitar CPT e ofereceu resultados significativos, numa amostra reduzida de 43 mães de crianças autistas (Zhang et al., 2014). Assim, como a Terapia Psico-Espiritual Integrativa, que também revelou a eficácia da intervenção no aumento de CPT, numa amostra de 24 mulheres com cancro de mama (Garlick et al., 2011).

Em 2018, com a revisão do modelo de CPT, Tedeschi e seus colaboradores, propuseram uma evolução na estrutura proposta anteriormente por Tedeschi e McNally, em 2011, para facilitar CPT individual em grupo no desenho de intervenções específicas (Tedeschi et al, 2018), com base em novos preditores de CPT entretanto encontrados e num programa de intervenção em grupo não clínico para veteranos de guerra (Boulder Creast Retreat; Moore et al., 2021; Tedeschi et al., 2018). Especificamente, referem que: 1) o modelo de CPT deve ser o principal orientador das intervenções (e.g. na psicoeducação pode ser dado um especial enfoque às respostas tidas em função da disrupção das crenças centrais), sem que se estereotipe a utilização de técnicas, e, se possível, com enfoque numa abordagem de *expert companion* e num ambiente que facilite o acesso a memórias do processo traumático (i.e. onde seja possível desenvolver atividades que promovam a reconexão) e que faça parte do roteiro habitual da vida do sujeito; 2) a facilitação do treino de regulação emocional pode promover a

autoconsciencialização corporal também, nomeadamente por práticas como a *mindfulness* ou atenção plena; e 3) a expressão emocional e o treino ou facilitação de competências emocionais e gestão de stress, deve ter como principal enfoque a promoção de ruminação deliberada (i.e. um pensamento mais reflexivo e construtivo) (Tedeschi et al., 2018).

Entre 2017 e 2023, foram identificadas seis intervenções específicas com objetivo primário para facilitar CPT em grupo (Cafaro et al., 2019; Paloma et al., 2020; Shakiba et al., 2020; Wang et al., 2021; Younesi et al., 2020; Zhang et al., 2022). Mas apenas duas (Paloma et al., 2020; Shakiba et al., 2020) estiveram próximas de integrar a conjugação e sequenciação de todos os elementos para facilitar CPT individual em grupo proposta por Tedeschi e McNally (2011) e Tedeschi e colaboradores (2018).

Intervenção Psicoterapêutica em Grupo CPT no Cancro de Mama

Conforme explicado anteriormente, a intervenção de Ramos et al. (2016) apresentou-se com o resultado de integrar os elementos e sequenciação de técnicas e processos facilitadores de CPT, descritos por Tedeschi e McNally (2011). E, na verdade, conhecendo ao detalhe o programa, permite inclusivamente integrar também os pressupostos da atualização já explicada de Tedeschi et al., (2018), oferecendo adicionalmente, o resultado de ter sido validada em RCT, com uma amostra de 205 participantes, longitudinalmente (Ramos et al., 2017). Aspectos que diferenciam a intervenção Ramos et al. (2016) das restantes já mencionadas anteriormente. Por outro lado, alguns dos elementos e técnicas utilizadas na intervenção de Ramos et al., (2016), já foram testados na população com diagnóstico de VIH positivo anteriormente, sem que o CPT tenha tido como principal objetivo (e.g. Ye et al., 2018) ou sequer avaliado. E, como também já explicado, existem poucas intervenções específicas para facilitar em grupo CPT individual como primeiro objetivo, e as que existem, desconhece-se a possibilidade de poderem ser aplicadas a outras populações como no caso das pessoas que vivem com diagnóstico VIH positivo (Roepke, 2015).

A intervenção em grupo de Ramos et al., (2016) integra os elementos e a sequenciação de técnicas facilitadores de CPT (Tedeschi e McNally 2011; Tedeschi et al., 2018) em oito sessões (entre 6 a 8 participantes) com 90 minutos, da seguinte forma: 1ª sessão – com o tema de “Psicoeducação e normalização das reações emocionais”, é sugerido que os participantes façam em grupo uma partilha sobre as suas reações emocionais da experiência traumática já vivenciada, sendo esclarecidos aspectos de

Psicoeducação em função das necessidades dos participantes; nesta sessão é dado também um enfoque à disrupção das crenças, sobretudo, através do convite que é formulado para os sobreviventes responderem ao questionário de crenças básicas. 2ª sessão – é facilitado nos participantes a divulgação de emoções relacionadas com a experiência traumática e são trabalhados aspectos de comunicação (i.e. como e com quem falar sobre emoções e sentimentos relacionados com o trauma). 3ª e na 4ª sessão – conforme sugerido por Tedeschi e McNally (2011) e Tedeschi et al., (2018) são promovidas a aquisição de competências relacionadas com a regulação emocional e maior autoconsciência corporal. 5ª e 6ª sessão – são trabalhados aspectos de equilíbrio de ganhos e perdas após a experiência traumática, bem como o início da construção de uma narrativa individual de forma atualizada, integrando a experiência traumática. 7ª e 8ª – facilitar o desenvolvimento de novos valores, redefinição (se necessário) de objetivos de vida, para a narrativa com sentido e propósito integrada com a experiência traumática.

Pertinência

De acordo com o estado da arte, vários aspectos conduzem para a pertinência de testar se o protocolo de intervenção de Ramos et. al. (2016) eficaz no cancro da mama não metastático (Ramos et al., 2017), pode facilitar também CPT noutra população clínica, em particular no VIH, e, simultaneamente, verificar-se se com o aumento de CPT ocorre também a diminuição de estigma nesta população.

Em detalhe, demonstrou-se no estado da arte, que o estigma nas pessoas com VIH tem evidências que é real e, inclusivamente, tem sido sugerido pela investigação que se avalie a eficácia de intervenções que possam explorar as representações cognitivas e emocionais no VIH (Lau et al., 2018).

Da mesma forma, demonstrou-se que também é possível o surgimento de CPT em pessoas com VIH, com vários benefícios, havendo poucos estudos.

Também foi demonstrado de que há evidência de que existe estigma e VIH e que há uma possível relação entre o CPT e o estigma, ainda que alguns estudos tenham resultados controversos (i.e. não encontraram associação entre CPT e estigma; e.g. Cárdenas et al., 2018; Hu et al., 2022). Por contraposto, outro autor demonstrou associações entre estigma internalizado relacionado com VIH, com os domínios de CPT de Relações Interpessoais, Novas Possibilidades e Força Pessoal. O auto-estigma, o sentimento frustração associado “à não pertença” em grupo, foi também já relacionado

com CPT (Blevins, 2019). Alguns autores acrescentaram posteriormente ainda, que a relação entre estigma e CPT, foi mediada pelo apoio social (Zeligman et al., 2016), e que, inclusivamente, a promoção da autorrevelação e.g. da condição seropositiva em grupo, facilitou CPT (Karmen et al., 2016). Embora, outro estudo tenha referido que o apoio entre grupo de pares foi unicamente suficiente para facilitar CPT (Lennon-Dearing, 2022).

Há evidências também da eficácia de intervenções em grupo para facilitar CPT individual, mas não existem intervenções específicas clínicas com primeiro objetivo para facilitar o CPT e diminuir estigma em pessoas com VIH, integrando os elementos/técnicas e a sequenciação de estrutura facilitadoras de CPT de Tedeschi e McNally (2011) e Tedeschi et al., (2018).

Há evidência também que muitas das técnicas utilizadas no protocolo de intervenção de Ramos et al., (2016) já foram testadas na população com VIH com eficácia, ainda que nesses casos não tenha ocorrido a avaliação de CPT como objetivo primário ou secundário (e.g. Arends et al., 2022; Audet et al. 2015; Biel et al., 2021; Carrico et al., 2015; Ironson et al., 2013; Pomeroy et al, 1996; Schaefer & Coloman, 1992; Wei et al., 2016; Ye et al., 2018).

Por último, é pertinente testar o protocolo de intervenção de Ramos et. al. (2016) já eficaz no cancro da mama (Ramos et al., 2017), noutras populações, porque segundo Tedeschi et al. (2018) não se vê como mais valia a implementação de novos protocolos ainda que alguns autores afirmem que a implementação de novos fosse uma mais-valia (Roepke, 2015).

Questão de Investigação

Em seguimento, coloca-se as seguintes questões de investigação - Qual a eficácia da intervenção de Ramos et al., (2016; 2017), adaptada ao VIH, para facilitar CPT e diminuir estigma, longitudinalmente (i.e. duas avaliações), em comparação com uma população seropositiva sem intervenção? Que relações existem entre CPT e estigma, que possam ser explicadas por outras variáveis relacionadas com o modelo de CPT ou com a população que vive com VIH? A obtenção de respostas a estas duas questões irá contribuir para a literatura sobre a população clínica que vive com VIH, as intervenções em grupo para facilitar CPT individual, e sobre as relações entre estigma e CPT. Ajudará, também, a compreender melhor a necessidade de cuidados adicionais das pessoas que vivem com VIH, bem como aspectos que podem ser melhorados e mais

personalizados nas práticas com esta população, especificamente em termos psicoterapêuticos, nomeadamente nos serviços de saúde hospital de apoio ao sujeito seropositivo.

Objetivo Geral

A presente investigação pretende implementar e avaliar a eficácia da intervenção psicoterapêutica em grupo de Ramos et al. (2016) para facilitar CPT em pessoas que vivem com o diagnóstico positivo VIH. É também objetivo da presente investigação avaliar se a intervenção aumenta o CPT e diminui o estigma. São exploradas ainda, variáveis que possam contribuir para a explicação de CPT e estigma (i.e. crenças centrais, o stress percebido, o stress percebido relacionado com VIH, a perceção de auto capacidades e de literacia em saúde relacionada com VIH).

Objetivos Específicos

Os objetivos específicos são: 1) Avaliar a eficácia da intervenção psicoterapêutica em grupo, testando se as pessoas com VIH que participam no grupo experimental(GE), apresentam mais CPT e menos estigma, nos dois momentos de avaliação, antes (T1) e após (T2) a intervenção; 2) Comparar se há um aumento de CPT e diminuição de estigma no GE em comparação com o grupo de controlo (GC), em T2; 3) Identificar e analisar correlações e modelos explicativos de CPT e de estigma em T2 com as variáveis de crenças centrais, stress percepcionado, stress percebido relacionado com o VIH (após o diagnóstico e hoje em dia), bem como indicadores de perceção de capacidades (cognitivo, emocionais, sociais e físicos) e a perceção de literacia em saúde relacionada com VIH (aceder a informação clínica, entender informação clínica, conseguir avaliar a informação médica acerca do seu estado de saúde, e, ainda, tomar decisões em relação à sua condição de saúde); e 4) Identificar relações entre CPT e expressão emocional, no grupo de intervenção (GE) em T1 (antes da intervenção).

Método

Desenho de Investigação

O presente estudo apresenta um desenho quase-experimental e descritivo-observacional e longitudinal, com análise quantitativa (Ribeiro, 2010). Desenho quase-experimental, por distribuição sobre uma população seropositiva, em dois grupos: grupo controlo (GC) e grupo experimental (GE) que foi sujeito a uma intervenção

psicoterapêutica em grupo de 9 sessões para facilitar CPT e diminuir estigma. O presente estudo é longitudinal porque a observação de resultados ocorre em dois tempos, especificamente, antes (T1) e após (T2) a aplicação da intervenção em grupo. A *Figura 2* ilustra graficamente o diagrama do desenho experimental. As variáveis primárias observáveis foram CPT e estigma, por pontuação da escala total e das subescalas. As variáveis secundárias observáveis foram crenças centrais, stress percebido e stress relacionado com o VIH, perceção de literacia em saúde VIH e de capacidades, bem como expressão emocional.

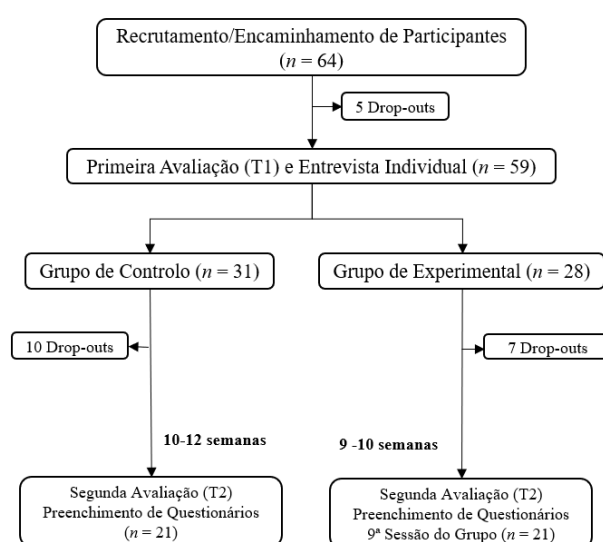


Figura 2. Diagrama do Desenho Experimental

Contexto do Estudo

O estudo foi um requisito parcial para a obtenção do grau de mestre de um dos investigadores, enquadrado num seminário de dissertação de Psicologia Clínica, no ISPA – Instituto Universitário. Integrou um projeto de alargamento da validação de protocolo a outras populações na área do CPT do cancro da mama (Ramos et al., 2016).

Participantes

Todos os participantes eram utentes de entidades que atuam na área específica do VIH/SIDA, na região da Grande Lisboa e Setúbal, em Portugal. A amostragem foi não probabilística por conveniência e por bola de neve, heterogénea e intencional. Os critérios de inclusão, foram: i) maiores de 18 anos, ii) diagnóstico de infecção por VIH

há pelo menos 6 meses, iii) sem relato de interrupções prolongadas (mais de 6 meses), sem indicação médica e/ou intencionais da medicação antirretroviral nos últimos 6 meses; iv) sem relato de histórico de diagnóstico de doença mental ou física que represente algum impedimento ou incapacidade para a pessoa ou deslocar-se ao local ou preencher questionários; v) com competências de leitura, escrita e conversação em língua portuguesa; e vi) sem diagnóstico de esquizofrenia ou bipolaridade do tipo I.

No total, foram recrutados 64 participantes, tendo aceitado participar em T1 59 participantes, sendo que 31 foram colocados em GC e 28 aceitaram participar na intervenção em GE. No convite inicial aos participantes, foram explicados os benefícios da intervenção, riscos, descrição das condições (incluindo dias, horários, duração e locais onde vieram a acontecer), objetivos e que a participação era voluntária. Os participantes que constituíram o GC foram convidados a terem uma sessão de esclarecimento em grupo de Psicoeducação sobre VIH e/ou integrarem uma intervenção em grupo de CPT, no final da investigação. Todos os participantes também foram informados que os resultados (estatísticos) da investigação no final da mesma podiam ser consultados.

Ocorreram quatro *drop-outs* entre o recrutamento dos 64 e o total de 59 em T1, cuja as razões indicadas foram: indisponibilidade de horário ($n = 2$), desistência sem razão indicada ($n = 1$), receio de partilha de condição clínica VIH ($n = 1$) e questões de perturbação mental incapacitante, especificamente, esquizofrenia-paranoide ($n = 1$). No total participarem em T2 42 participantes, respetivamente 21 em grupo controlo e 21 em grupo de experimental. Entre T1 e T2, dos 59 participantes, ocorreram 17 drop-outs (26,6%), especificamente 10 em GC ($n = 10$ por desistência sem razão indicada) e 7 em GE ($n = 2$ por indisponibilidade horária por início de nova atividade profissional; $n = 1$ por doença e incapacidades físicas; $n = 1$ por desistência sem razão indicada). Participaram em T1 e T2, 21 participantes em GC e igual número em GE. Entre as 8 entidades, contactadas, apenas 5 autorizaram o recrutamento dos participantes, nomeadamente: Abraço ($n = 18$), Associação Positivo ($n = 7$), GAT ($n = 12$), SERES ($n = 2$) e Cáritas ($n = 3$). Caracterização por locais de recrutamento em anexo (anexo P). A média de idades no total da mostra ($N = 42$) foi de 46,26 anos ($DP = 11,90$; Min = 20; Máx = 68), no GC ($n = 21$) foi de 46,52 ($DP = 13,48$; Min = 20; Máx = 68) e no GE ($n = 21$) foi de 46 ($DP = 10,41$; Min = 31; Máx = 60).

Os participantes são, na sua maioria, portugueses ($n = 33$; 78,6%), no GC ($n = 16$; 76,2%) e GE ($n = 17$; 81%); residem em Lisboa ($n = 30$; 71,4%), incluindo no GC ($n =$

16; 76,2%) e no GE ($n = 14$; 66,7%); são de etnia “branco/português e/ou branco De/origem Europeia” ($n = 32$; 76,2%), no GC ($n = 16$; 76,2%) e no GE ($n = 16$; 76,2%); são maioritariamente homens ($n = 22$; 52,4%), sendo no GC ($n = 12$; 57,1%) e GE ($n = 12$; 57,1%). A orientação sexual é homossexual ($n = 22$; 52,4%) e heterossexual ($n = 20$; 47,6%) na amostra total e, maioritariamente homossexual no GC ($n = 11$; 52,4%) e no GE ($n = 11$; 52,4%). As habilitações literárias mais frequentes foram o 9º ano ($n = 11$; 26,2%) e a licenciatura ($n = 11$; 26,2%) na amostra total, no GC o 9º tem maior prevalência ($n = 7$; 33,3%) e no GE a licenciatura ($n = 7$; 33,3%). A maioria dos participantes é ativo profissionalmente ($n = 18$; 42,9%), embora no GC houvesse mais participantes no ativo a trabalhar ($n = 9$; 42,9%). O GE teve maior taxa de desemprego ($n = 9$; 42,9%). Quanto ao estado civil, os participantes são maioritariamente solteiros na amostra total ($n = 28$; 66,7%), no GC ($n = 15$; 71,4%) e GE ($n = 13$; 61,9%). A maioria dos participantes não tinha relações afetivo-amorosas na amostra total ($n = 27$; 64,3%), havendo participantes no GE ($n = 9$; 42,9%) do que no GC ($n = 6$; 28,6%). Outros dados relativos às características sócio-demográficas na amostra total e nos sub-grupos, estão disponíveis na Tabela 1.

Tabela 1

Características Sociodemográficas Total ($n = 42$), GC ($n = 21$) e GE ($n = 21$)

Variável	Total (T1) ($N = 42$)		GC ($n = 21$)		GE ($n = 21$)	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Nacionalidade						
Portuguesa	33	78,6%	16	76,2%	17	81%
Brasileira	3	7,1%	1	4,8%	2	9,5%
PALOS	4	9,5%	3	14,3%	1	4,8%
Colombiana	1	2,4%	-	-	1	4,8%
Italiano	1	2,4 %	1	4,8%	-	-
Residência						
Lisboa	30	71,4%	16	76,2%	14	66,7%
Setúbal	6	14,3%	3	14,3%	3	14,3%
Barreiro	2	4,8%	1	4,8%	1	4,8%
Seixal	3	7,1%	1	4,8%	2	9,5%
Torres Vedras	1	2,4%	-	-	1	4,8%
Etnia						
Branco/Português e/ou De/Origem Europeia	32	76,2%	16	76,2%	16	76,2%
Negro/Português, Negro/Afro-descendente	4	9,5%	2	9,5%	2	9,5%
Cigano/Português e/ou Cigano/Roma	6	14,3%	3	14,3%	3	14,3%
Sexo						
Feminino	18	42,9%	9	42,9%	9	42,9%
Masculino	24	57,1%	12	57,1%	12	57,1%
Orientação Sexual						
Heterossexual	20	47,6%	10	47,6%	10	47,6%
Homossexual	22	52,4%	11	52,4%	11	52,4%
Habilitações Literárias						
4ª Classe	5	11,9%	4	19%	1	4,8%

6º Ano	2	4,8%	1	4,8%	1	4,8%
9º Ano	11	26,2%	7	33,3%	4	19%
12º Ano	9	21,4%	3	14,3%	6	28,6%
Licenciatura	11	26,2%	4	19%	7	33,3%
Mestrado	4	9,5%	2	9,5%	2	9,5%
Situação Profissional						
Ativo(a)	18	42,9%	9	42,9%	9	42,9%
Desempregado(a)	15	35,7%	6	28,6%	9	42,9%
Reformado(a)	9	21,4%	6	28,6%	3	14,3%
Estado Civil						
Solteiro(a)	28	66,7%	15	71,4%	13	61,9%
Casado(a)	4	9,5%	2	9,5%	2	9,5%
União de Facto	4	9,5%	2	9,5%	2	9,5%
Divorciado(a)	4	9,5%	1	4,8%	3	14,3%
Viúvo(a)	2	4,8%	1	4,8%	1	4,8%
Relação Amorosa						
Sim	15	35,7%	6	28,6%	9	42,9%
Tem Filhos						
Sim	15	35,7%	7	33,3%	8	38,1%
Antes do Diagnóstico VIH	8	19,0%	3	14,3%	5	23,8%
Depois do Diagnóstico VIH	7	16,7%	4	19%	3	14,3%

Nota: T1 = antes da intervenção; GE = grupo experimental; GC = grupo controlo; n = número observado na amostra de ocorrências; % = Frequência relativa 0-100%.

Quanto às características clínicas, a média de anos de vivência com diagnóstico VIH, foi de 15,83 ($DP = 9,42$; Min = 1; Max = 36) no total da amostra, 15,57 ($DP = 9,33$; Min = 1; Max = 32) no GC e 16,10 ($DP = 16,10$; Min = 4; Max = 36) no GE.

A maioria dos participantes recebeu o diagnóstico estando “assintomático e fez um teste rápido de rotina” ($n = 12$; 28,6%), na amostra total. No GC foi mais frequente estando já “adoentado com sintomas e foi-lhe proposto realizar um teste” ($n = 8$; 38,1%) em comparação com GE que seguiu a tendência da amostra total ($n = 8$; 38,1%). O início da toma da medicação antirretroviral ocorreu sobretudo “entre 1 a 30 dias após o diagnóstico” ($n = 10$; 23,8%) e “mais de 2 anos após o diagnóstico” ($n = 10$; 23,8%), no total dos participantes. O principal modo de transmissão foi por relação sexual desprotegida ($n = 40$; 95,2%). Na generalidade ocorre a toma diária da medicação antirretroviral ($n = 39$; 92,9%). A maioria dos participantes não se recorda do nome do antirretroviral que toma ($n = 18$; 42,9%), ainda assim, o Biktarvy foi o mais frequente ($n = 6$; 14,3%). Alguns participantes revelaram terem histórico de interrupções na toma de medicação antirretroviral ($n = 13$; 31%), maioritariamente por não aceitação do diagnóstico ($n = 7$; 16,7%), ainda que haja diferença entre o GC que assiná-la menor prevalência em comparação com o GE ($n = 4$; 19%). A maior parte dos participantes da amostra total revelou a condição indetectável ($n = 39$; 92,9%). Todos os participantes apresentam queixas de estado de saúde geral nos últimos 12 meses ($n = 42$; 100%). O GC registou combinação com outras doenças crónicas, diabetes e hipertensão ($n = 4$; 19%).

Em termos de queixas de saúde mental registou-se, maioritariamente, ansiedade ($n = 33$; 78,6%), insónia ($n = 25$; 59,5%) e depressão ($n = 14$; 33,3%), na amostra total. No GC, as queixas de ansiedade ($n = 16$; 76,2%) e insónia ($n = 15$; 71,4%) foram as mais elevadas. Alguns participantes tomam medicação para saúde mental ($n = 17$; 40,5%) e têm apoio psicológico ($n = 4$; 9,5%). Outros dados sobre as características clínicas podem ser consultados no Tabela 2.

Tabela 2

Características Clínicas, Amostra Total (N = 42), GC (n = 21) e GE (n = 21)

Variável	Total (T1) (N = 42)		GC (n = 21)		GE (n = 21)	
	N	%	N	%	N	%
Modo como tomou conhecimento do Diagnóstico						
Estava assintomático, fez teste rápido de rotina	12	28,6%	4	19%	8	38,1%
Estava assintomático, fez teste por desconfiança	9	21,4%	3	14,3%	6	28,6%
Estava adoentado(a) foi-lhe proposto teste	11	26,2%	8	38,1%	3	14,3%
Estava adoentado(a) hospitalizado	10	23,8%	6	28,6%	4	19,0%
Início da Toma da terapêutica antirretroviral						
Imediatamente após diagnóstico	8	19,0%	4	19%	4	19,0%
Entre 1 a 30 dias após o diagnóstico	10	23,8%	4	19%	6	28,6%
Entre 1 a 6 meses após o diagnóstico	9	21,4%	6	28,6%	3	14,3%
Entre 6 meses a 2 anos após o diagnóstico	3	7,1%	2	9,5%	1	4,8%
Mais de 2 anos após o diagnóstico	10	23,8%	4	19%	6	28,6%
Nunca tomou por indicação médica	2	4,9%	1	4,8%	1	4,8%
Modo como acredita ter contraído VIH						
Relação Sexual Desprotegida;	40	95,2%	21	100%	19	90,5%
Partilha de seringas de drogas por injeção;	2	4,8%	-	-	2	9,5%
Toma de Medicação Antirretroviral						
Sim	39	92,9%	20	95,2%	1	90,5%
Medicação						
Atripla	2	4,8%	-	-	2	9,5%
Biktarvy	6	14,3%	3	14,3%	3	14,3%
Genvoya	1	2,4%	1	4,8%	-	-
Odefsey	2	4,8%	1	4,8%	1	4,8%
Eviplera	4	9,5%	2	9,5%	2	9,5%
Triumeq	4	9,5%	2	9,5%	2	9,5%
Dovato	3	7,1%	2	9,5%	1	4,8%
SymtuZa	1	2,4%	1	4,8%	-	-
Lamivudina/Zidovudina	1	2,4%	-	-	1	4,8%
Não sabe/Não se recorda	18	42,9%	9	42,9%	9	42,9%
Histórico de Interrupção Antirretroviral						
Sim	13	31,0%	7	33,3%	6	28,6%
Principais razões de Interrupção Antirretroviral						
Dificuldade de adaptação inicial à medicação;	5	11,9%	3	14,3%	2	9,5%
Por não aceitação do diagnóstico;	7	16,7%	3	14,3%	4	19,0%
Não haver medicação disponível no hospital	1	2,4%	1	4,8%	-	-
Diagnóstico Atual de carga Viral						
Indetetável	39	92,9%	20	95,2%	19	90,5%
Detetável	3	7,1%	1	4,8%	2	9,5%
Queixas de Saúde Geral (últimos 12 meses)						
Sim	42	100%	21	100%	21	100%

Estado Doenças (últimos 12 meses)						
Diabetes	6	14,3%	4	19%	2	9,5%
Hipertensão	8	19,0%	4	19%	4	19,0%
Hepatites Virais	2	4,8%	2	9,5%	-	-
Outras IST's	3	7,1%	2	9,5%	1	4,8%
Síndrome de dependência (drogas/álcool)	2	4,8%	1	4,8%	1	4,8%
Epilepsia	1	2,4%	1	4,8%	-	-
Queixas de Saúde Mental (últimos 12 meses)						
Sim	42	100%	21	100%	21	100%
Queixas de Saúde Mental (últimos 12 meses)						
Ansiedade	33	78,6%	16	76,2%	17	81%
Stress	14	33,3%	9	42,9%	5	23,8%
Depressão	14	33,3%	8	38,1%	6	28,6%
Insónia	25	59,5%	15	71,4%	10	47,6%
Ataques de Pânico	2	4,8%	2	9,5%	-	-
Stress Pós-traumático	2	4,8%	1	4,8%	1	4,8%
Ideação Suicídio	1	2,4%	-	-	1	4,8%
Perturbação de Humor	5	11,9%	1	4,8%	4	19%
Toma Medicação para Saúde Mental						
Sim	17	40,5%	8	38,1%	9	42,9%
Teve Apoio Psicológico						
Sim	4	9,5%	2	9,5%	2	9,5%

Nota: T1 = antes da intervenção; GE = grupo experimental; GC = grupo controlo; n = número observado na amostra de ocorrências; % = Frequência relativa 0-100%.

Procedimentos

O estudo foi submetido entre setembro a dezembro de 2022, à autorização para aplicação da intervenção adaptada ao VIH, às entidades: Associação Abraço, Associação Positivo, GAT Portugal – Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT), SERES Associação, Cáritas Diocesana de Setúbal, Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA”, Liga Portuguesa Contra a SIDA – LPCS e a Ser+ Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida. Autorizaram e apoiaram no recrutamento: a Associação Abraço, a Associação Positivo, GAT, SERES, Cáritas Diocesana de Setúbal e a Fundação Portuguesa “A Comunidade Contra a SIDA”. Quanto ao recrutamento, o investigador abordou diretamente os participantes, após a obtenção das devidas autorizações para o efeito, quer pessoalmente nas instalações supra referidas, quer telefonicamente ou por envio de e-mail. Nestes primeiros contactos, todos os participantes foram informados de: i) identificação do investigador, ii) e razão do contacto com identificação da Universidade e da Associação parceira, iii) o que se pretendia realizar e iv) quais as mais-valias. No recrutamento, por forma a garantir que todos participantes receberam a mesma informação antes da primeira avaliação (T1), foi elaborado um documento com a explicitação dos objetivos e dos procedimentos do estudo (Anexo A). Após a explicação destes tópicos, era formulado o convite para assinar o consentimento informado e a participarem voluntariamente no

estudo. Foi explicado, também, que a confidencialidade e a anonimização dos dados seria garantida durante o estudo. Seguidamente era formulado o convite para participar na avaliação de T1. A avaliação em T1 recorreu sempre à porta fechada, em ambiente confidencial e seguro.

A primeira avaliação (T1), para GC e GE, foi constituída pela realização de uma entrevista semiestruturada individual (com o investigador responsável, apresentando-se como *expert companion e par*), com a duração de aproximadamente 30 minutos, e, pelo preenchimento da bateria de instrumentos (Anexo B). A intervenção com o GE, decorreu semanalmente, uma vez por semana, nas instalações de cada uma das seguintes associações ou instituições Associação Abraço, Associação Positivo, Cáritas Diocesana de Setúbal e ISPA – Instituto Universitário, durante nove semanas. A segunda avaliação (T2) foi realizada entre os meses de março a maio de 2023, especificamente no GE sempre no final da última sessão de intervenção e com o preenchimento dos questionários. A avaliação de T1 e T2 ocorreu sempre nas instalações das entidades referidas. A ordem de apresentação dos questionários na segunda avaliação (Anexo C) para ambos os grupos foi alterada em comparação com a primeira. Para garantir a confidencialidade e a anonimização dos dados recolhidos, os mesmos foram codificados (tipo SGIC) para garantir o impedimento de qualquer tipo de identificação, bem como diminuir a hipótese do surgimento da deseabilidade social (Audette et al., 2020; Fisher, 2013). A *Figura 3* em anexo ilustra a distribuição dos procedimentos (Anexo Q).

Intervenção Psicoterapêutica

Após terem sido recrutados e aceitarem participar, os participantes foram organizados em subgrupos de 5 a 8 pessoas em função da orientação sexual (i.e. Heterossexual versus HSH/Gay/Homossexual) e disponibilidade de dia e horário para frequentar. A intervenção nos subgrupos ocorreu entre 15 a 30 dias após a realização da primeira avaliação (T1). A intervenção nos subgrupos teve a duração de 9 semanas e aconteceu semanalmente, tendo cada sessão a duração de entre 90 a 120 minutos. A intervenção teve por base o protocolo de intervenção psicoterapêutica em grupo para facilitar o CPT de Ramos et al., (2016) e as respetivas recomendações de elementos e sequenciação para intervenção do modelo de CPT (Tedeschi et al., 2018), tendo em linha de conta as especificidades do CPT no VIH. A replicação do programa, exigiu a adaptação à população da intervenção, tendo sido criada também por isso, uma sessão adicional especificamente para aprofundar a autoconsciencialização sobre o corpo com

VIH (i.e. sessão 9). A adaptação das sessões à população decorreu entre os meses de novembro de 2022 a fevereiro de 2023. A intervenção em grupo, exigiu também a realização de uma formação adicional específica sobre CPT da principal autora da intervenção de Ramos et al., (2016; 2017) ao entrevistador e terapeuta para a realização da intervenção.

A intervenção, sendo uma adaptação à intervenção de Ramos et al., (2019), que em concreto teve como referência Mosher et al, (2012), Tedeschi & McNally, (2011) e Zakowski et al., (2004), seguiu uma estrutura, em 9 sessões, com objetivos semelhantes; em concreto: 1) facilitar a expressão emocional individual e em grupo sobre a experiência sentida como traumática de receção do diagnóstico e da vivência com VIH, a par com o esclarecimento e fornecimento de informações atualizados sobre saúde VIH de acordo com as necessidades dos participantes; 2) facilitar processos cognitivos geradores de maior ajustamento físico e psicológico ao VIH, procurando promover também aprendizagens acerca de forma de comunicar o estatuto seropositivo, bem como procurar esclarecer acerca de mitos e preocupações; 3) facilitar a reflexão de balanços entre ganhos e perdas na experiência traumática com VIH e potenciar a criação de uma narrativa individual da experiência com VIH que integre os processos vividos; 4) facilitar a reflexão sobre mudanças ou alterações na identidade, no sentido, de rever o propósito de vida e/ou objetivos; e 5) facilitar o autorreconhecimento de competências para enfrentar situações e desafios no futuro. A abordagem psicoterapêutica é de psicologia clínica, com enfoque numa perspetiva cognitiva-comportamental. Cada sessão inicia-se com a apresentação do tema. Seguidamente, são realizados exercícios de reflexão individual (dentro e fora das sessões), bem como discussão em grupo.

Cada sessão foi dedicada a um tema específico relacionado com VIH, tendo como objetivo promover o melhor ajustamento psicológico; especificamente: 1ª sessão – Psicoeducação e normalização das reações no diagnóstico VIH; 2ª sessão – Facilitar a divulgação e comunicação emocional no VIH; 3ª sessão – Prática de capacidades de autorregulação emocional; 4ª sessão – Receios e preocupações relacionados com o VIH; 5ª sessão – Equilíbrio entre ganhos e perdas após o surgimento do VIH; 6ª sessão – Construção de uma narrativa pessoal coerente; 7ª sessão – Desenvolvimento de novos valores e prioridades; 8ª sessão – Corpo no VIH; e 9ª sessão – Redefinição de objetivos de vida. Em anexo, detalhe da estrutura de objetivos (Anexo E) e o guião (Anexo F).

Material

As variáveis sociodemográficas e clínicas foram avaliadas através de uma bateria de instrumentos (Anexo B). Foram solicitadas autorizações aos autores dos questionários utilizados, nomeadamente aos autores das versões da população portuguesa (Anexo G e H) e no caso do questionário original de língua inglesa do PTGI-X (Anexo I).

Crescimento pós-traumático. Para avaliar como resultado primário a percepção de mudanças positivas desde que tomou conhecimento do diagnóstico de infeção VIH, foi utilizado o inventário *Posttraumatic Growth Inventory – Expanded* ([PTGI-X]; Tedeschi et al., 2017). Este instrumento ainda não está validado para a população portuguesa, tendo sido realizada a tradução e a adaptação dos itens para português. O PTGI-X constitui-se como uma versão mais atualizada com 25 itens, da primeira versão de ICPT ([IPTG] Tedeschi & Calhoun, 1996). O PTGI-X apresenta cinco dimensões (i.e. *person strength*, *new possibilities*, *relating to others*, *appreciation of life* e *spiritual change*) com uma escala de *Likert* de 6 pontos (i.e. “0 = *Eu não experienciei esta mudança como resultado do meu diagnóstico VIH*” a “5 = *Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do meu diagnóstico VIH*”). O instrumento tem boas propriedades psicométrica, testado em três amostras distintas, com alfas de *Cronbach* entre 0,95 e 0,97, na escala total, e, nas subescalas entre 0,87 e 0,90 (*relating to others*), entre 0,84 a 0,88 (*new possibilities*), entre 0,82 a 0,86 (*personal strength*), entre 0,82 a 0,91 (*spiritual change*) e entre 0,67 a 0,85 (*appreciation of life*). Este instrumento ainda não está validado para a população portuguesa, tendo sido realizada a tradução, retroversão e a adaptação dos itens para a língua portuguesa. O processo de adaptação do PTGI-X a uma amostra de pessoas com VIH ainda se encontra na fase de recolha de dados. Assim, foi realizada uma Análise Fatorial Confirmatória para compreender o ajustamento do modelo de PTGIX À amostra do presente estudo. Conclui-se que todos os itens eram significativos na sua sub-escala e que os pesos fatoriais se encontravam entre 0.396 (Item 5) e 0.908 (Item 23). Salvaguarda-se que, será necessário rever a AFC com a amostra recolha para o estudo de adaptação, para rever o ajustamento do modelo. O instrumento teve um alfa de *Cronbach* de 0,95 em T1 e 0,93 em T2 (muito boa; Pestana & Gageiro, 2014). As subescalas com valores de alfa de *Cronbach* entre 0,95 e 0,72, entre T1 e T2 (muito boa a razoável; Pestana & Gageiro, 2014) (Tabela 3).

Estigma. Para avaliar como resultado primário os níveis de estigma relacionado com o VIH/SIDA, foi utilizada a Escala de Estigmatização para Pessoas que vivem com VIH – Versão Reduzida, cuja a versão original (*HIV-Stigma Scale*) é de Reinius et al. (2017), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Gonçalves et al. (2022). É constituída por 12 itens. Avalia os níveis de estigma personalizado, as preocupações de auto-revelação, preocupações com as atitudes públicas e a auto-imagem negativa. A avaliação é do tipo *Likert* de 4 pontos (i.e. “1 = *Discordo Totalmente*” a “4 = *Concordo Totalmente*”) sendo que a pontuação pode variar entre 12 a 48. Uma maior pontuação indica uma perceção de estigma relacionado com o VIH/SIDA mais elevada. Tem boas propriedades psicométricas, quer na versão original, quer na tradução e adaptação para a população portuguesa (alfa de *Cronbach* 0,70; razoável). No estudo, a subescala Preocupações em Atitudes em Público apresentou um alfa de *Cronbach* < 0,50, em T1 ($\alpha = 0.37$) e em T2 ($\alpha = 0.21$) (Marôco, 2010) (Tabela 3). Assim, e tendo em conta o alfa da subescala *Preocupações em Atitudes em Público*, a mesma foi eliminada. Para garantir que a estrutura fatorial se mantinha em três fatores e que as propriedades psicométricas da escala total e das subescalas se mantinham, foi realizada uma análise fatorial exploratória (AFE) e confirmatória (AFC). Os valores da AFE e AFC suportaram que os pesos fatoriais dos itens são superiores a 0,50 para cada subescala e mantem-se a estrutura fatorial de três fatores em T1 e T2. A escala total e as subescalas apresentaram um alfa de *Cronbach* entre 0,86 e 0,78 em T1 e T2 entre 0,86 e 0,76 (boa e razoável; Pestana & Gageiro, 2014). Os índices de ajustamento da escala em T2 são bastante satisfatórios, o que não se verifica nos índices de ajustamento (i.e. GFI e CFI) de T1. Este resultado pode justificar-se pelo reduzido número amostral. Recomenda-se a repetição da análise fatorial numa amostra maior. No caso específico para a AFE foi tido em atenção os valores de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO > 0,60$) na adequação dos itens. A extração teve por base: i) o valor do eigenvalue > 1; ii) o ponto de inflexão na reta do gráfico de *screeplot*; e iii) a variância explicativa total >50% dos fatores (Marôco, 2010). Detalhes das análises em anexo (Anexo J).

Crenças centrais. Para avaliar o impacto traumático sobre a disrupção das crenças centrais foi utilizado o Inventário de Crenças Centrais (ICC; Ramos et al. 2016; na versão original *Core Beliefs Inventory*; Cann et al., 2010). O ICC é um inventário unifatorial constituído por 9 itens. A aferição é feita por via de uma escala de *Likert* de 6

pontos (i.e. “0 = Nada” a “5 = Bastante”). A pontuação tem potencial para diferir entre 0 a 45. Uma maior pontuação traduz uma maior disrupção de crenças centrais depois do acontecimento traumático. O instrumento exhibe boas propriedades psicométricas, na versão original e na portuguesa, com alfa de *Cronbach* 0,82 e 0,85 (boa consistência interna; Pestana & Gageiro, 2014). Neste estudo, teve alfa de *Cronbach* 0,83 em T1 e 0,85 em T2 (boa consistência; Pestana & Gageiro, 2014) (Tabela 3).

Stress percebido A Escala de Stress Percebido (versão original de *Perceived Stress Scale* [PSS] Cohen et al., 1983) já foi utilizada numa amostra espanhola de população que vive com VIH (Remor & Carroble, 2001). A versão utilizada para a presente investigação foi a Escala de Stress Percebido ([PSS-10]; Trigo et al. 2010), adaptada e traduzida para a população portuguesa. A PSS-10 é unifactorial e constituída por 10 itens. Avaliar sintomas de stress (i.e. “*mais especificamente com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, durante o último mês*”). A avaliação é feita por via de uma escala do tipo *Likert* de 4 pontos (i.e. “0 = Nunca” a “4 = Muito Frequentemente”) em 10 itens. Pontuações $\geq$ percentil 80 (*cutoff value*) correspondem a patologias e/ou indicativas de sofrimento psicológico (especificamente excessivo ou *burnout* e/ou a partir de $\geq$ percentil 90 claramente excessivo ou *burnout* e risco psicossomático). Tem boas propriedades psicométricas, alfa de *Cronbach* 0.87 (Pestana & Gageiro, 2014). Apresentou um alfa de *Cronbach* 0,79 em T1 e 0,70 em T2 (razoável; Pestana & Gageiro, 2014) (Tabela 3).

Stress percebido relacionado com VIH. Com o intuito de avaliar o nível de stress percebido que o participante enfrentou e enfrenta com a vivência com VIH, foram criadas duas questões, como indicadores, tendo por base o artigo base da intervenção original de Ramos et al. (2016), adaptada à população de VIH: “*Que nível de stress sentiu após o momento de diagnóstico de infecção VIH?*” e “*Que nível de stress atribui à vivência com infecção VIH, neste momento?*”. As questões tinham uma escala do tipo *Likert* de 7 pontos (i.e. “0 = Nada stressante”; a “6 = Extremamente stressante”). Valores elevados correspondem maior nível de stress sentido ou menor com VIH antes e depois da intervenção.

Percepção de literacia em saúde relacionada com o VIH. Para avaliar a percepção de literacia em saúde relacionada com VIH, foram construídos para a presente investigação

quatro questões, tendo presente o modelo de Sorensen et al. (2012; HLS-EU-PT; Espanha et al. 2016). Especificamente, quatro questões sobre os cuidados de saúde (e.g. “Qual a capacidade que reconheço em aceder a informação médica ou clínica acerca do VIH/SIDA neste momento?”, “Qual a capacidade que reconheço em entender a informação médica e o seu significado acerca do VIH/SIDA neste momento?”, “Qual a capacidade que reconheço em avaliar a informação médica acerca do VIH/SIDA, neste momento?” e “Qual a capacidade que reconheço em tomar decisões informadas em assuntos médicos acerca do VIH/SIDA”). Foram avaliadas numa escala do tipo *Likert* de 7 pontos (i.e. de “0 = Sem Capacidade” a “6 = Extremamente Capacidade”). Uma pontuação mais elevada em cada indicador, corresponde a uma maior perceção de literacia em saúde relacionada com o VIH, especificamente em cuidados de saúde no VIH/SIDA.

Perceção de capacidades. Uma vez que existe evidência de que o CPT pode estar associado a medidas de saúde física, emocional, social e de funcionamento cognitivo (Tedeschi et al. 2018), foram construídos para a presente investigação quatro indicadores para avaliar o nível de auto-percepção de capacidades (por e.g. “qual a capacidade cognitiva que reconheço em mim neste momento, de 0 a 10?”). Estes quatro indicadores são avaliados numa escala do tipo *Likert*, especificamente de 7 pontos (i.e. “0 = Sem Capacidade” a “6 = Extremamente Capacidade”). Uma pontuação mais elevada em cada questão corresponde a um nível maior de percepção de capacidades.

Expressão emocional. Para avaliar a expressão emocional, foram aplicadas a Distress Disclosure Index e a Opener Scale apenas na segunda sessão e exclusivamente ao GE. Inventário de Distress Emocional (Distress Disclosure Index – DDI; Kahn & Hessling, 2001) é um instrumento composto por 12 itens em uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos (i.e. “1 = Discordo totalmente” a “5 = Concordo totalmente”). Permite uma pontuação entre 12 a 60, em que o valor mais baixo traduz uma predisposição ou tendência para repressão emocional e valores mais elevados indica o inverso. Apresenta uma consistência interna excelente (alfa de *Cronbach* de 0,93; Kahn & Hessling, 2001). Apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,85. A escala de Opener Scale (Miller et al., 1983) é uma escala composta por 5 itens, avalia a capacidade de expressar emoções. A escala é tipo *Likert* de 5 pontos (i.e. “1 = Não falei de todo” a “5 = Falei completamente”), com pontuação de mínimo de 5 e máxima de 25, que significa uma elevada tendência a

peessoas significativas. Tem boa consistência interna com um alfa de *Cronbach* 0,83 (Miller et al., 1983). No estudo teve um alfa de *Cronbach* bom de 0,89. (Tabela 3).

Intervenção em grupo. Para avaliar a satisfação por parte dos participantes em relação à intervenção psicoterapêutica em grupo, foi aplicado uma escala para a avaliação da satisfação com a intervenção ao GE, em T2. Foi utilizado o Questionário de Avaliação da Intervenção em grupo (Anexo K) de Ramos et al., (2016), para avaliar a satisfação com a intervenção, em termos de conteúdos abordados, desempenho do terapeuta, métodos utilizados, satisfação global e participação individual. O questionário apresenta uma escala do tipo *Likert*, com 5 pontos (ie. em que 1 corresponde a “nada”, 2 a “pouco”, 3 a “moderado”, 4 a “muito” e 5 a “bastante”).

Análise Estatística

Os dados foram analisados em *IBM SPSS Statistics v29* e o *AMOS v29*. Teoria de decisão nos testes estatísticos, foi tido o $\alpha \leq 0,05$ como nível de significância e tendência estatística um $0,05 < \alpha \leq 0,10$ (Marôco, 2010). Foi realizada a análise descritiva (média e desvio padrão) das variáveis psicológicas em T1 e em T2, tendo sido analisadas as diferenças estatisticamente significativas entre T1 e T2, e entre GC e GE, através do teste *t-student* com pressuposto de variável quantitativa e distribuição normal ($Y \sim N[\mu, \sigma]$), com alternativa de testes não paramétricos. Em primeiro, a fiabilidade das escalas utilizadas para as variáveis de crenças centrais, crescimento pós-traumático, stress percepcionado, estigma e expressão emocional (DDI e Opener Scale), foi avaliada com os alfas de *Cronbach* na amostra total, considerando 0,60 a partir do qual aceitável (Pestana & Gageiro, 2014). Foram aplicados testes paramétricos sempre em variáveis com normalidade de distribuição ($X \sim \mathcal{N}[\mu; \sigma]$). Os valores das medidas de forma do teste de Shapiro-Wilk (sendo $n < 50$) e a assimetria ($Sk \mid 3 \mid$) e curtose ($Ku \mid 7 \mid$), apoiaram a decisão da normalidade. Além disso, foram ainda tidos em consideração os pressupostos de homocedasticidade de variâncias também nos casos de *t-student* de amostras independentes (Marôco, 2010). Foram aplicados testes não paramétricos quando não havia distribuição normal, tendo em atenção os pressupostos de aplicação (i.e. Teste Wilcoxon, quando ordinal ou superior, emparelhadas, v.d. com igual distribuição nos dois grupos; e Teste Mann-Whitney, quando ordinal ou superior, amostras independentes e v.d. também igual distribuição nos dois grupos mas por comparação de medianas). Para verificar se existia aumento de CPT e diminuição de

estigma no GE, de T1 para T2, foram realizados testes *t-student* para amostras emparelhadas ou os alternativos testes não paramétricos de Wilconx. Segundamente verificou-se as diferenças significativas entre o GE e o GC em T2, com o teste *t-student* e para amostras independentes ou os respectivos testes não paramétricos de Mann-Whitney. Foram ainda calculadas as dimensões de efeitos (i.e. $d = 0,2$ – significa efeito reduzido; $d = 0,5$ – significa efeito média; $d = 0,8$ – significa efeito elevada; Marôco, 2010).

Com o objetivo encontrar associações (sem defender a existência de uma relação causal) por variação concorrente apenas de variáveis, foram também realizadas análises de correlações bivariadas de *Pearson*, entre as variáveis psicológicas em T2, para o total da amostra ($N = 42$), GE ($n = 21$) e GC ($n = 21$). Especificamente, foi tido em atenção a significância (i.e. $p < 0,05$ ou $p < 0,01$; $p < 0,001$), a magnitude (i.e. matematicamente de 0 a 0,25 fraca, de 0,25 a 0,50 moderada, de 0,50 a 0,75, de 0,75 a 1 muito forte [nota que em ciências sociais os valores a partir de 0,30 são considerados relevantes]) e o sentido da correlação (i.e. positiva = as duas variáveis aumentam, negativa = quando uma aumenta a outra diminui). Foram tidos em atenção os pressupostos para aplicação do coeficiente de correlação de Pearson (i.e. variáveis quantitativas, relacionadas linearmente ou por salvaguarda teórica, com distribuição normal [bivariada]) (Marôco, 2010). Precisamente as variáveis aplicadas foram as crenças centrais, crescimento pós-traumático, stress percepcionado, stress percebido relacionado com o VIH (após o diagnóstico e hoje), estigma, perceção de capacidades (cognitiva, emocionais, sociais e físicas) e perceção de literacia em saúde relacionada com VIH (aceder a informação clínica, entender informação clínica, conseguir avaliar a informação médica acerca do seu estado de saúde, e, ainda, tomar decisões em relação à sua condição de saúde).

Com o objetivo de teorizar relações funcionais (i.e. modelar, prever e avaliar) e encontrar possíveis fatores explicativos das variáveis dependentes (VD) - CPT e estigma (ou de alguma subescala destas variáveis), foi realizado o conjunto de técnicas estatísticas de análise de regressão linear múltipla (RLM) (com observação por método *stepwise*). As variáveis independentes foram as crenças centrais, stress percepcionado, stress percebido relacionado com o VIH (após o diagnóstico e hoje), perceção de capacidades (cognitiva, emocionais, sociais e físicas) e perceção de literacia em saúde relacionada com VIH (aceder a informação clínica, entender informação clínica, conseguir avaliar a informação médica acerca do seu estado de saúde, e, ainda, tomar decisões em relação à sua condição de saúde). Foram também VI's as variáveis de CPT,

ou estigma ou subescalas destas, excetuando quando foram tidas como VD nos respetivos modelos. Com o objetivo também de perceber diferenças entre a amostra total ($N = 42$) e o GE ($n = 21$) dos fatores explicativos das VD (i.e. CPT e estigma) foram realizadas também análises de RLM nas diferentes amostras. Nos casos de GE, foram incluídas como VI, os indicadores de satisfação do Questionário de Avaliação da Intervenção (i.e. Conteúdos, Desempenho do Terapeuta, Métodos e Satisfação Global). Para as RLM foram tidos em atenção os pressupostos, especificamente ($\varepsilon \sim N(0, \sigma)$), ou seja, relação entre variáveis linear, erros independentes, erros com distribuição normal e erros com variância constante (analisados graficamente ou por Teste SW, Teste White e Teste Durbin-Watson) (Marôco, 2010), bem como teve-se em consideração não apenas os valores das correlações, mas também as garantias teóricas empíricas (Tedeschi et al., 2018).

Resultados

Análise Descritiva

Primeiramente, foram analisadas as médias de idades e anos de vivência com o diagnóstico entre grupos (GE e GC), não havendo diferenças significativas. Apenas se verificaram diferenças significativas entre o GE e o GC em T1, no Acesso a informação de Literacia em saúde relacionada com VIH ($t_{(41)} = -2,082$; $p = 0,037$), com o GE com pontuações mais elevadas ($M = 5,00$; $DP = 1,34$) que o GC ($M = 4,29$; $DP = 1,38$) (Tabela 23, Anexo O). Seguidamente, os alfas de *Cronbach* e as descritivas (M ; DP) das variáveis psicológicas em T1 e T2 foram analisados (Tabela 3). Verificaram-se diferenças significativas entre T1 e T2 no total ($N = 41$) nas variáveis de CPT (CPT $t_{(41)} = -11,605$; $p \leq 0,001$; Apreciação pela Vida $t_{(41)} = -6,817$; $p \leq 0,001$; Novas Possibilidades $t_{(41)} = -8,818$; $p \leq 0,001$; Força Pessoal $t_{(41)} = -7,729$; $p \leq 0,001$; Mudança Espiritual $t_{(41)} = -8,747$; $p < 0,001$; Relações Interpessoais $t_{(41)} = -8,364$; $p \leq 0,001$) e ao nível das subescalas de estigma (Estigma Personalizado $t_{(41)} = 12,732$; $p \leq 0,001$; Preocupações de Divulgação $t_{(41)} = 20,033$; $p < 0,001$; Autoimagem Negativa $t_{(41)} = 11,535$; $p \leq 0,001$).

Tabela 3*Média, Desvio Padrão e Coeficiente de Alfa de Cronbach (N = 42)*

Variável	T1			T2			Amostras emparelhadas	
	α	M	DP	α	M	DP	t (41)	p
Crescimento pós-traumático	0,946	53,83	26	0,926	82,71	24,89	-11,605	< 0,001
Apreciação da vida	0,781	7,48	3,97	0,764	10,83	3,94	-6,817	< 0,001
Novas oportunidades	0,872	11	6,45	0,764	17,57	5,57	-8,818	< 0,001
Força pessoal	0,728	10,88	4,15	0,722	10,64	3,61	-7,729	< 0,001
Mudança espiritual	0,834	11,64	7,31	0,749	18,60	7,30	-8,747	< 0,001
Relações interpessoais	0,833	12,83	7,87	0,848	20,07	9,22	-8,364	< 0,001
Estigma	0,858	21,79	6,74	0,858	21,12	6,62	1,045	0,302
Estigma personalizado	0,816	6,88	3,01	0,818	6,40	7,95	12,732	< 0,001
Preocupações divulgação	0,775	8,88	2,57	0,829	8,74	2,77	20,033	< 0,001
Autoimagem negativa	0,839	6,02	2,80	0,756	5,98	2,60	11,534	< 0,001
Crenças centrais	0,826	28,40	11,31	0,852	28,19	10,85	0,1130	0,897
Stress percebido	0,785	21,55	5,88	0,70	22,12	6,98	1,729	0,046
EE (DDI)	0,852	33,53	10,37	-	-	-	-	-
EE (Opener Scale)	0,890	13,68	6,25	-	-	-	-	-

Nota: T1 = antes da intervenção; T2 = após intervenção; GE = grupo experimental; GC = grupo controlo; α = Estatística de confiabilidade do alfa de Cronbach; M = média; DP = desvio padrão;

Efeitos de Intervenção em Grupo

Relativamente ao primeiro objetivo específico, existiram diferenças significativas e com dimensões de efeito elevadas no GE entre T1 e T2, especificamente, com o aumento de CPT ($t_{(20)} = -12,14$; $p \leq 0,001$) e nos cinco domínios (Apreciação da Vida $W = -3,89$; $p \leq 0,001$; Novas Possibilidades $W = -4,02$; $p \leq 0,001$; Força Pessoal $W = -3,97$; $p \leq 0,001$; Mudança Espiritual $W = -3,94$; $p \leq 0,001$; Relações Interpessoais $W = -3,92$; $p \leq 0,001$), bem como na diminuição de estigma ($t_{(20)} = 3,396$; $p \leq 0,001$) e subescalas (Estigma Personalizado $W = -4,022$; $p \leq 0,001$; Preocupação De Divulgação $W = -4,022$; $p \leq 0,001$; Autoimagem Negativa $W = -4,025$; $p \leq 0,001$). Observaram-se também no GE de T1 para T2, diferenças significativas e de dimensão de efeito elevada no stress percebido relacionado com VIH Hoje ($W = -2,849$; $p = 0,004$). Verificou-se ainda no GE de T1 para T2, tendências estatísticas de diferenças significativas no stress percebido relacionado com o VIH Antes do diagnóstico ($W = 1,851$; $p = 0,064$), com dimensão de efeito reduzida, e ainda na perceção de Capacidades de Gestão Emocional ($W = -0,491$; $p = 0,070$). Adicionalmente, observa-se também que o GE em T2, reduziu ainda as pontuações de crenças centrais ($M = 3,20$; $DP = 1,31$ vs. $M = 2,97$; $DP = 1,38$), stress percebido ($M = 21,90$; $DP = 6,81$ vs. $M = 20,57$; $DP = 7,97$), stress percebido relacionado com o VIH Antes do diagnóstico ($M = 5,48$; $DP = 0,87$ vs. $M = 4,71$; $DP = 1,77$) e Hoje ($M = 3,14$; $DP = 1,35$ vs. $M = 1,81$; $DP = 1,75$), perceções de Avaliar (M

= 4,00; $DP = 1,61$ vs. $M = 3,71$; $DP = 1,66$) e Tomar Decisões ($M = 4,52$; $DP = 1,37$ vs. $M = 4,05$; $DP = 1,56$) em Literacia de saúde VIH, bem como percepções de Capacidades Cognitivas ($M = 4,24$; $DP = 1,38$ vs. $M = 4,00$; $DP = 1,05$), Capacidades Sociais ($M = 3,95$; $DP = 1,53$ vs. $M = 3,71$; $DP = 1,42$) e Capacidades Físicas ($M = 3,90$; $DP = 1,45$ vs. $M = 3,76$; $DP = 1,30$). Aumentando a percepção de Acesso a informação em Literacia de saúde VIH ($M = 5,00$; $DP = 1,34$ vs. $M = 5,05$; $DP = 1,07$) e mantendo as pontuações de Entender informação em Literacia de saúde VIH ($M = 4,57$; $DP = 1,36$) (Tabela 4). O GE teve ainda a expressão emocional em T1 com valores relativamente medianos ($M = 33,53$; $DP = 10,37$) com a DDI (i.e. mínimo de 12 e máximo de 60) e uma tendência para a uma fraca expressão de emoções ou debate de pensamentos com pessoas significativas na opener scale (i.e. mínimo de 5 e máximo de 25) ($M = 13,68$; $DP = 6,25$) (Tabela 4).

Tabela 4

Diferenças de Médias, Desvio Padrão e de ET entre T1 e T2 no GE (n = 21)

Variável	T1		T2		t (20)	p	W	p	d
	M	DP	M	DP					
Crescimento pós-traumático	50,67	25,28	88,95	20,44	-12,14	< 0,001	-	-	14,46
Apreciação pela vida	6,91	4,24	11,76	3,32	-	-	-3,89	< 0,001	0,848
Novas possibilidades	9,48	6,51	18,90	4,47	-	-	-4,02	< 0,001	0,877
Força pessoal	10,29	4,17	16,67	2,80	-	-	-3,97	< 0,001	0,866
Mudança espiritual	12,33	6,83	20,24	7,04	-	-	-3,94	< 0,001	0,859
Relações interpessoais	11,76	7,15	21,38	9,14	-	-	-3,92	< 0,001	0,856
Estigma	21,05	7,02	18,29	5,87	3,396	0,001	-	-	3,727
Estigma personalizado	6,33	3,18	1,86	0,86	-	-	-4,022	< 0,001	0,878
Preocupações divulgação	8,71	2,76	2,64	0,92	-	-	-4,022	< 0,001	0,878
Autoimagem negativa	6,00	2,83	1,60	0,64	-	-	-4,025	< 0,001	0,878
Crenças centrais	3,20	1,31	2,97	1,38	0,701	0,246	-	-	1,49
Stress percepcionado	21,90	6,81	20,57	7,97	-	-	-0,827	0,408	0,180
Stress percebido VIH									
Após diagnóstico	5,48	0,87	4,71	1,77	-	-	1,852	0,064	0,404
Hoje	3,14	1,35	1,81	1,75	-	-	-2,849	0,004	0,622
Literacia Saúde VIH									
Aceder informação	5,00	1,34	5,05	1,07	-	-	-0,061	0,952	0,013
Entender informação	4,57	1,36	4,57	1,36	-	-	0,000	1,000	0,000
Avaliar informação	4,00	1,61	3,71	1,66	-	-	-0,600	0,549	0,131
Tomar decisões	4,52	1,37	4,05	1,56	-	-	-1,382	0,167	0,302
Percepção de capacidades									
Cognitiva	4,24	1,38	4,00	1,05	-	-	-0,699	0,485	0,153
Gestão emocional	3,05	1,28	3,52	1,29	-	-	-1,812	0,070	0,395
Social	3,95	1,53	3,71	1,42	-	-	-0,491	0,623	0,107
Física	3,90	1,45	3,76	1,30	-	-	-0,601	0,548	0,131
Expressão Emocional									
DDI	33,53	10,37	-	-	-	-	-	-	-
Opener Scale	13,68	6,25	-	-	-	-	-	-	-

Nota: T1 = antes da intervenção; T2 = após intervenção; GE = grupo experimental; GC = grupo controlo; M = média; DP = desvio padrão; $t_{(20)}$ = t da Estatística de Teste (ET)

do *t-student* e graus de liberdade; *p* = Significância da ET; *W* = ET do Teste *Wilcoxon*; *d* = Dimensão de Efeito.

Tendo em contado o segundo objetivo, os resultados entre o GE e GC em T2 foram comparados. Verificou-se apenas que o GE apresentou pontuações mais baixas e com diferenças significativas, bem como com dimensão de efeito elevada e média, no estigma ($t_{(40)} = -3,040$; $p = 0,004$) e na Autoimagem Negativa ($W = -2,937$; $p = 0,003$). Observou-se também uma tendência estatística para diferenças significativas no aumento no GE de CPT ($t_{(40)} = 1,659$; $p = 0,052$), Força Pessoal ($W = -1,685$; $p = 0,092$) e Mudança Espiritual ($W = -1,790$; $p = 0,073$), bem como na redução de Estigma Personalizado ($W = -1,936$; $p = 0,053$) e nas Preocupações Divulgação ($W = -1,937$; $p = 0,053$). Verificou-se ainda entre o GE e GC de T1 para T2, tendências estatísticas de diferenças significativas no stress percepcionado ($t_{(40)} = -1,457$; $p = 0,076$), com o GE com pontuações mais reduzidas. Tendências estatísticas de diferenças significativas também nas perceções de Aceder a informação ($W = -1,825$; $p = 0,068$) e Entender informação ($W = -1,792$; $p = 0,073$) em Literacia de saúde VIH, com o GE com pontuações mais elevadas. Restantes comparações entre Média e o Desvio-padrão de cada variável por grupo (GE vs GC) estão dispostas na Tabela 5.

Tabela 5

Diferenças de Médias, DP e de ET entre GE (n = 21) e GC (n = 21) em T2

Variável	GE		GC		<i>t</i> (40)	<i>P</i>	<i>W</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>					
Crescimento pós-traumático	88,95	20,44	76,48	27,75	1,659	0,052	-	-	24,371
Apreciação pela vida	11,76	3,32	9,90	4,37	-	-	-1,558	0,119	0,240
Novas possibilidades	18,90	4,47	16,24	6,31	-	-	-1,427	0,154	0,220
Força pessoal	16,67	2,80	14,62	4,08	-	-	-1,685	0,092	0,260
Mudança espiritual	20,24	7,04	16,95	7,34	-	-	-1,790	0,073	0,181
Relações interpessoais	21,38	9,14	18,76	9,33	-	-	-0,856	0,392	0,132
Estigma	26,48	6,77	33,48	7,06	-3,040	0,004	-	-	6,04
Estigma personalizado	1,86	0,86	2,41	0,95	-	-	-1,936	0,053	0,299
Preocupações divulgação	2,63	0,92	3,19	0,85	-	-	-1,937	0,053	0,299
Autoimagem negativa	6,00	2,83	6,05	2,84	-	-	-2,937	0,003	0,453
Crenças centrais	2,97	1,38	3,30	1,02	-0,879	0,192	-	-	1,209
Stress percepcionado	20,57	7,97	23,67	5,59	-1,457	0,076	-	-	6,88
Stress percebido VIH									
Após diagnóstico	4,71	1,77	5,05	1,56	-	-	-0,794	0,427	0,123
Hoje	1,81	1,75	2,52	1,60	-	-	-0,181	0,856	0,028
Literacia Saúde VIH									
Aceder informação	5,05	1,07	4,29	1,38	-	-	-1,825	0,068	0,282
Entender informação	4,57	1,25	3,71	1,65	-	-	-1,792	0,073	0,277
Avaliar informação	4,19	1,66	3,52	2,09	-	-	-0,967	0,334	0,149
Tomar decisões	4,05	1,56	3,57	2,01	-	-	-0,720	0,472	0,111
Perceção de capacidades									
Cognitiva	4,00	1,05	4,57	1,29	-	-	-1,585	0,113	0,245

Gestão emocional	3,52	1,29	3,52	1,44	-	-	-0,026	0,979	0,151
Social	3,71	1,42	4,00	1,48	-	-	-0,863	0,388	0,060
Física	3,76	1,30	3,86	1,20	-	-	-0,388	0,698	0,108

Nota: T1 = antes da intervenção; T2 = após intervenção; GE = grupo experimental; GC = grupo controlo; M = média; DP = desvio padrão; $t_{(41)}$ = t da Estatística de Teste (ET) do *t-student* e graus de liberdade; p = Significância da ET; W = ET do Teste *Wilcoxon*; d = Dimensão de Efeito.

Foi efetuada uma análise complementar de comparação entre T1 e T2 do GC, para verificar se as pontuações se diferenciavam-se em sentidos opostos ao GE tendo em conta pressupostos teóricos relacionados com modelo de CPT. Especificamente, observou-se que o GC entre T1 para T2, registou de forma semelhante ao GE, aumento com diferenças significativas e dimensões de efeito elevadas também de CPT ($t_{(20)} = -7,585$; $p \leq 0,001$) e domínios *Apreciação Vida* ($W = -2,980$; $p = 0,003$), *Novas Possibilidades* ($W = -3,938$; $p \leq 0,001$), *Força Pessoal* ($W = -3,255$; $p < 0,001$) *Mudança Espiritual* ($W = -3,814$; $p \leq 0,001$) e *Relações Interpessoais* ($W = -3,610$; $p < 0,001$), bem como diminuiu *Estigma Personalizado* ($W = -4,021$; $p \leq 0,001$), *Preocupações Divulgação* ($W = -4,021$; $p \leq 0,001$), *Autoimagem Negativa* ($W = -4,016$; $p \leq 0,001$), e ainda, diminuiu também como o GE em stress percebido relacionado com *VIH Hoje* ($W = -2,137$; $p = 0,003$). Em sentido oposto de alteração de pontuações ao GE, o GC de T1 para T2, aumentou, com diferenças significativas e com dimensões de efeito elevadas, *estigma* ($t_{(20)} = -1,893$; $p = 0,036$) e o stress percepcionado ($t_{(20)} = -2,876$; $p < 0,005$). Em sentido oposto ao GE, o GC em T2 aumentou as pontuações das crenças centrais ($M = 3,30$; $DP = 1,02$ vs. $M = 3,12$; $DP = 1,23$), da perceção de *Capacidades Cognitivas* ($M = 4,57$; $DP = 1,29$ vs. $M = 4,33$; $DP = 1,28$), *Capacidades Sociais* ($M = 4,00$; $DP = 1,48$ vs. $M = 3,95$; $DP = 1,53$) e *Capacidades Físicas* ($M = 3,86$; $DP = 1,20$ vs. $M = 3,71$; $DP = 1,23$) (Tabela 6).

Tabela 6

Diferenças de Médias, Desvio Padrão e de ET entre T1 e T2 no GC (n = 21)

Variável	T1		T2		$t(20)$	P	W	p	d
	M	DP	M	DP					
Crescimento pós-traumático	57,00	26,93	76,48	27,75	-7,585	< 0,001	-	-	11,767
Apreciação da vida	8,14	3,65	9,90	4,37	-	-	-2,980	0,003	0,650
Novas possibilidades	12,52	6,16	16,24	6,31	-	-	-3,938	< 0,001	0,859
Força pessoal	11,48	4,14	14,62	4,08	-	-	-3,255	0,001	0,710
Mudança espiritual	10,95	7,87	16,95	7,34	-	-	-3,814	< 0,001	0,832
Relações interpessoais	13,90	8,57	18,76	9,33	-	-	-3,610	< 0,001	0,788
Estigma	22,52	6,20	23,95	6,20	-1,893	0,036	-	-	3,46
Estigma personalizado	7,43	2,80	2,41	0,95	-	-	-4,021	< 0,001	0,877
Preocupações divulgação	9,05	2,42	3,19	0,85	-	-	-4,021	< 0,001	0,877

Autoimagem negativa	6,05	2,84	2,38	0,90	-	-	-4,016	< 0,001	0,876
Crenças centrais	3,12	1,23	3,30	1,02	-1.060	0,151	-	-	0,777
Stress percebido	21,19	4,93	23,67	5,59	-2,876	0,005	-	-	3,94
Stress percebido VIH									
Após diagnóstico	5,38	1,47	5,05	1,56	-	-	-1,841	0,066	0,402
Hoje	2,52	1,60	1,90	1,79	-	-	-2,137	0,033	0,466
Literacia Saúde VIH									
Aceder informação	4,10	1,55	4,29	1,38	-	-	-0,832	0,405	0,181
Entender informação	3,86	1,71	3,71	1,65	-	-	-0,162	0,871	0,035
Avaliar informação	3,57	1,99	3,52	2,09	-	-	-1,068	0,286	0,233
Tomar decisões	4,05	2,01	3,57	2,01	-	-	-1,394	0,163	.304
Perceção de capacidades									
Cognitiva	4,33	1,28	4,57	1,29	-	-	-0,794	0,427	0,173
Gestão emocional	3,33	1,43	3,52	1,44	-	-	-0,577	0,564	0,126
Social	3,95	1,53	4,00	1,48	-	-	-0,212	0,832	0,047
Física	3,71	1,45	3,86	1,20	-	-	-0,491	0,623	0,107

Nota: T1 = antes da intervenção; T2 = após intervenção; GE = grupo experimental; GC = grupo controlo; M = média; DP = desvio padrão; $t_{(20)}$ = t da Estatística de Teste (ET) do *t-student* e graus de liberdade; p = Significância da ET; W = ET do Teste *Wilcoxon*; d = Dimensão de Efeito.

Foram ainda analisadas complementarmente diferenças de T1 entre GE e GC, que podem ser consultadas em anexo (Anexo M). Verificou-se que o GC em comparação com o GC em T1, apresentava diferenças significativas, mais baixas, com dimensão de efeito reduzida, na perceção de Acesso a informação em Literacia de saúde VIH ($W = -2,082$; $p = 0,037$) (Anexo M).

Resultados de Satisfação da Intervenção em Grupo

No âmbito da avaliação da satisfação com a intervenção em grupo, em T2, os participantes avaliaram maioritariamente os conteúdos como bastante eficazes, nomeadamente adequados às necessidades ($n = 11$; 52,4%), fáceis de compreensão ($n = 10$; 47,6%), sendo que os temas e os objetivos escolhidos para cada sessão foram também considerados bastante adequados à experiência de VIH ($n = 13$; 61,9%). Houve a perceção de que foram abordados os temas necessários no contexto de VIH ($n = 9$; 42,9%). As atividades realizadas satisfizeram bastante ($n = 8$; 38,1%) e muito ($n = 8$; 38,1%), assim como foram de fácil de compreender ($n = 11$; 52,4%). Os conteúdos que aprenderam foram bastante úteis para futuras situações ($n = 11$; 52,4%), tendo considerado que as poderão reproduzir bastante, no seu quotidiano ($n = 10$; 47,9%). Maioritariamente consideraram que os conteúdos foram transmitidos de forma bastante clara e perceptível ($n = 12$; 57,1%), as explicações teóricas foram consideradas muito úteis ($n = 9$; 42,9%). Foi sentido que o terapeuta foi bastante ao encontro das necessidades e preocupações ($n = 13$; 61,9%) e demonstrou bastante interesse pelas

dificuldades individuais ($n = 16$; 76,2%). Para além disso, os participantes identificaram que o terapeuta, estimulou bastante a participação ($n = 17$; 81%) e a relação terapêutica foi considerada também bastante boa ($n = 16$; 76,2%). Os métodos foram considerados bastante adequados para a dinamização dos conteúdos ($n = 16$; 76,2%) e muito úteis para os objetivos ($n = 8$; 38,1%). O número de sessões foi considerado pouco ($n = 8$; 38,1%). O tempo de cada sessão foi considerado bastante adequado ($n = 8$; 38,1%). Os participantes acharam que os objetivos foram bastante cumpridos ($n = 8$; 38,1%) e o desenvolvimento dado à intervenção pareceu bastante adequado ao nível individual de conhecimentos ($n = 11$; 52,4%). A intervenção correspondeu bastante às expectativas ($n = 7$; 33,3%), permitiu adquirir bastantes conhecimentos ($n = 15$; 71,4%) e foi tida como bastante enquanto mais-valia para o próprio ($n = 14$; 66,7%). Na sua maioria, os participantes do GE recomendaram a intervenção ($n = 14$; 66,7%), revelando uma satisfação global com a intervenção bastante elevada ($n = 14$; 66,7%).

Correlações de Pearson

Foi realizada também uma análise de correlações bivariadas de *Pearson* para identificar quais as variáveis que estavam significativamente correlacionadas com as principais variáveis em estudo (i.e. CPT, estigma e subescalas de ambas) em T2, na amostra total ($N = 42$), com o GE ($n = 21$) e GC ($n = 21$). Com a amostra total ($N = 42$) em T2, as correlações com as principais variáveis em estudo encontradas foram: 1 – CPT teve uma correlação positiva com a perceção de Capacidade Físicas ($r = 0,359$; $p = 0,019$); 2 – a Força Pessoal teve também uma correlação positiva com a perceção das Capacidades Físicas ($r = 0,313$; $p = 0,044$); 3 – a Mudança Espiritual teve correlação positiva com stress percebido relacionado com o VIH Hoje ($r = 0,336$; $p = 0,030$) e com a perceção das Capacidades Físicas ($r = 0,357$; $p = 0,020$); 4 – as Relações Interpessoais tiveram correlações positivas com as crenças centrais ($r = 0,320$; $p = 0,039$) e com a perceção de Capacidades Sociais ($r = 0,377$; $p = 0,014$) e Capacidades Físicas ($r = 0,355$; $p = 0,021$); 5 – o estigma esteve correlacionado de forma positiva com o stress percebido relacionado com o VIH Hoje ($r = 0,425$; $p = 0,005$), e negativa com a perceção de Tomar Decisões de Literacia em saúde VIH ($r = -0,308$; $p = 0,047$); 6 – as Preocupações de Divulgação estiveram correlacionadas de forma positiva com o stress percepcionado ($r = 0,329$; $p = 0,034$) e stress percebido relacionado com o VIH Hoje ($r = 0,365$; $p = 0,017$), negativamente com as perceções de Avaliar ($r = -0,412$; $p = 0,007$) e Tomar Decisões ($r = -0,398$; $p = 0,009$) em Literacia de saúde VIH; 7 – a Autoimagem

Negativa esteve correlacionada positivamente com as crenças centrais ($r = 0,368$; $p = 0,017$), o stress percebido relacionado com o VIH de Após diagnóstico ($r = 0,351$; $p = 0,023$) e de Hoje ($r = 0,440$; $p = 0,004$), bem como a percepção de Capacidades Físicas ($r = 0,310$; $p = 0,046$) (Tabela 7).

Tabela 7

Correlações de Pearson com o total da amostra em T2 (N = 42)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1. Crenças centrais	-	0,262	0,085	0,271	0,171	0,153	0,320*	0,349*	0,640**	0,182	0,219	0,105	0,071	0,368*	-0,134	-0,009	0,044	0,007	0,227	-0,015	0,083	0,148
2. Crescimento pós-traumático	.	-	0,779**	0,902**	0,714**	0,855**	0,866**	-0,098	0,147	0,120	0,014	-0,037	-0,036	0,114	0,026	0,080	0,068	-0,040	0,109	0,255	0,271	0,359*
3. Apreciação pela vida			-	0,689**	0,484**	0,670**	0,540**	-0,142	0,001	0,152	0,160	0,164	0,121	0,100	0,080	0,086	-0,055	-0,170	0,181	0,232	0,137	0,164
4. Novas possibilidades				-	0,666**	0,709**	0,715**	-0,039	0,135	0,089	-0,045	-0,014	-0,137	0,046	0,096	0,141	0,077	0,018	0,136	0,222	0,153	0,233
5. Força pessoal					-	0,522**	0,513**	-0,179	0,242	-0,016	-0,129	-0,065	-0,154	-0,095	0,148	0,194	0,128	0,061	0,069	0,245	0,281	0,313*
6. Mudança espiritual						-	0,598**	-0,096	0,117	0,336*	0,229	0,142	0,200	0,217	-0,093	-0,052	-0,057	-0,155	-0,006	0,243	0,117	0,357*
7. Relações interpessoais							-	-0,034	0,128	-0,054	-0,135	-0,250	-0,165	0,103	-0,006	0,061	0,157	0,052	0,111	0,168	0,377*	0,355*
8. Stress percecionado								-	0,164	0,065	-0,282	-0,145	0,329*	0,068	-0,141	-0,143	-0,059	-0,063	-0,080	-0,443**	0,027	-0,238
Stress percebido VIH																						
9. Após diagnóstico									-	0,331*	0,255	0,047	0,233	0,351*	-0,157	-0,032	0,049	0,041	0,350*	0,061	0,146	0,191
10. Hoje										-	0,425**	0,235	0,365*	0,440**	-0,251	-0,177	-0,087	-0,071	0,137	-0,061	0,098	0,270
11. Estigma											-	0,772**	0,818**	0,838**	-0,214	-0,227	-0,308*	-0,277	0,060	0,072	-0,014	0,149
12. Estigma personalizado												-	0,392*	0,464**	-0,164	-0,048	-0,108	-0,090	0,016	0,129	-0,159	-0,089
13. Preocupações divulgação													-	0,592**	-0,101	-0,271	-0,412**	-0,398**	-0,087	-0,093	0,021	0,156
14. Autoimagem negativa														-	-0,259	-0,236	-0,229	-0,184	0,230	0,143	0,116	0,310*
Literacia em saúde VIH																						
15. Acesso a informação															-	0,657**	0,422**	0,353*	0,096	-0,009	0,132	0,005
16. Entender informação																-	0,785**	0,694**	0,180	0,202	0,189	0,054
17. Avaliar informação																	-	0,930**	0,342*	0,231	0,269	0,155
18. Tomar decisões																		-	0,332*	0,223	0,253	0,082
Perceção de capacidades																						
19. Cognitiva																			-	0,556**	0,194	0,352*
20. Gestão Emocional																				-	0,353*	0,413**
21. Social																					-	0,231
22. Física																						-

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; $p < 0,001$

Com o GE ($n = 21$) em T2, as correlações encontradas com as principais variáveis em estudo foram: 1 – o CPT correlacionou-se positiva com as percepções de Capacidade Social ($r = 0,520$; $p = 0,016$) e Capacidade Física ($r = 0,476$; $p = 0,029$) (note-se que as variáveis de CPT e a subescala de Força Pessoal não estiveram correlacionadas); 2 – a Apreciação pela Vida positivamente com estigma ($r = 0,489$; $p = 0,025$) e Autoimagem Negativa ($r = 0,576$; $p = 0,006$); 3 – as Novas Possibilidades estiveram correlacionadas de forma positiva com o stress percecionado ($r = 0,439$; $p = 0,046$); 4 – a Força Pessoal correlacionou-se positivamente com a percepção de Acesso a informação médica na Literacia em saúde VIH ($r = 0,589$; $p = 0,005$); 5 – a Mudança Espiritual positivamente com o stress percebido relacionado com o VIH Hoje ($r = 0,458$; $p = 0,037$), o estigma ($r = 0,503$; $p = 0,020$) e a Autoimagem Negativa ($r = 0,516$; $p = 0,017$); 6 – as Relações Interpessoais estiveram de forma positiva com a percepção de Capacidades Sociais ($r =$

0,622; $p = 0,003$); 7 – o estigma correlacionou-se positivamente com o stress percebido relacionado com o VIH Hoje ($r = 0,492$; $p = 0,024$); 8 – o Estigma Personalizado positivamente com o stress percebido relacionado com o VIH Hoje ($r = 0,446$; $p = 0,043$); 9 – as Preocupações Divulgação correlacionaram-se positivamente com o stress percebido relacionado com o VIH Após diagnóstico ($r = 0,505$; $p = 0,020$), mas negativamente com as perceções de Avaliar ($r = -0,506$; $p = 0,019$) a informação médica e Tomar Decisões ($r = -0,541$; $p = 0,011$) relacionadas com Literacia em saúde VIH (Tabela 8).

Tabela 8

Correlações de Pearson com GE (n = 21) em T2

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1. Crenças centrais	-	0,306	0,180	0,285	0,214	0,173	0,282	0,454*	0,713**	0,240	0,189	-0,059	0,235	0,318	0,246	-0,008	0,032	-0,149	0,039	-0,372	0,044	0,120
2. Crescimento pós-traumático	.	-	0,715**	0,828**	0,411	0,780**	0,845**	0,317	0,062	0,205	0,184	-0,005	0,111	0,411	0,057	-0,042	-0,004	-0,125	-0,063	0,214	0,520*	0,476*
3. Apreciação pela vida			-	0,511*	-0,014	0,613**	0,518*	-0,251	0,107	0,371	0,489*	0,274	0,384	0,576**	-0,123	-0,256	-0,255	-0,306	0,201	0,300	0,389	0,218
4. Novas possibilidades				-	0,501*	0,625**	0,542*	0,439*	0,034	0,266	0,132	-0,017	0,031	0,383	0,158	-0,052	-0,166	-0,135	-0,128	0,174	0,334	0,271
5. Força pessoal					-	0,042	0,339	0,083	0,152	-0,310	-0,231	-0,228	-0,198	-0,115	0,589**	0,301	0,068	0,072	0,017	-0,005	0,403	0,307
6. Mudança espiritual						-	0,433	0,284	-0,014	0,458*	0,503*	0,353	0,383	0,516*	-0,220	-0,204	-0,145	-0,282	-0,210	0,217	0,147	0,427
7. Relações interpessoais							-	0,158	0,047	-0,064	-0,147	-0,304	-0,141	0,162	0,085	0,090	0,255	0,093	0,005	0,118	0,622**	0,429
8. Stress percebido								-	0,261	0,137	-0,049	-0,155	-0,034	0,108	-0,058	-0,237	0,027	0,012	-0,310	-0,628**	-0,110	-0,334
Stress percebido VIH																						
9. Após diagnóstico									-	0,176	0,384	0,016	0,505*	0,427	0,166	0,010	-0,066	-0,176	0,216	-0,261	-0,114	0,056
10. Hoje										-	0,492*	0,446*	0,388	0,347	-0,475*	-0,474*	-0,279	-0,270	-0,027	-0,087	-0,184	0,089
11. Estigma											-	0,774**	0,858**	0,783**	-0,209	-0,276	-0,405	-0,388	-0,227	-0,027	-0,032	-0,174
12. Estigma personalizado												-	0,434*	0,398	-0,264	-0,153	-0,190	-0,106	-0,314	-0,079	-0,103	-0,360
13. Preocupações divulgação													-	0,599**	-0,150	-0,316	-0,506*	-0,541*	-0,120	-0,069	-0,045	-0,020
14. Autoimagem negativa														-	-0,069	-0,182	-0,255	-0,264	-0,100	0,124	0,108	-0,019
Literacia em saúde VIH																						
15. Acesso a informação															-	0,652**	0,275	0,237	0,178	0,126	0,207	0,188
16. Entender informação																-	0,789**	0,702**	0,267	0,209	0,012	0,088
17. Avaliar informação																	-	0,900**	0,287	0,044	-0,018	0,184
18. Tomar decisões																		-	0,183	-0,063	-0,084	-0,019
Percepção de capacidades																						
19. Cognitiva																			-	0,481*	0,034	0,330
20. Gestão Emocional																				-	0,386	0,406
21. Social																					-	0,205
22. Física																						

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; $p < 0,001$

Com o GC ($n = 21$) em T2, as correlações encontradas com as principais variáveis em estudo foram: 1 – Relações Interpessoais correlacionaram-se de forma positiva com as crenças centrais ($r = 0,442$; $p = 0,045$); 2 – Autoimagem Negativa correlacionou-se positivamente com o stress percebido relacionado com o VIH Hoje ($r = 0,582$; $p = 0,006$) e a percepção de Capacidades Físicas ($r = 0,609$; $p = 0,003$); 3 – Estigma esteve correlação positiva com a percepção de Capacidades Físicas ($r = 0,478$; $p = 0,028$) (Tabela 9).

Tabela 9*Correlações de Pearson com GC (n = 21) em T2*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1. Crenças centrais	-	0,342	0,073	0,379	0,254	0,221	0,442*	0,090	0,525*	0,105	0,171	0,225	-0,269	0,408	-0,466*	0,076	0,117	0,212	0,395	0,417	0,107	0,183
2. Crescimento pós-traumático	.	-	0,793**	0,931**	0,834**	0,906**	0,896**	-0,002	0,285	0,081	0,114	0,073	-0,007	0,191	-0,118	0,036	0,041	-0,050	0,328	0,300	0,163	0,320
3. Apreciação pela vida			-	0,756**	0,688**	0,686**	0,540*	0,044	-0,043	0,012	0,168	0,242	0,072	0,060	0,087	0,177	-0,011	-0,153	0,286	0,200	0,008	0,150
4. Novas possibilidades				-	0,711**	0,750**	0,838**	-0,054	0,277	-0,016	0,027	0,116	-0,148	0,080	-0,048	0,146	0,149	0,052	0,401	0,267	0,086	0,243
5. Força pessoal					-	0,794**	0,617**	-0,007	0,402	0,194	0,142	0,179	0,017	0,118	-0,210	0,028	0,089	-0,003	0,224	0,420	0,281	0,378
6. Mudança espiritual						-	0,731**	0,218	0,318	0,251	0,256	0,117	0,196	0,277	-0,141	-0,071	-0,070	-0,127	0,257	0,278	0,142	0,324
7. Relações interpessoais							-	-0,164	0,254	-0,037	-0,020	-0,144	-0,115	0,215	-0,157	-0,031	0,043	-0,011	0,270	0,215	0,188	0,297
8. Stress percecionado								-	0,020	-0,010	-0,223	-0,307	-0,029	-0,159	-0,082	0,036	-0,047	-0,063	-0,028	-0,313	0,103	-0,135
Stress percebido VIH																						
9. Após diagnóstico									-	0,503*	0,078	0,020	-0,144	0,293	-0,399	-0,014	0,191	0,261	0,458*	0,389	0,409	0,351
10. Hoje										-	0,428	0,054	0,362	0,582**	-0,090	0,041	0,068	0,085	0,264	-0,038	0,359	0,462*
11. Estigma											-	0,725**	0,742**	0,823**	-0,016	-0,006	-0,152	-0,142	0,085	0,171	-0,092	0,478*
12. Estigma personalizado												-	0,233	0,383	0,045	0,174	0,037	-0,016	0,124	0,309	-0,283	0,142
13. Preocupações divulgação													-	0,507*	0,107	-0,113	-0,283	-0,251	-0,225	-0,126	0,026	0,355
14. Autoimagem negativa														-	-0,185	-0,091	-0,120	-0,071	0,277	0,186	0,062	0,609**
Literacia em saúde VIH																						
15. Acesso a informação															-	0,608*	0,465*	0,387	0,184	-0,104	0,146	-0,125
16. Entender informação																-	0,772**	0,684**	0,269	0,214	0,389	0,054
17. Avaliar informação																	-	0,947**	0,478*	0,371	0,533*	0,152
18. Tomar decisões																		-	0,504*	0,427	0,536*	0,181
Perceção de capacidades																						
19. Cognitiva																			-	0,641**	0,288	0,381
20. Gestão Emocional																				-	0,329	0,425
21. Social																					-	0,254
22. Física																						-

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; $p < 0,001$ **Contributo das variáveis no CPT e estigma**

Tendo em consideração as VD's utilizadas (i.e. CPT e estigma), foram identificados isoladamente um total de 15 modelos explicativos em T2. Os modelos são apresentados de forma numerada na Tabela 10. Em detalhe, com o total da amostra ($N = 42$), oito modelos explicativos com as VD's de CPT (1), Apreciação da Vida (3), Força Pessoal (4), Mudança Espiritual (6), Relações Interpessoais (8), estigma (10), Preocupações Divulgação (13) e Autoimagem Negativa (15). Com o GE ($n = 21$), sete modelos explicativos com as VD's de CPT (2), Força Pessoal (5), Mudança Espiritual (7), Relações Interpessoais (8), estigma (11), Estigma Personalizado (12) e Preocupações Divulgação (14) (Tabela 10).

A perceção de Capacidades Físicas ($\beta = 0,359$; $t = 2,436$; $p = 0,019$) foi explicativa de CPT ($F(1; 41) = 5,934$; $p = 0,019$; $r^2_{adj} = 0,107$) no total da amostra ($N = 42$) (Modelo 1). No GE, a VD de CPT ($F(2; 20) = 10,926$; $p < 0,001$; $r^2_{adj} = 0,498$) for explicada pela Satisfação Global da intervenção, em particular com o item 4 ("A intervenção permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos") ($\beta = 0,829$; $t = 4,606$; $p \leq 0,001$), e os Conteúdos, com o item 6 ("As atividades realizadas durante as sessões

foram de fácil compreensão”) ($\beta = -0,519$; $t = -2,886$; $p = 0,010$) (Modelo 2). Estigma ($\beta = 0,502$; $t = 2,752$; $p = 0,013$) e a percepção de Capacidades Sociais ($\beta = 0,405$; $t = 2,219$; $p = 0,040$) foram explicativos de Apreciação da Vida ($F(1; 41) = 6,062$; $p = 0,010$; $r^2_{adj} = 0,336$) no total da amostra ($N = 42$) (Modelo 3). A percepção de Capacidades Físicas ($\beta = 0,313$; $t = 2,084$; $p = 0,044$) foi explicativa de Força Pessoal ($F(1; 20) = 4,343$; $p = 0,044$; $r^2_{adj} = 0,075$) em T2, no total da amostra ($N = 42$) (Modelo 4). Com o GE ($n = 21$) a Força Pessoal foi explicada ($F(2; 20) = 12,861$; $p < 0,001$; $r^2_{adj} = 0,640$), pela satisfação pelos Conteúdos abordados na intervenção, em particular com o item 8 (“Írá reproduzir, no seu quotidiano, as atividades que foram desenvolvidas durante as sessões”) ($\beta = 0,728$; $t = 4,391$; $p < 0,001$) e o item 4 (“Foram abordados todos os temas necessários no contexto de VIH”) ($\beta = -0,399$; $t = -2,084$; $p = 0,026$), e ainda, com a percepção de literacia em saúde VIH, especificamente com o Acesso a informação ($\beta = 0,481$; $t = 3,436$; $p = 0,003$) (Modelo 5). A percepção de Capacidades Físicas ($\beta = 0,357$; $t = 2,416$; $p = 0,020$) explicou também Mudança Espiritual ($F(1; 41) = 5,837$; $p = 0,020$; $r^2_{adj} = 0,106$) no total da amostra ($N = 42$) (Modelo 6). Com o GE ($n = 21$), Mudança Espiritual foi explicada pelo estigma ($\beta = 0,596$; $t = 3,617$; $p = 0,002$) e pela percepção de Capacidades Físicas também ($\beta = 0,531$; $t = 3,222$; $p = 0,005$), tendo apresentado uma variância explicativa do modelo de cerca de 47% ($F(2; 20) = 10,007$; $p = 0,001$; $r^2_{adj} = 0,474$) (Modelo 7). A percepção de Capacidades Sociais ($\beta = 0,353$; $t = 2,498$; $p = 0,017$) com as crenças centrais ($\beta = 0,290$; $t = 2,054$; $p = 0,047$) foram explicativas de Relações Interpessoais ($F(1; 41) = 5,693$; $p = 0,007$; $r^2_{adj} = 0,186$) no total da amostra ($N = 42$) (Modelo 8). No GE ($n = 21$), as Capacidades Sociais foram também explicativas ($F(1; 20) = 11,967$; $p = 0,003$; $r^2_{adj} = 0,354$) isoladamente de VD de Relações Interpessoais (Modelo 9). O stress percebido relacionado com VIH Hoje ($\beta = 0,425$; $t = 2,973$; $p = 0,005$) foi explicativo ($F(1; 41) = 8,840$; $p = 0,005$; $r^2_{adj} = 0,161$) do estigma no total da amostra ($N = 42$) (Modelo 10). Com o GE ($n = 21$), o stress percebido relacionado com VIH Hoje ($\beta = 0,471$; $t = 2,570$; $p = 0,019$) foi também explicativo do estigma ($F(2; 20) = 5,943$; $p = 0,010$; $r^2_{adj} = 0,331$) em conjunto com o factor de satisfação com a especificamente no Conteúdos, pelo item 7 (“Os conhecimentos que aprendeu serão úteis para futuras situações quotidianas”) ($\beta = 0,471$; $t = 2,570$; $p = 0,019$) (Modelo 11). De forma semelhante, no GE ($n = 21$), o stress percebido relacionado com VIH Hoje ($\beta = 0,573$; $t = 3,680$; $p = 0,002$), a satisfação com a intervenção, em específico com o Desempenho do Terapeuta

no item 2 (“As explicações teóricas foram úteis para a aprendizagem”) ($\beta = 0,507$; $t = 3,242$; $p = 0,005$), e a percepção de Capacidades Físicas ($\beta = -0,342$; $t = -2,215$; $p = 0,041$), explicaram o Estigma Personalizado ($F(2; 20) = 8,659$; $p = 0,001$; $r^2_{adj} = 0,535$) (Modelo 12). No total da amostra ($N = 42$), a percepção de Literacia em saúde VIH, particularmente a auto-percepção de Avaliar a informação médica relacionada com VIH ($\beta = -0,383$; $t = -2,806$; $p = 0,008$) e o stress percebido relacionado com VIH Hoje ($\beta = 0,332$; $t = 2,431$; $p = 0,020$), explicaram ($F(2; 41) = 7,546$; $p = 0,002$; $r^2_{adj} = 0,242$) as pontuações da subescala de estigma de Preocupações de Divulgação (Modelo 13). No GE, o stress percebido relacionado com VIH Hoje ($\beta = 0,423$; $t = 2,417$; $p = 0,027$) também explicou ($F(2; 20) = 7,841$; $p = 0,004$; $r^2_{adj} = 0,406$) as Preocupações de Divulgação, em conjunto com a percepção de Literacia em saúde VIH, em detalhe, com auto-percepção de competência para Tomar Decisões em relação ao seu estado de saúde com VIH ($\beta = -0,466$; $t = -2,663$; $p = 0,016$) (Modelo 14). Por último, o stress percebido relacionado com VIH hoje ($\beta = 0,386$; $t = 2,789$; $p = 0,008$) e as crenças centrais ($\beta = 0,298$; $t = 2,152$; $p = 0,036$) explicaram ($F_{(b)}(2; 20) = 7,544$; $p = 0,002$; $r^2_{adj} = 0,242$) a Autoimagem Negativa no total da amostra ($N = 42$) (Modelo 15).

Tabela 10

Modelos explicativos das VD de CPT, estigma e subescalas

Variáveis /Modelos	β	T	p -value	F	p -value	r^2_{ajust}
1- CPT (VD) ($N = 42$)				5,934	0,019	0,107
Capacidades físicas	0,359	2,436	0,019			
2- CPT (VD) ($n = 21$)				10,926	< 0,001	0,498
Novos Conhecimentos	0,829	4,606	< 0,001			
Atividades Realizadas	-0,519	-2,886	0,010			
3- Apreciação Vida (VD) ($N = 42$)				6,062	0,010	0,336
Estigma	0,502	2,752	0,013			
Capacidade social	0,405	2,219	0,040			
4- Força Pessoal (VD) ($N = 42$)				4,343	0,044	0,075
Capacidades Físicas	0,313	2,084	0,044			
5- Força Pessoal (VD) ($n = 21$)				12,861	< 0,001	0,640
Reprodução De Atividades	0,728	4,391	< 0,001			
Literacia VIH Acesso Informação	0,481	3,436	0,003			
Temas Abordados VIH	-0,399	-2,431	0,026			
6- Mudança Espiritual (VD) ($N = 42$)				5,837	0,020	0,106
Capacidades Físicas	0,357	2,416	0,020			
7- Mudança Espiritual (VD) ($n = 21$)				10,007	0,001	0,474
Estigma	0,596	3,617	0,002			
Capacidades Físicas	0,531	3,222	0,005			
8-Relações Interpessoais (VD) ($N = 42$)				5,693	0,007	0,186
Capacidades Sociais	0,353	2,498	0,017			
Crenças centrais	0,290	2,054	0,047			
9-Relações Interpessoais (VD) ($n = 21$)				11,967	0,003	0,354
Capacidades Sociais	0,622	3,459	0,003			
10-Estigma (VD) ($N = 42$)				8,840	0,005	0,161

Stress percebido VIH Hoje	0,425	2,973	0,005			
11-Estigma (VD) (n = 21)				5,943	0,010	0,331
Stress percebido VIH Hoje	0,471	2,570	0,019			
Conhecimentos úteis	0,395	2,157	0,045			
12-Estigma Personalizado (VD) (n = 21)				8,659	0,001	0,535
Stress percebido VIH Hoje	0,573	3,680	0,002			
Explicações teóricas úteis	0,507	3,242	0,005			
Percepção de capacidades físicas	-0,342	-2,215	0,041			
13-Preocupações divulgação (VD) (N = 42)				7,546	0,002	0,242
Literacia saúde VIH Avaliar	-0,383	-2,806	0,008			
Stress percebido VIH Hoje	0,332	2,431	0,020			
14-Preocupações divulgação (VD) (n = 21)				7,841	0,004	0,406
Literacia saúde VIH Tomar decisões	-0,466	-2,663	0,016			
Stress percebido VIH Após	0,423	2,417	0,027			
15-Autoimagem negativa (VD) (N = 42)				7,544	0,002	0,242
Stress percebido VIH Hoje	0,386	2,789	0,008			
Crenças Centrais	0,298	2,152	0,036			

Nota: As variáveis presentes nos modelos foram as crenças centrais, crescimento pós-traumático e subescalas, stress percepcionado, stress percebido relacionado com VIH após diagnóstico e hoje, estigma e subescalas, indicadores de literacia e de percepção de capacidade, excetuando nos casos em que a variável foi indicada como VD. Os modelos 2, 5, 7, 9, 11, 12 e 14, foram ainda acrescentadas como variáveis (VI) os indicadores de satisfação da intervenção presentes apenas no GE.

Por último, em função do último objetivo do presente estudo, utilizando com VI's as variáveis de crenças centrais, stress percepcionado, stress percebido relacionado com VIH, estigma e subescalas, percepção de literacia relacionada com VIH e percepção de capacidades, DDI e Opener Scale, foi encontrado um modelo explicativo de CPT ($F(4; 20) = 16,609$; $p < 0,001$; $r^2_{adj} = 0,778$) em T1, com o GE ($n = 21$). Com uma acentuada variância explicativa de 78% de CPT. Verificou-se que a expressão emocional, especificamente a percepção de expressar emoções (com a Opener Scale) ($\beta = 0,532$; $t = 3,994$; $p = 0,001$), em conjunto com mais três variáveis explicou CPT em T1, especificamente Literacia em saúde VIH, em particular a percepção de competência para Tomar Decisões ($\beta = -0,533$; $t = -3,877$; $p = 0,002$) em relação ao seu estado de saúde, o stress percepcionado ($\beta = 0,480$; $t = 3,742$; $p = 0,002$) e a percepção de Capacidade Cognitivas ($\beta = -0,298$; $t = -2,333$; $p = 0,035$) (Tabela 11).

Tabela 11*Modelos de explicação de CPT (VD) em T1*

Variáveis /Modelo	β	T	p -value	F	p -value	r^2_{ajust}
CPT (VD) ($n = 21$)				16,609	< 0,001	0,778
Expressão emocional (OS)	0,532	3,994	0,001			
Literacia VIH Tomar decisões	-0,533	-3,877	0,002			
Stress percepcionado	0,480	3,742	0,002			
Capacidades cognitivas	-0,298	-2,333	0,035			

Nota: Variáveis presentes no modelo: DDI, Opener Scale (OS), crenças centrais, stress percebido, stress percebido relacionado com VIH após diagnóstico e hoje, estigma, indicadores de literacia saúde VIH e de percepção de capacidades.

Discussão

Este estudo procurou como primeiro objetivo adaptar, implementar e avaliar a eficácia do programa de intervenção em grupo para facilitar CPT de Ramos et al., (2016; 2017) em pessoas com diagnóstico de VIH positivo demora a que fosse possível facilitar CPT e diminuição de estigma. Como segundo objetivo, esperava-se que as diferenças fossem significativas em comparação com o GC. Como terceiro objetivo, foram ainda exploradas, correlações e depois regressões (i.e. modelos explicativos) entre CPT e estigma e restantes variáveis secundárias, nomeadamente, crenças centrais, stress percepcionado, stress percebido relacionado com VIH após o diagnóstico e hoje, percepção de aceder, entender, avaliar e tomar decisões em relação a literacia em saúde VIH, bem como percepções de capacidades cognitiva, gestão emocional, social e física.

Relativamente ao primeiro e segundo objetivo do estudo, observou-se que apesar de o CPT e os cinco domínios terem aumentado e das várias dimensões de estigma terem diminuído de forma significativa de T1 para T2 no GE, apenas foi significativamente mais baixo em comparação com o GC em estigma e Autoimagem Negativa. Estes resultados vão ao encontro da literatura existente sobre CPT e estigma, que refere ser necessário aumentar a inibição de dimensões de Estigma (narrativas auto depreciativas sociais internalizadas) para que ocorra uma tendência de surgir CPT (e.g. Murph & Herey, 2015; Shen et al., 2015).

De forma semelhante ao que foi correlacionado em Murph e Herey (2013), a intervenção do presente estudo indicou: a) diminuição de estigma (i.e. estigma e Autoimagem Negativa); b) tendência significativa de comparação com GC em Estigma Personalizado e Preocupações com a Divulgação; c) tendência para ser significativo em comparação com GC no domínio de Força Pessoal; e d) tendência para ser significativo em comparação com GC para CPT e Mudança Espiritual.

O facto de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (i.e. GC e GE) quanto ao aumento de CPT após a intervenção (i.e. T2), pode ser justificado por: a) as pontuações de CPT nos dois grupos (i.e. GC e GE) terem sido elevadas em T1 (i.e. pode indicar, segundo o modelo teórico que a mudança de crenças já tenha ocorrido sendo esperado apenas que as pontuações se mantenham para T2, embora este aspecto seja difícil de compreender como se processa numa doença crónica); e b) pelas pontuações relativamente baixas de predisposição para a expressão emocional dos participantes do GE em T1 (i.e. tal como já explicado, a expressão emocional e em grupo pode facilitar o aumento de CPT [Larsen & Berenbaum, 2015; Tedeschi et al., 2018] e reduzir o sofrimento psicológico do estigma [Pennebaker, 1999; Petrie et al., 1995; Rzeszutek & Gruszczynska, 2018; Rzeszutek et al., 2019; Sears et al., 2003; Siegel et al., 2005]), ou seja, as pontuações foram relativamente baixas, sugerindo *a priori* no início da intervenção, uma dificuldade na facilitação para expressão emocional.

Observa-se ainda, também, que os participantes do GE nas respostas ao questionário de avaliação de satisfação da intervenção, consideraram que os conhecimentos adquiridos foram bastantes e tidos como uma elevada mais-valia para os próprios, contudo, referiram também que o número de sessões foi considerado pouco. E da mesma forma, a perceção de Acesso a informação relacionado com literacia VIH, no GE também aumentou em T2. Contudo, quer as respostas ao questionário de avaliação de satisfação da intervenção classificando os conhecimentos adquiridos como bastantes, considerados como mais-valia, quer a insatisfação com o número reduzido de sessões e o aumento de Acesso a informação relacionada com literacia VIH no GE em T2, podem demonstrar uma carência nos participantes por este tipo de intervenções. De certa forma é preciso ter em atenção, que duas das principais crenças no estigma relacionado com o VIH, estão associadas com a noção de possibilidade de rejeição social por “ser-se contagioso” e por a “terapia farmacológica ter impactos agressivos sobre o corpo” (Zeligman et al., 2016). Ou seja, a toma diária da medicação pode reforçar a não inibição de redução do estigma (e.g. pela não partilha de emoções relacionadas com essa situação diária específica), bem como o número reduzido de sessões no grupo e a facilitação de sentimento de apoio entre grupo para aumentar conhecimentos em VIH, experiências e a exposição de emoções traumáticas, bem como a confiança entre pares, pode não ter sido suficiente para sustentar de forma continuada a redução de estigma, aumentando assim de forma significativa CPT estimulado pela intervenção.

Por outro lado, o protocolo de base de Ramos et al. (2016; 2017) como referência à presente investigação, foi aplicado e validado a uma população de cancro não-metástico, uma condição clínica que de certa forma pode ser pensada como pontual e não crónica, pelo que o número de sessões nesse caso, fez sentido, contudo, as trajetórias de desenvolvimento de CPT nas pessoas com VIH observadas no presente estudo, podem ser diferentes longitudinalmente em comparação com o cancro da mama não metástico. Observe-se nesse sentido que a literatura tem demonstrado que o desenvolvimento de CPT nas pessoas que vivem com VIH, pode ter diferentes trajetórias (Rzeszutek & Gruszcznska, 2022).

Na leitura dos resultados do presente estudo, deve ser tido em atenção também que a média de CPT dos participantes, GE ou GC, foi menor em T1 e maior em T2, comparando com outros estudos com a mesma população (Cordova et al, 2001; Didd, 2018; Kamen et al., 2016; Murphy & Hevery, 2013; Weis, 2008; Zeligman et al., 2016). Algo que de certa forma não seria de esperar, dado que, como já referido, segundo o modelo teórico de CPT, nos estudos transversais e com traumas pontuais (i.e. não na doença crónica avaliado longitudinalmente), quando os valores de CPT são elevados sugere que a disrupção das crenças centrais já tenha ocorrido, e, portanto, os valores em T2 deveriam manter-se.

Por outro lado, no processo inicial de entrevista semi-estruturada em ambos os casos, esta pode ter induzido a uma primeira reflexão de CPT, facilitando eventualmente o surgimento do mesmo. Ou seja, e.g. a expressão emocional e de apoio ao sujeito com VIH, sentida na entrevista com um *expert companion*, pode ter facilitado CPT (Tedeschi, et al., 2018). As entrevistas semi-estruturadas que promoviam alguma reflexão profunda sobre o próprio e a sua experiência traumática com o VIH (i.e. questões sobre o que significa para o próprio VIH, como é viver com VIH, porquê que algumas pessoas contraem VIH, o VIH mudou a forma como vê as relações, a si e os outros; teve objetivos de vida alterados com VIH), acrescido do preenchimento do questionário sociodemográfico e clínico e do ICPT, podem ter invocado o acesso às memórias das experiências traumáticas, e o início do processamento cognitivo sobre o trauma, facilitando, assim, o CPT. Acresce ainda que, na entrevista, os participantes foram informados que estavam com um par e que a intervenção iria ser desenvolvida pelo mesmo. O que pode ter facilitado também CPT, dado o que já se sabe na literatura acerca dos efeitos de *expert companion* (Tedeschi et al., 2018), já explicado. Estes aspectos podem justificar também o aumento de estigma em T2 do GC, na medida que o

apoio pontual sentido na entrevista pode não ter sido depois suficiente para também sustentar de forma continuada a redução de estigma e diminuir a inibição deste de forma significativa. Note-se também que o stress percebido aumenta e de forma significativa de T1 para T2 no GC e reduz no GE. O que de certa forma vai ao encontro da literatura sobre a relação entre estigma e stress, ou seja, especificamente que o estigma pode promover stress no sujeito com VIH (Milam, 2004).

Por outro lado, parece também que a redução de stress percebido e o stress percebido relacionado com VIH no GE em T2, possa ser explicado pelas técnicas utilizadas na intervenção que facilitam aprendizagens de estratégias para melhorar a regulação das emoções e os níveis de stress (Brandt et al., 2018; Perazzo et al., 2017; Pomeroy et al., 1997; Tong et al., 2022; Ye, et al. 2018). A psicoeducação e a autoconsciência corporal facilitadas pela intervenção, pareceram também explicar a diminuição significativa de Autoimagem Negativa em comparação com o GC, observando-se em paralelo, valores mais baixos de percepção de Capacidades Cognitivas, Sociais e Físicas. O que de certa forma sugere que quanto mais for a auto percepção de capacidades Cognitivas, Sociais e Físicas no VIH, com menor acesso a informação específica e relacionada com literacia em saúde VIH, menor a auto capacidade de Gestão emocional e maior a Autoimagem Negativa, menor será a tendência para desenvolver CPT, Força Pessoal e Mudança Espiritual com a intervenção. Ou seja, a desconstrução dos medos e mitos promovida na intervenção, pode ter favorecido uma percepção mais realista sobre as auto-capacidades, afastando os sujeitos das crenças erróneas ou ilusórias acerca do próprio com VIH.

O aumento das pontuações nos domínios de Força Pessoal e Mudança Espiritual, no GE, em T2, podem ser justificados como resultado da aplicação dos exercícios da Terapia Comportamental Emotiva Relacional, Balanço de Ganhos e Perdas, Redefinição de Objetivos e Respiração diafragmática, Mindfulness, estes últimos, especificamente no sentido de promoverem uma maior consciencialização corporal também, e, por isso sentido existencial ao corpo.

Outro fator não esperado com a intervenção, mas observado, foi as pontuações de disrupção às crenças centrais não terem aumentado no GE, como seria de esperar (Tedeschi et al., 2018), invés disso diminuiu, sendo que no GC ocorreu o contrário aumentando (o que sugere que em T1 no GC tenha ocorrido de facto facilitação de CPT). É difícil encontrar explicações objetivas para este resultado na literatura existente (i.e. o não aumento da disrupção de crenças centrais em GE). A disrupção nas crenças

centrais apesar de serem fortemente facilitadoras de CPT, sobretudo no cancro (e pontual), é um constructo denso (Tedeschi et al., 2018). A disrupção das crenças centrais relaciona-se com a experiência de desconstrução e reintegração cognitiva dos esquemas internos no sujeito (i.e a forma como o sujeito se vê a si próprio, os outros e o mundo; Janoff-Bulman, 2006). Apesar de se conseguir compreender o que significa globalmente a disrupção das crenças centrais enquanto construto, não se consegue identificar elementos preditores da disrupção de crenças centrais, sobretudo numa experiência traumática como no VIH que pode ser crónica com múltiplos factores. A diversidade das características únicas dos sujeitos, do próprio evento, da própria evolução da doença, ou a diversidade cultural podem estar relacionadas com processos diferentes de disrupção de crenças centrais, com impactos e trajectórias diferentes no desenvolvimento de CPT (McMillen, 2004; Rzeszutek & Gruszcznska, 2022).

No que se refere ao terceiro objetivo e em detalhe com a análise das correlações de *Pearson* em T2, observou-se num total de 36 correlações encontradas (i.e. 17 na amostra total, 15 no GE e 4 no GC), apenas quatro ocorreram entre as dimensões de CPT e estigma, i.e. entre *Apreciação da Vida e Mudança Espiritual* com estigma e *Autoimagem Negativa*, presentes no GE, com sentido positivo. Ou seja, tendo em conta o objetivo, não foram encontradas correlações directas entre CPT (total) e estigma (total), o que sugere que o aumento ou diminuição de uma ou outra variável no presente estudo, não tenha qualquer tipo de associação. Estes resultados das correlações, são de certa forma contrários ao observado no estudo de Murph e Herey (2013), onde Estigma, especificamente dimensões do estigma internalizado relacionado com o VIH, apenas não esteve associado com os domínios de *Apreciação da Vida* e a *Mudança Espiritual*, discutindo-se que se desconhecia o porquê destes efeitos. De certa forma, no presente estudo, os sentimentos de vergonha, culpa e arrependimento, que podem expressar uma dificuldade do sujeito em lidar e aceitar o resultado da experiência traumática com o VIH na subescala de *Autoimagem Negativa*, podem ser pensados como contrários à sensação de maior aceitação e integração da experiência traumática (i.e. na narrativa atual de vida), bem como uma maior valorização do presente (i.e. menos vergonha e culpa acerca de factos do passado), que ocorrem no domínio da *Apreciação da Vida* (Gonçalves et al., 2022; Tedeschi et al., 2018). Note-se que a correlação entre *Apreciação da Vida* e *Autoimagem Negativa*, ocorreu com o GE em T2 e que nos resultados da intervenção, o primeiro aumenta e o segundo diminui de forma significativa. Estes resultados, que podem ter ocorrido inclusivamente pela facilitação

da expressão emocional em grupo e o exercício de escrita narrativa, que podem promover a integração entre estes dois construtos de Apreciação da Vida e Autoimagem Negativa, promovendo a integração e atualização das narrativas pessoais traumáticas (Larsen & Berenbaum, 2015; Pennebaker, 1999; Petrie et al., 1995; Tedeschi et al., 2018). Simultaneamente, a mesma justificação da associação entre Apreciação da Vida e Autoimagem Negativa pode ser pensada também, em relação ao sentido positivo da correlação, na medida que também já se sabe que a percepção de mudanças positivas que pode ocorrer com o CPT, não anula sofrimento psicológico e pode não reduzir sintomas no imediato, procura sobretudo atualizar crenças, integrar a experiência traumática nos novos pressupostos da vida do sujeito e transformar níveis de sofrimentos mais aceitáveis para o sujeito (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014). Ou seja, os sentimentos de vergonha, culpa e arrependimento, relacionados com a Autoimagem Negativa no VIH, podem permanecer, independentemente de surgir uma maior compreensão pela condição de vulnerabilidade que o domínio da Apreciação pela Vida sugere. Nesse sentido, Dibb, em 2018, observou uma correlação semelhante também entre Apreciação da Vida com a dimensão de Estigma VIH associada ao arrependimento do estatuto serológico (Dibb, 2018). Por último, acresce ainda referir que a relação entre Apreciação pela Vida e estigma ou Autoimagem Negativa, pode ser explicada, porque uma das mais-valias identificadas na análise qualitativa de CPT em pessoas que vivem com VIH, é exatamente uma melhor aceitação da condição física (o que pode pressupor também a atratividade) (Amos, 2015).

As correlações com a Mudança Espiritual, podem ser justificadas, quer no estigma ou na Autoimagem Negativa, porque estão também muito associados a estereótipos com pressupostos de julgamentos morais sociais (entre os quais a religiosidade pode ser um deles) sobre comportamentos desviantes (como já explicado anteriormente), o que de certa forma por ser contrário à vivência de uma maior e mais convencional religiosidade (podendo oferecer inclusivamente maiores níveis de stress minoritário; Herek, 2009; Meyer, 1995). O sentido positivo destas correlações com a Mudança Espiritual, podem ser igualmente explicados, porque o sofrimento psicológico é inerente ao surgimento de crescimento (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014; Tedeschi et al., 2018). Assim como, também, podem ser explicados por as dimensões do Estigma poderem estar relacionadas com processos de rejeição social e isolamento social, o que pode eventualmente, originar no sujeito a vontade por uma maior aproximação às questões religiosas ou espirituais.

Ainda em relação ao terceiro objetivo, e, agora em particular no que diz respeito à análise das regressões lineares múltiplas, no total dos 15 modelos encontrados, apenas dois foram explicativos com relações diretas entre CPT e estigma, especificamente, a Apreciação da Vida explicada por estigma e a Capacidade Social no total da amostra, bem como a Mudança espiritual explicada por Capacidade Física no GE. A percepção de Capacidade Social como variável explicativa (i.e. com o estigma) da Apreciação da Vida, de certa forma é difícil de justificar, na medida que a variável foi criada como indicador e a noção individual pode ser diversa. Ainda assim, pode ser pensada como a auto percepção do sujeito em ter capacidade social para interagir com o meio social no grupo e ambiente onde está inserido (e.g. conseguir comunicar, expressar verbalmente o que sente e pensa, para conseguir ouvir e ter acesso a informações e/ou conhecimentos VIH). Desta forma, pode relacionar-se com a Apreciação da Vida, na medida que essa capacidade pode contribuir para o aumento de explicações que podem ajudar o sujeito a desenvolver maior compreensão sobre os resultados da sua condição seropositiva. Contudo, como já explicado também o sofrimento psicológico é inerente ao desenvolvimento de CPT, e, portanto, o sujeito pode desenvolver uma maior aceitação do diagnóstico VIH, ter uma percepção de capacidades sociais elevada e inclusivamente ter acesso a um maior número de explicações acerca do VIH, mas simultaneamente ocorrer a internalização dos discursos depreciativos sociais do estigma relacionado com o VIH. Ou seja, pode ocorrer uma vivência de aceitação dos resultados do VIH positivo, com base no estereótipo social estigmatizante (Earnshaw et. al. 2021).

Um aspecto não esperado e observado nos modelos explicativos, e, que permitiu diferenciar e esclarecer eventualmente sobre a adaptação da intervenção com impactos sobre o GE, em comparação como a amostra total, é a presença do fator de Capacidade Física com relação explicativa do domínio de Mudança Espiritual, em que o fator de estigma (já explicado) está presente apenas no modelo do GE. De certa forma, a relação entre a Capacidade Física no sujeito com VIH e a Mudança Espiritual, pode ser justificada pelas preocupações de existência, no caso física, bem como o significado dessa existência física com o VIH. Ou seja, pode haver uma relação entre a forma como o sujeito se percebe com capacidade físicas, no caso a viver cronicamente com o VIH, e este significado a longo prazo de preocupações existenciais da Mudança Espiritual (Tedeschi et al., 2017). Para além disso, a sessão 9, a qual foi criada adicionalmente na adaptação ao programa de Ramos et al. (2016; 2017), com o tema de Corpo no VIH, parece nesse caso, ter reforçado a reflexão acerca da existência física

sobre o Corpo com o VIH, facilitando a autoconsciência corporal, aumentando a inibição do estigma e da Autoimagem Negativa, tal como se observa nos resultados da intervenção de Murph e Herey(2015). Por outro lado, e ainda reportando aos conteúdos trabalhados na intervenção com o GE, a psicoeducação ao longo de todas as sessões, pode ter facilitado também o aumento de autoconsciência corporal, com o aumento de literacia em saúde relacionada com o VIH, em particular, com o Acesso a informação e a Compreensão dessa informação clínica, resultando na tendência de aumento da Mudança Espiritual (a preocupação existencial sobre o corpo com VIH). Note-se que quer no GE, quer na amostra total, as Capacidades Físicas, foram explicativas de Mudança Espiritual (e note-se também que nas correlações anteriormente discutidas, o GC tem associações entre a perceção de Capacidades Físicas com a Autoimagem Negativa, o stress percebido em relação ao VIH na vivência atual e no estigma).

Por fim, relativamente ao quarto e último objetivo do presente estudo, e, tal como a literatura sugeria de que existe uma associação entre CPT e expressão emocional (já explicado no estado da arte; Tedeschi & Calhoun, 2005); esta relação também se verificou nas pessoas que vivem com VIH, do GE.

Este resultado reforça o que já foi referido anteriormente também, ou seja, se CPT é elevado em T1 e a expressão emocional teve pontuações moderadas nas escalas (i.e. no GE em T1 nas DDI e opener scale), sendo por tal, esperado que em T2, os valores de CPT se tivessem mantido e a facilitação de CPT por via da exposição emocional, tendo em conta os valores, seria um fator de influencia de pontuações moderadas.

Por outro lado, impõe-se também referir que a expressão emocional facilitada pelo *expert companion*, pode ter influenciado os resultados da intervenção, em detrimento do próprio programa e técnicas utilizadas, e, no caso específico, pode ter sido facilitado pelo próprio terapeuta. O que de certa forma reforça o que a literatura sobre psicoterapia tem demonstrado, sobre factores determinantes em eficácia terapêutica, em que é defendido que a qualidade da relação terapêutica é explicativa de resultados e de forma relevante (Elliott et al., 2019). Note-se que os participantes do GE, no questionário sobre a satisfação na intervenção, classificaram o terapeuta como alguém significativo que foi ao encontro das necessidades e das preocupações das pessoas, e que demonstrou bastante interesse pelas dificuldades individuais. Além disso, conforme referido também no estado da arte sobre CPT, este pode se desenvolver em detrimento de qualquer técnica utilizada, como referido por Tedeschi et al. (2018).

Limitações Metodológicas do Estudo

Devem ser tidas em consideração limitações na observação dos resultados, nomeadamente, o estudo cingiu-se a um desenho quase-experimental de duas avaliações, sem avaliador cego e sem randomização entre grupos.

Para além disso, reconhece-se que as entrevistas iniciais de seleção dos participantes para o GE podem ter enviesado o desenvolvimento de CPT. Assim como reconhece-se também que pode ter ocorrido desgaste pelos participantes no preenchimento do questionário em T1. A avaliação da intervenção com apenas com dois momentos de avaliação, e não três como é recomendável em investigações longitudinais, sem ter incluído a possibilidade de follow-up, representa uma lacuna no presente estudo. A investigação longitudinal, com follow-up apenas, com três momentos avaliativos, pode garantir maior clarificação e consistência nos resultados (Tedeschi et al., 2018). Futuros estudos devem explorar essa possibilidade de três ou mais momentos de avaliação.

Outro aspecto relevante, é o tamanho reduzido da amostra e a amostragem por conveniência, que condicionam à generalização dos resultados para a população de pessoas com diagnóstico de VIH positivo. A reduzida amostra impossibilitou também, e por isso limitou, a possibilidade de ser analisado um modelo de equações estruturais com todas as variáveis (e.g. no AMOS). O que poderá ser uma sugestão para estudos futuros com amostra maior. Além disso, devido à reduzida amostra, verificaram-se resultados tendencialmente significativos. Estudo com amostras maiores (total e em GE) são sugeridos, para clarificar estas relações. Além disso as duas regressões lineares múltiplas encontradas que relacionam as principais variáveis em estudo (CPT e estigma), têm uma variância explicativa moderada (i.e. 34% e 47%). Estudos futuros poderiam incluir também variáveis (como e.g. bem-estar físico, autoestima sexual, autoconsciência corporal, centralidade do evento ou identidade) para aumentar a variância explicada pelo CPT e estigma. Outro aspecto que limita a análise dos resultados, é as médias de anos VIH, o impacto de estigma na experiência traumática inicial de receção do diagnóstico. As médias de anos de vivência com VIH positivo são elevadas em relação ao momento a partir do qual decorre a experiência traumática, o que pode sugerir que CPT já tenha sido experimentado anteriormente (Anusic & Yap, 2014; Bostock et al., 2009). Em particular, alguns participantes revelaram terem mudado o seu percurso profissional alguns anos depois da receção de diagnóstico. O que pode estar relacionado com o domínio da Força de Pessoal, e, por outro lado, se a vivência com VIH nestes casos já não for percebida como tão stressante, pode haver

uma menor tendência para a facilitação de CPT ou pode mesmo não ocorrer (Tedeschi et al., 2018). Relativamente ao impacto do estigma no momento inicial do diagnóstico, é importante ter em atenção diferenças de anos, condições físicas ou contextos sociais. Um maior impacto de estigma no momento inicial do trauma, pode originar níveis de estigma maiores a longo prazo e níveis menores de CPT (Shen et al. 2015). As pontuações de estigma e CPT no presente estudo não têm isso em consideração. Além, de que os processos de CPT, podem não ser homogéneos e um terceiro momento avaliativo poderia ser mais esclarecedor das trajetórias a longo prazo (Rzeszutek & Gruszczńska, 2022). Outro aspecto relevante e limitativo prende-se com a ausência de informação no questionário utilizado em T1, relativamente à existência de outros tipos de experiência de trauma anteriores ao VIH. Ao longo da intervenção, alguns participantes autorrevelaram serem vítimas de abuso sexual na infância e violência obstétrica hospitalar (57%), bem como perda de emprego por processos de discriminação. É um dado relevante, na medida que a investigação tem demonstrado que CPT pode advir de trauma acumulativo (Kira et al., 2013), sendo inclusivamente que no caso específico do abuso físico e sexual o CPT esperado pode ser menor (Shuwiekh & Ashby, 2017). Outra limitação, desta feita, sentida com a intervenção, foi o facto de no grupo GE ter sido sentido, sobretudo com as mulheres, algum desgaste e atritos entre os participantes, sobretudo nas fases mais avançadas de processo e isso ter facilitado *droupout's*, e destes ter podido “contaminar” resultados noutros participantes. As análises dos resultados também devem ter em atenção que os métodos utilizados no presente estudo, foram exclusivamente quantitativos e que isso pode ser não propriamente uma limitação, mas uma lacuna, porque resumem e cingem as variáveis individuais a fenómenos psicológicos de forma estatística. Assim, a utilização de métodos mistos, incluindo a componente qualitativa, , pode ser mais eficaz e completa para esclarecer o desenvolvimento de CPT (Tedeschi et al., 2018). Fica a sugestão nesse sentido, para futuros estudos.

Por último, é importante referir dificuldades que foram também encontradas na presente investigação, entre as quais, a existência de poucos estudos sobre o processo de desenvolvimento de CPT e VIH, com particular destaque para a inexistência de artigos sobre disrupção de crenças centrais, *expert companion* e literacia em saúde em pessoas com VIH, uma doença crónica e com diferentes especificidades, quando comparada com outras doenças nas quais o CPT tem sido mais estudado (e.g. cancro).

Implicações Científicas, Teóricas e para a Prática Clínica

No que se refere às contribuições científicas e teóricas: este estudo oferece um contributo significativo para a investigação de CPT e em concreto na área da intervenção psicoterapêutica em grupo e na população com VIH. Não se conhecem outros estudos, e, por isso, foi o primeiro a explorar a possibilidade de adaptar um protocolo de intervenção psicoterapêutica em grupo para facilitar CPT como objetivo primário e diminuir estigma numa população com VIH. Foi também o primeiro a informar sobre resultados de expressão emocional (i.e. expert companion) com uma amostra clínica no VIH. Informa ainda da versatilidade do protocolo de Ramos et al., (2016; 2017), bem como aumenta a informação sobre a ligação entre os construtos de CPT e estigma, porque identifica correlações entre variáveis e modelos explicativos (i.e. de Apreciação da Vida e Mudança Espiritual, com estigma e Autoimagem Negativa). Aumenta também a evidência de que a literacia em saúde no VIH é importante, acrescentando que pode ser uma das variáveis dentro do conjunto de várias que podem facilitar a diminuição de estigma e o aumento de CPT, conduzindo a melhores níveis de ajustamento para a vivência crónica com a infeção/doença no sujeito com VIH.

Ao nível das contribuições para a prática clínica: este estudo oferece informação mais esclarecedora sobre a condição clínica seropositiva, aumentando conhecimento sobre a população, para qualquer psicólogo, médico, enfermeiro ou técnico de saúde, que preste intervenção nesta população específica, chamando a atenção para construtos como o CPT, o estigma, perceção de Capacidades Sociais e Físicas, crenças centrais, stress percebido, literacia em saúde, entre outras variáveis. A leitura destes resultados identificados, permitem um exercício de prática clínica mais conhecedor da população, nomeadamente que o CPT é possível e de que pode ser facilitado por intervenção no VIH (independentemente do número de anos de infeção), que para ocorrer CPT pode ser necessário inibir dimensões de estigma primeiro (e.g. Autoimagem Negativa), e que a perceção de Capacidades Físicas ou de melhor autoconsciência corporal podem ser relevantes, assim como os níveis de literacia em saúde VIH, especificamente, no processo de adaptação e ajustamento no VIH. Resumindo, o estudo oferece informação para melhorar a intervenção clínica na intervenção individual e em grupo no VIH.

Referências

- Adam, B. D. (2011). Epistemic fault lines in biomedical and social approaches to HIV prevention. *Journal of the International AIDS Society*, 14 Suppl 2(Suppl 2), S2. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-14-S2-S2>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 (R))* (5th ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- Amos, I. (2015). Research Paper What is known about the post-traumatic growth experiences among people diagnosed with HIV/AIDS? A systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *Counselling Psychology Review*, 30(3), 47–56. <https://doi.org/10.53841/bpscpr.2015.30.3.47>
- Anakwa, N. O., Teye-Kwadjo, E., & Kretchy, I. A. (2021). Illness perceptions, social support and antiretroviral medication adherence in people living with HIV in the greater Accra region, Ghana. *Nursing Open*, 8(5), 2595–2604. <https://doi.org/10.1002/nop2.797>
- Angst, J., Gamma, A., & Benazzi, F. (1998). - The Emerging Epidemiology of Hypomania and Bipolar II Disorder. *J Affect Disord*, 50, 143–151.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., Yount, S. E., McGregor, B. A., Arena, P. L., Harris, S. D., Price, A. A., & Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 20(1), 20–32. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.1.20>
- Arbune, M., Debita, M., & Mutica, M. (2019). Illness perception of young patients with HIV infection. *Brain: Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 10(Special2), 57–65. ISSN 2067-3957.
- Arends, R. M., Grintjes, K. J. T., van den Heuvel, T. J., Foeken-Verwoert, E. G. J., Schene, A. H., van der Ven, A. J. A. M., & Schellekens, A. F. A. (2022). Effectiveness of a group intervention to reduce sexual transmission risk behavior among MSM living with HIV: a non-randomized controlled pilot study. *AIDS Care*, 34(4), 515–526. <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.2002252>
- Audet, C. M., Wagner, L. J., & Wallston, K. A. (2015). Finding meaning in life while living with HIV: validation of a novel HIV meaningfulness scale among HIV-

- infected participants living in Tennessee. *BMC Psychology*, 3(1).
<https://doi.org/10.1186/s40359-015-0070-7>
- Ausubel, D. P. (1963). *Psychology of meaningful verbal learning* (Vol. 255). Grune & Stratton, 1963. 255p.
- Beckett, A., & Shenson, D. (1993). Suicide risk in patients with human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(1), 27–35.
<https://doi.org/10.3109/10673229309017054>
- Benoit, C., Jansson, S. M., Smith, M., & Flagg, J. (2018). Prostitution stigma and its effect on the working conditions, personal lives, and health of sex workers. *Journal of Sex Research*, 55(4–5), 457–471.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1393652>
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 21(4), 417–431.
<https://doi.org/10.1002/acp.1290>
- Biel, D., Carrobbles, J. A., & Antón, M. (2021). Reducing stigma, depression, and anxiety in people with HIV through a cognitive behavioral therapy group. *Psicologia Conductual*, 29(2), 237–257.
<https://doi.org/10.51668/bp.8321202n>
- Blevins, C. L. (2019). *Posttraumatic growth and suicide in veterans: The impact of mental health stigma and interpersonal needs*. Unc. Charlotte Electronic Theses And Dissertations.
- Bllos, P. (1985). *Adolescência: Uma interpretação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4(1), 74–83. <https://doi.org/10.1037/a0017829>
- Breet, E., Kagee, A., & Seedat, S. (2014). HIV-related stigma and symptoms of post-traumatic stress disorder and depression in HIV-infected individuals: does social support play a mediating or moderating role? *AIDS Care*, 26(8), 947–951.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2014.901486>
- Brezing, C., Ferrara, M., & Freudenreich, O. (2015). The syndemic illness of HIV and trauma: Implications for a trauma-informed model of

- care. *Psychosomatics*, 56(2), 107–118.
<https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.10.006>
- Burke, E., Pyle, M., Machin, K., Varese, F., & Morrison, A. P. (2019). The effects of peer support on empowerment, self-efficacy, and internalized stigma: A narrative synthesis and meta-analysis. *Stigma and Health*, 4(3), 337–356.
<https://doi.org/10.1037/sah0000148>
- Burns, P. B., Rohrich, R. J., & Chung, K. C. (2011). The levels of evidence and their role in evidence-based medicine. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 128(1), 305–310. <https://doi.org/10.1097/prs.0b013e318219c171>
- Burt, M. R., & Katz, B. L. (1987). Dimensions of recovery from rape: Focus on growth outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(1), 57–81.
<https://doi.org/10.1177/088626087002001004>
- Cachay, E. R. (n.d.). *Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)*. Manuais MSD edição para profissionais. Retrieved July 21, 2023, from <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/v%C3%ADrus-da-imunodefici%C3%A2ncia-humana-hiv/infec%C3%A7%C3%A3o-pelo-v%C3%ADrus-da-imunodefici%C3%A2ncia-humana-hiv>
- Cafaro, V., Iani, L., Costantini, M., & Di Leo, S. (2019). Promoting post-traumatic growth in cancer patients: A study protocol for a randomized controlled trial of guided written disclosure. *Journal of Health Psychology*, 24(2), 240–253.
<https://doi.org/10.1177/1359105316676332>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1989). Positive aspects of critical life problems: Recollections of grief. *Omega*, 20(4), 1989–1990.
<https://doi.org/10.2190/QDY6-6PQC-KQWV-5U7K>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun (Ed.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*, (pp. 3-23). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Calvetti, P. Ü., Giovelli, G. R. M., Gauer, G. J. C., & Moraes, J. F. D. de. (2016). Níveis de Ansiedade, Estresse Percebido e Suporte Social em Pessoas que Vivem com HIV/Aids. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 32(4).
<https://doi.org/10.1590/0102.3772e324317>

- Camargo, L., Capitão, C. & Filipe, E. (2014). Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 19, 2, 221-232. Doi: 10.1590/1413-8271201419002013
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., & Danhauer, S. C. (2010). The Core Beliefs Inventory: a brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress, and Coping*, 23(1), 19–34. <https://doi.org/10.1080/10615800802573013>
- Capaldi, J. M., Shabanian, J., Finster, L. B., Asher, A., Wertheimer, J. C., Zebrack, B. J., & Shirazipour, C. H. (2023). Post-traumatic stress symptoms, post-traumatic stress disorder, and post-traumatic growth among cancer survivors: a systematic scoping review of interventions. *Health Psychology Review*, 1–34. <https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2162947>
- Cárdenas, M., Barrientos, J., Meyer, I., Gómez, F., Guzmán, M., & Bahamondes, J. (2018). Direct and indirect effects of perceived stigma on posttraumatic growth in gay men and lesbian women in Chile: Coping, stigma, and posttraumatic growth in Chile. *Journal of Traumatic Stress*, 31(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/jts.22256>
- Carrico, A. W., Nation, A., Gómez, W., Sundberg, J., Dilworth, S. E., Johnson, M. O., Moskowitz, J. T., & Rose, C. D. (2015). Pilot trial of an expressive writing intervention with HIV-positive methamphetamine-using men who have sex with men. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 29(2), 277–282. <https://doi.org/10.1037/adb0000031>
- Cataldo, J. K., Jahan, T. M., & Pongquan, V. L. (2012). Lung cancer stigma, depression, and quality of life among ever and never smokers. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 16(3), 264–269. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.06.008>
- Catunda, C., Seidl, E. M. F., & Lemétayer, F. (2016). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 32(spe). <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne218>
- Chan, R. C. H., Mak, W. W. S., Ma, G. Y. K., & Cheung, M. (2021). Interpersonal and intrapersonal manifestations of HIV stigma and their impacts on psychological distress and life satisfaction among people living with HIV: Toward a dual-process model. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of*

- Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 30(1), 145–156.
<https://doi.org/10.1007/s11136-020-02618-y>
- Chesney, M. A. (2000). Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 30 Suppl 2(Supplement_2), S171-6. <https://doi.org/10.1086/313849>
- Chiba, R., Miyamoto, Y., & Harada, N. (2016). Psychological transformation by an intervention to facilitate benefit finding among people with chronic mental illness in japan: Psychological transformation by an intervention to facilitate benefit finding among people with chronic mental illness in japan. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(2), 139–144. <https://doi.org/10.1111/ppc.12110>
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741–756. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31818105ba>
- Chinen, J., & Shearer, W. T. (2010). Secondary immunodeficiencies, including HIV infection. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 125(2), S195–S203. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2009.08.040>
- Ciesla, J.A. and Robert, J.E. (2001) *Meta-analysis of the relationship between HIV infection and the risk for depressive disorders*. *American Journal of Psychiatry*, 158, 725-730. doi10.1176/appi.ajp.158.5.725 - References - Scientific Research Publishing. (n.d.). Scirp.org. Retrieved July 21, 2023, from [https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453ed%20snp55rrgjt55\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=767375](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453ed%20snp55rrgjt55))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=767375)
- Clarke, A. E., & Shim, J. (2011). Medicalization and biomedicalization revisited: Technoscience and transformations of health, illness and American medicine. In *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing* (pp. 173–199). Springer New York.
- Clarke, A., Mamo, L., Fosket, J., Fishman, J., & Shim, J. (2010). *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the US*. Duke University Press.
- Cohan, C. L., Cole, S. W., & Schoen, R. (2009). Divorce following the September 11 terrorist attacks. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(4), 512–530. <https://doi.org/10.1177/0265407509351043>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>

- Collins, P. Y., Holman, A. R., Freeman, M. C., & Patel, V. (2006). What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *AIDS (London, England)*, 20(12), 1571–1582. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000238402.70379.d4>
- Cook, J. A., Grey, D., Burke, J., Cohen, M. H., Gurtman, A. C., Richardson, J. L., Wilson, T. E., Young, M. A., & Hessol, N. A. (2004). Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. *American Journal of Public Health*, 94(7), 1133–1140. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.7.1133>
- Cowen, E. L., & Kilmer, R. P. (2002). ?Positive psychology?: Some plusses and some open issues. *Journal of Community Psychology*, 30(4), 449–460. <https://doi.org/10.1002/jcop.10014>
- Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96(4), 608–630. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.96.4.608>
- Darley, J. M., & Latane, B. (1968). Bystander intervention in emergencies: Diffusion of responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8(4, Pt.1), 377–383. <https://doi.org/10.1037/h0025589>
- Daudel, R. & Montagnier, L. (1995). A SIDA. Lisboa: Instituto Piaget.
- Davies, J. M., & Frawley, M. G. (1992). Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues*, 2(1), 5–36. <https://doi.org/10.1080/10481889209538920>
- De Vincentis, S., Tartaro, G., Rochira, V., & Santi, D. (2021). HIV and sexual dysfunction in men. *Journal of Clinical Medicine*, 10(5), 1088. <https://doi.org/10.3390/jcm10051088>
- Deeks, S. G., Lewin, S. R., & Havlir, D. V. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*, 382(9903), 1525–1533. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61809-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61809-7)
- Dibb, B. (2018). Assessing stigma, disclosure regret and posttraumatic growth in people living with HIV. *AIDS and Behavior*, 22(12), 3916–3923. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2230-2>

- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160–1177. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- Earnshaw, V. A., Reed, N. M., Watson, R. J., Maksut, J. L., Allen, A. M., & Eaton, L. A. (2021). Intersectional internalized stigma among Black gay and bisexual men: A longitudinal analysis spanning HIV/sexually transmitted infection diagnosis. *Journal of Health Psychology*, 26(3), 465–476. <https://doi.org/10.1177/1359105318820101>
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Lee, I.-C., & Copenhaver, M. M. (2012). Stereotypes about people living with HIV: Implications for perceptions of HIV risk and testing frequency among at-risk populations. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 24(6), 574–581. <https://doi.org/10.1521/aeap.2012.24.6.574>
- Edmondson, D. (2014). An enduring somatic threat model of posttraumatic stress disorder due to acute life-threatening medical events: Enduring somatic threat model. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(3), 118–134. <https://doi.org/10.1111/spc3.12089>
- El-Sadr, W. M., Mayer, K. H., Rabkin, M., & Hodder, S. L. (2019). AIDS in America-Back in the headlines at long last. *The New England Journal of Medicine*.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2019). Empathy. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work* (3^a Ed.) (pp. 245-287). New York: Oxford University Press.
- Emler, C. (2006). “You’re awfully old to have this disease”: experiences of stigma and ageismo in adults 50 years and older living with HIV/AIDS. *The Gerontological Society of America*. Vol., 46, 6, 781-790.
- Enriquez, E. (2005). *Psicanálise e ciências sociais*. Ágora (Rio J.), 8(2), 153-174.
- Epstein, S. (1998). Cognitive-Experiential Self-Theory. In *The Plenum Series in Social/Clinical Psychology* (pp. 211–238). Springer US.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal: Relatório Síntese*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Feller, S., Teucher, B., Kaaks, R., Boeing, H., & Vigl, M. (2013). Life satisfaction and risk of chronic diseases in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC)-Germany study. *Plos One*, 8(8), e73462. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073462>

- Ferenczi, S. (1932). Confusão de Língua entre os Adultos e a Criança (A linguagem da ternura e da paixão). In *Obras Completas: Psicanálise IV*. Martins Fontes.
- Fiske, S. T. (2004). What's in a category?: Responsibility, intent, and the avoidability of bias against outgroups. In A. G. Miller (Ed.), *The social psychology of good and evil*, (pp (Vol. 498, pp. 127–140). Guilford Press, xiv.
- Flowers, P. (2010). (eds) *HIV Treatment and Prevention Technologies in International Perspective* (M. Davis & C. Squire, Eds.). Palgrave Macmillan.
- Flowers, Paul, Davis, M., Hart, G., Rosengarten, M., Frankis, J., & Imrie, J. (2006). Diagnosis and stigma and identity amongst HIV positive Black Africans living in the UK. *Psychology & Health*, 21(1), 109–122.
<https://doi.org/10.1080/14768320500286286>
- Frankl, V. E. (1963). Man's search for meaning: an introduction to logotherapy. Pp.
<https://psycnet.apa.org/fulltext/1963-35051-000.pdf>
- Friedman, E. E., & Duffus, W. A. (2016). Chronic health conditions in Medicare beneficiaries 65 years and older with HIV infection. *AIDS (London, England)*, 30(16), 2529–2536. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001215>
- Garlick, M., Wall, K., Corwin, D., & Koopman, C. (2011). Psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(1), 78–90. <https://doi.org/10.1007/s10880-011-9224-9>
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. London penguin books. - references - scientific research publishing. (n.d.). Scirp.org. Retrieved July 21, 2023, from
<https://scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2205344>
- Gonçalves, A. R. C. (2018). Fatores associados à adesão terapêutica em pessoas com VIH-SIDA. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde* 7 (2). Doi: 10.18554/reas.v7i2.2104
- Gonçalves, M., Morgado, D., Castro, B., & Maia, Â. (2022). HIV Stigma Scale: Translation and validation of the short version to the Portuguese population. *Psicologia*. <https://doi.org/10.17575/psicologia.1729>
- Haas, S. M., Perazzo, J. D., Ruffner, A. H., & Lyons, M. S. (2020). Exploring current stereotypes and norms impacting sexual partner HIV-status communication. *Health Communication*, 35(11), 1376–1385.
<https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1636340>

- Hageman, J. R. (2018). A historical perspective of HIV infection. *Pediatric Annals*, 47(6). <https://doi.org/10.3928/19382359-20180522-03>
- Hamilton, D. L., & Sherman, J. W. (1994). Stereotypes. In R. S. Wyer, Jr. & T. L. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition: Basic processes; Applications* (pp. 1–68); Lawrence Erlbaum Associates, Inc.. Doi: 1994-97751-008.
- Hays, R. D., Cunningham, W. E., Sherbourne, C. D., Wilson, I. B., Wu, A. W., Cleary, P. D., McCaffrey, D. F., Fleishman, J. A., Crystal, S., Collins, R., Eggen, F., Shapiro, M. F., & Bozzette, S. A. (2000). Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States: results from the HIV cost and services utilization study. *The American Journal of Medicine*, 108(9), 714–722. [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(00\)00387-9](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(00)00387-9)
- Heckman, T. G. (2003). The chronic illness quality of life (CIQOL) model: Explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 22(2), 140–147. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.2.140>
- Hefferon, K., Grealy, M., & Mutrie, N. (2010). Transforming from cocoon to butterfly: The potential role of the body in the process of posttraumatic growth. *Journal of Humanistic Psychology*, 50(2), 224–247. <https://doi.org/10.1177/0022167809341996>
- Heggeness, L. F., Brandt, C. P., Paulus, D. J., Lemaire, C., & Zvolensky, M. J. (2017). Stigma and disease disclosure among HIV+ individuals: the moderating role of emotion dysregulation. *AIDS Care*, 29(2), 168–176. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1204419>
- Herek, G. M., Mitnick, L., Burris, S., Chesney, M., Devine, P., Fullilove, M. T., Fullilove, R., Gunther, H. C., Levi, J., Michaels, S., Novick, A., Pryor, J., Snyder, M., & Sweeney, T. (1998). Workshop report: AIDS and stigma: a conceptual framework and research agenda. *AIDS & Public Policy Journal*, 13(1), 36–47. PMID: 10915271.
- Herek, Gregory M. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: a conceptual framework. *Nebraska Symposium on Motivation. Nebraska Symposium on Motivation*, 54, 65–111. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09556-1_4
- Hu, R., Wang, X., Liu, Z., Hou, J., Liu, Y., Tu, J., Jia, M., Liu, Y., & Zhou, H. (2022). Stigma, depression, and post-traumatic growth among Chinese stroke survivors:

- A longitudinal study examining patterns and correlations. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 29(1), 16–29. <https://doi.org/10.1080/10749357.2020.1864965>
- Huntingdon, B., Sharpe, L., de Wit, J., Duracinsky, M., & Juraskova, I. (2020). A new grounded theory model of sexual adjustment to HIV: facilitators of sexual adjustment and recommendations for clinical practice. *BMC Infectious Diseases*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4727-3>
- Ironson, G., O’Cleirigh, C., Leserman, J., Stuetzle, R., Fordiani, J., Fletcher, M., & Schneiderman, N. (2013). Gender-specific effects of an augmented written emotional disclosure intervention on posttraumatic, depressive, and HIV-disease-related outcomes: a randomized, controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 284–298. <https://doi.org/10.1037/a0030814>
- Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. *Xii*, 256. <https://psycnet.apa.org/fulltext/1992-97250-000.pdf>
- Janoff-Bulman, R. (1995). Victims of Violence. In *Psychotraumatology* (pp. 73–86). Springer US.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-Change Perspectives on Posttraumatic Growth. In L. G. Calhoun (Ed.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*, (pp (Vol. 387, pp. 81–99). Mahwah.
- Jayawickreme, E., & Blackie, L. E. R. (2014). Post-traumatic growth as positive personality change: Evidence, controversies and future directions. *European Journal of Personality*, 28(4), 312–331. <https://doi.org/10.1002/per.1963>
- Kahn, J. H., & Hessling, R. M. (2001). Measuring the tendency to conceal versus disclose psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(1), 41–65. <https://doi.org/10.1521/jscp.20.1.41.22254>
- Kalichman, S. C. (1995). Illness-related and environmental stressors. In S. C. Kalichman (Ed.), *Understanding AIDS: A guide for mental health professionals* (Vol. 420, pp. 97–128). American Psychological Association.
- Kamen, C., Vorasarun, C., Canning, T., Kienitz, E., Weiss, C., Flores, S., Etter, D., Lee, S., & Gore-Felton, C. (2016). The impact of stigma and social support on development of post-traumatic growth among persons living with HIV. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23(2), 126–134. <https://doi.org/10.1007/s10880-015-9447-2>
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs. Vol. 1. A Theory of Personality*, Vol. 2. Clinical diagnosis and psychotherapy. W.W.Norton

- Keuroghlian, A. S., Kamen, C. S., Neri, E., Lee, S., Liu, R., & Gore-Felton, C. (2011). Trauma, dissociation, and antiretroviral adherence among persons living with HIV/AIDS. *Journal of Psychiatric Research*, 45(7), 942–948.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.05.003>
- Kim, A. Y., Onofrey, S., & Church, D. R. (2013). An epidemiologic update on hepatitis C infection in persons living with or at risk of HIV infection. *The Journal of Infectious Diseases*, 207(suppl_1), S1–S6. <https://doi.org/10.1093/infdis/jis927>
- Kippax, S., & Stephenson, N. (2012). Beyond the distinction: Between biomedical and social dimensions of HIV. Prevention through the lens of a social public health. *American Journal of Public Health*, 102, 789–799.
- Klatt, S., & Smeeton, N. J. (2021). Attentional and perceptual capabilities are affected by high physical load in a simulated soccer decision-making task. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 10(2), 205–216.
<https://doi.org/10.1037/spy0000228>
- Koethe, J. R., Lagathu, C., Lake, J. E., Domingo, P., Calmy, A., Falutz, J., Brown, T. T., & Capeau, J. (2020). HIV and antiretroviral therapy-related fat alterations. *Nature Reviews. Disease Primers*, 6(1), 48.
<https://doi.org/10.1038/s41572-020-0181-1>
- Kuenemund, A., Zwick, S., Rief, W., & Exner, C. (2016). (Re-)defining the self - Enhanced posttraumatic growth and event centrality in stroke survivors: A mixed-method approach and control comparison study. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 679–689. <https://doi.org/10.1177/1359105314535457>
- Larsen, S. E., & Berenbaum, H. (2015). Are specific emotion regulation strategies differentially associated with posttraumatic growth versus stress? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(7), 794–808.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1062451>
- Lau, J. T. F., Wu, X., Wu, A. M. S., Wang, Z., & Mo, P. K. H. (2018). Relationships between illness perception and post-traumatic growth among newly diagnosed HIV-positive men who have sex with men in China. *AIDS and Behavior*, 22(6), 1885–1898. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1874-7>
- Lawless, S., Kippax, S., & Crawford, J. (1996). Dirty, diseased and undeserving: the positioning of HIV positive women. *Social Science & Medicine* (1982), 43(9), 1371–1377. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(96\)00017-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(96)00017-2)

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1(3), 141–169.
<https://doi.org/10.1002/per.2410010304>
- Leahy, R. L. (2011). *Livre de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed.
- Lennon-Dearing, R. (2022). “HIV is a gift”: Posttraumatic growth in women with HIV. *Illness, Crises, and Loss*, 30(2), 224–239.
<https://doi.org/10.1177/1054137320906559>
- Lerner, M. J. (1980). The Belief in a Just World. In *The Belief in a Just World* (pp. 9–30). Springer US.
- Li, J., Peng, X., Su, Y., He, Y., Zhang, S., & Hu, X. (2020). Effectiveness of psychosocial interventions for posttraumatic growth in patients with cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 48(101798), 101798. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101798>
- Li, L., Liang, L., Lin, C., Ji, G. & Xiao, Y. (2016). Gender Differences in Depressive Symptoms Among HIV-Positive Concordant and Discordant Heterosexual Couples in China. *Psychology of Women Quarterly*, 41, 1. Doi: 10.1177/0361684316671302
- Lima, H. C. (2007). Fatos e mitos sobre imunomoduladores. *Anais brasileiros de dermatologia*, 82(3), 207–221. <https://doi.org/10.1590/s0365-05962007000300002>
- Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 5(1), 50–55. <https://doi.org/10.1037/a0022030>
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96. <https://doi.org/10.2307/2095395>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Ller, L. C., Archer, R. L., & Berg, J. H. (1983). Openers : Individuals Who Elicit Intimate SelfDisclosure. *J Pers Soc Psychol*, 44(6), 1234–1244.

- Lyon, D. E., & Younger, J. B. (2001). Purpose in life and depressive symptoms in persons living with HIV disease. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 129–133. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00129.x>
- Machtinger, E. L., Lavin, S. M., Hilliard, S., Jones, R., Haberer, J. E., Capito, K., & Dawson-Rose, C. (2015). An expressive therapy group disclosure intervention for women living with HIV improves social support, self-efficacy, and the safety and quality of relationships: A qualitative analysis☆. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 26(2), 187–198. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.05.001>
- Machtinger, E. L., Wilson, T. C., Haberer, J. E., & Weiss, D. S. (2012). Psychological trauma and PTSD in HIV-positive women: a meta-analysis. *AIDS and Behavior*, 16(8), 2091–2100. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0127-4>
- Martin, L., & Kagee, A. (2011). Lifetime and HIV-related PTSD among persons recently diagnosed with HIV. *AIDS and Behavior*, 15(1), 125–131. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9498-6>
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 4ª edição. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Matos, M. de S. (2019). *A vida continua: vivência e adaptação de homens ao VIH-SIDA*.
- McDonnell Holstad, M. K., Pace, J. C., De, A. K., & Ura, D. R. (2006). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 17(2), 4–15. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2006.01.002>
- McWilliams, N. (1998). *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (J. W. Barron, Ed.). American Psychological Associations.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Publications.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Milam, J. (2006). Positive changes attributed to the challenge of HIV/AIDS. In L. G. Calhoun (Ed.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*, (pp (Vol. 387, pp. 214–224). Mahwah.

- Milam, J. E. (2004). Posttraumatic growth among HIV/AIDS Patients¹. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(11), 2353–2376. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2004.tb01981.x>
- Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(4), 371–378. <https://doi.org/10.1037/h0040525>
- Mitzel, L. D., Vanable, P. A., Brown, J. L., Bostwick, R. A., Sweeney, S. M., & Carey, M. P. (2015). Depressive symptoms mediate the effect of HIV-related stigmatization on medication adherence among HIV-infected men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 19(8), 1454–1459. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1038-6>
- Mooss, A., Brock-Getz, P., Ladner, R., & Fiaño, T. (2013). The relationship between health literacy, knowledge of health status, and beliefs about HIV/AIDS transmission among Ryan White clients in Miami. *Health Education Journal*, 72(3), 292–299. <https://doi.org/10.1177/0017896912442952>
- Moore, B. A., Tedeschi, R. G., & Greene, T. C. (2021). A preliminary examination of a posttraumatic growth-based program for veteran mental health. *Practice Innovations* (Washington, D.C.), 6(1), 42–54. <https://doi.org/10.1037/pri0000136>
- Mosher, C. E., Duhamel, K. N., Lam, J., Dickler, M., Li, Y., Massie, M. J., & Norton, L. (2012). Randomised trial of expressive writing for distressed metastatic breast cancer patients. *Psychology & Health*, 27(1), 88–100. doi:10.1080/08870446.2010.551212
- Moura, E. L. de, Kimura, A. F., & Praça, N. de S. (2010). Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2), 206–211. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002010000200009>
- Murphy, P. J., & Hevey, D. (2013). The relationship between internalised HIV-related stigma and posttraumatic growth. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1809–1818. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0482-4>
- Murti, N. W. H., Kristiyawati, S. P., & Ismonah, I. (2022). Rediscovering life (post traumatic growth on people living with HIV). *Nurse and Health: Jurnal Keperawatan*, 11(2), 240–251. <https://doi.org/10.36720/nhjk.v11i2.371>
- Mykhalovskiy, E. (2010). Integrating HIV treatment and prevention: Shifts in community-based organising and biopolitics in the Canadian context. In *HIV*

- Treatment and Prevention Technologies in International Perspective* (pp. 61–86). Palgrave Macmillan UK.
- Neimeyer, R. A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 221–234.
<https://doi.org/10.1037/0022-006x.61.2.221>
- Nhamo-Murire, M., & Macleod, C. I. (2018). Lesbian, gay, and bisexual (LGB) people's experiences of nursing health care: An emancipatory nursing practice integrative review. *International Journal of Nursing Practice*, 24(1), e12606.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12606>
- Nightingale, V. R., Sher, T. G., & Hansen, N. B. (2010). The impact of receiving an HIV diagnosis and cognitive processing on psychological distress and posttraumatic growth: Cognitive Processing and Posttraumatic Growth. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 452–460. <https://doi.org/10.1002/jts.20554>
- Norcini Pala, A., & Steca, P. (2015). Illness perceptions and coping strategies among individuals diagnosed with HIV. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(4), 620–631. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9639-0>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). Evidence-based psychotherapy relationship: The third task force. In *Psychotherapy Relationships that Work* (pp. 1–23). Oxford University Press.
- Novick, J. (1997). Termination conceivable and inconceivable. *Psychoanalytic Psychology: The Official Journal of the Division of Psychoanalysis, American Psychological Association, Division 39*, 14(2), 145–162.
<https://doi.org/10.1037/h0079712>
- Nyamweya, S., Hegedus, A., Jaye, A., Rowland-Jones, S., Flanagan, K. L., & Macallan, D. C. (2013). Comparing HIV-1 and HIV-2 infection: Lessons for viral immunopathogenesis: Comparisons between HIV-1 and HIV-2 infection. *Reviews in Medical Virology*, 23(4), 221–240.
<https://doi.org/10.1002/rmv.1739>
- O'Brien, E., & Klein, N. (2017). The tipping point of perceived change: Asymmetric thresholds in diagnosing improvement versus decline. *Journal of Personality and Social Psychology*, 112(2), 161–185. <https://doi.org/10.1037/pspa0000070>
- Onu, D. U., Ugwu, D., & Orjiakor, C. T. (2019). Events centrality moderates the relationship between posttraumatic growth and health-related quality of life among people living with HIV. *The Journal of the Association of Nurses in*

- AIDS Care: JANAC*, 30(6), 668–674.
<https://doi.org/10.1097/jnc.0000000000000094>
- Ostrow, D. G., & Adib, S. M. (1995). Stages of sexual behavior change to reduce the risk of HIV/AIDS. The Chicago MACS/C&CS cohort. *Journal of Psychiatric and Human Sexuality*, 7, 121–134.
- Paloma, V., Morena, I., & López-Torres, C. (2020). Promoting posttraumatic growth among the refugee population in Spain: A community-based pilot intervention. *Health & Social Care in the Community*, 28(1), 127–136.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12847>
- Pantalone, D. W., & Budge, S. L. (2020). Psychotherapy research is needed to improve clinical practice for clients with HIV. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 57(1), 1–6.
<https://doi.org/10.1037/pst0000291>
- Pei, J.-H., Pei, Y.-X., Ma, T., Du, Y.-H., Wang, X.-L., Zhong, J.-P., Xie, Q., Zhang, L.-H., Yan, L.-X., & Dou, X.-M. (2021). Prevalence of suicidal ideation, suicide attempt, and suicide plan among HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 292, 295–304.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.064>
- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J., & Francis, M. E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 863–871. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.72.4.863>
- Persson, A. (2013). Non/infectious corporealities: tensions in the biomedical era of ‘HIV normalisation’: Tensions in the biomedical era of ‘HIV normalisation.’ *Sociology of Health & Illness*, 35(7), 1065–1079.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12023>
- Persson, A., & Newman, C. (2008). Making monsters: heterosexuality, crime and race in recent Western media coverage of HIV: Heterosexuality, crime and race in media coverage of HIV. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 632–646.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01082.x>
- Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2015). The stigma complex. *Annual Review of Sociology*, 41(1), 87–116. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702>
- Pestana, H., & Gageiro, J. (2014). Análise de Dados para Ciências Sociais, A Complementaridade do SPSS, 6ª Edição. *Revista, Atualizada e Aumentada. Edições Sílabo*.

- Petrie, K. J., Booth, R. J., Pennebaker, J. W., Davison, K. P., & Thomas, M. G. (1995). Disclosure of trauma and immune response to a hepatitis B vaccination program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 787–792. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.5.787>
- Peyre, M., Gauchet, A., Bissuel, F., Blanc, M., Boibieux, A., Cotte, L., Forestier, E., Janssen, C., Legout, L., & Epaulard, O. (2019). Satisfaction with sexual life in people living with HIV/AIDS: the persistent weight of the fear of transmission. *AIDS Care*, 31(6), 681–686. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1537465>
- Pięta, M., & Rzeszutek, M. (2022). Posttraumatic growth and well-being among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis in recognition of 40 years of HIV/AIDS. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 31(5), 1269–1288. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02990-3>
- Pomeroy, E. C., Rubin, A., & Walker, R. J. (1996). A psychoeducational group intervention for family members of persons with HIV/AIDS. *Family Process*, 35(3), 299–312. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00299.x>
- Rafiei, S., Raoofi, S., Pashazadeh Kan, F., Masoumi, M., Doustmehraban, M., Biparva, A. J., Ashari, A., Vali, N., Khani, S., Abdollahi, B., Vaziri Shahrehabak, E. S. V., Heydari, M., Momeni, Z., Kasaie, Z. A., Beliad, M., & Ghashghaee, A. (2023). Global prevalence of suicide in patients living with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 323, 400–408. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.061>
- Ramos, C., Leal, I., & Tedeschi, R. G. (2016). Protocol for the psychotherapeutic group intervention for facilitating posttraumatic growth in nonmetastatic breast cancer patients. *BMC Women's Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0302-x>
- Ramos, C., Costa, P. A., Rudnicki, T., Marôco, A. L., Leal, I., Guimarães, R., Fougo, J. L., & Tedeschi, R. G. (2017). The effectiveness of a group intervention to facilitate posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 27(1), 258–264. <https://doi.org/10.1002/pon.4501>
- Ramos, S. (2005). José Luís Pais Ribeiro. 2005. Introdução à Psicologia da Saúde. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, 9. <https://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/166>

- Reif, S., Wilson, E., McAllaster, C., Pence, B., & Cooper, H. (2021). The relationship between social support and experienced and internalized HIV-related stigma among people living with HIV in the Deep South. *Stigma and Health*, 6(3), 363–369. <https://doi.org/10.1037/sah0000271>
- Reinius, M., Wettergren, L., Wiklander, M., Svedhem, V., Ekström, A. M., & Eriksson, L. E. (2017). Development of a 12-item short version of the HIV stigma scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0691-z>
- Reis, A. C., Lencastre, L., Guerra, M. P., & Remor, E. (2010). Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicologia*, 23(3), 420–429. Doi: 10.1590/s0102-79722010000300002
- Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as na interpersonal process. In S. W. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships* (pp. 367–387). Wiley.
- Relf, M. V., L. Holzemer, W., Holt, L., Nyblade, L., & Ellis Caiola, C. (2021). A review of the state of the science of HIV and stigma: Context, conceptualization, measurement, interventions, gaps, and future priorities. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 32(3), 392–407. <https://doi.org/10.1097/jnc.0000000000000237>
- Remor, E., & Carroble, J. (2001). Version Espanola de la Escala de Estress Percebido (PSS-14): Estudio psicometrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estress*, 7 (2-3), 195–201.
- Riley, G. A., & Baah-Odoom, D. (2012). Belief in a just world, generalised self-efficacy and stigma may contribute to unsafe sexual intentions via a reduced perception of vulnerability to HIV/AIDS amongst young people in Ghana. *AIDS Care*, 24(5), 642–648. <https://doi.org/10.1080/09540121.2011.630348>
- Roepke, A. M. (2015). Psychosocial interventions and posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 129–142. <https://doi.org/10.1037/a0036872>
- Roepke, A. M., Tsukayama, E., Forgeard, M., Blackie, L., & Jayawickreme, E. (2018). Randomized controlled trial of SecondStory, an intervention targeting posttraumatic growth, with bereaved adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(6), 518–532. <https://doi.org/10.1037/ccp0000307>

- Romeo, A., Di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Gasparetto, E., Stanizzo, M. R., Torta, R., & Castelli, L. (2019). The traumatic experience of breast cancer: Which factors can relate to the post-traumatic outcomes? *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00891>
- Ruiz-Perez, I., Murphy, M., Pastor-Moreno, G., Rojas-García, A., & Rodríguez-Barranco, M. (2017). The effectiveness of HIV prevention interventions in socioeconomically disadvantaged ethnic minority women: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 107(12), e13–e21. <https://doi.org/10.2105/ajph.2017.304067>
- Rzeszutek, M. (2017). Social support and posttraumatic growth in a longitudinal study of people living with HIV: the mediating role of positive affect. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1412225>
- Rzeszutek, M., & Gruszczyńska, E. (2018). Paradoxical effect of social support among people living with HIV: A diary study investigating the buffering hypothesis. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.006>
- Rzeszutek, M., & Gruszczyńska, E. (2022). Trajectories of posttraumatic growth following HIV infection: Does one PTG pattern exist? *Journal of Happiness Studies*, 23(4), 1653–1668. <https://doi.org/10.1007/s10902-021-00467-1>
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., & Firląg-Burkacka, E. (2016). Gender differences in posttraumatic stress symptoms and the level of posttraumatic growth among a Polish sample of HIV-positive individuals. *AIDS Care*, 28(11), 1411–1415. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1182615>
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., & Gruszczyńska, E. (2019). Satisfaction with life, big-five personality traits and posttraumatic growth among people living with HIV. *Journal of Happiness Studies*, 20(1), 35–50. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9925-3>
- Samuels, E., Khalife, S., Alfonso, C. A., Alvarez, R., & Cohen, M. A. (2011). Early childhood trauma, posttraumatic stress disorder, and non-adherence in persons with AIDS: A psychodynamic perspective. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 39(4), 633–650. <https://doi.org/10.1521/jaap.2011.39.4.633>

- Sansinenea, E., Asla, N., Agirrezabal, A., Fuster-Ruiz-de-Apodaca, M. J., Muela, A., & Garaigordobil, M. (2020). Being yourself and mental health: Goal motives, positive affect and self-acceptance protect people with HIV from depressive symptoms. *Journal of Happiness Studies*, 21(2), 593–612.
<https://doi.org/10.1007/s10902-019-00098-7>
- Sawyer, A., Ayers, S., & Field, A. P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 436–447. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.02.004>
- Schaefer, S. E., & Coleman, E. (1992). Shifts in meaning, purpose, and values following a diagnosis of human immunodeficiency virus (HIV) infection among gay men. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(1–2), 13–29.
https://doi.org/10.1300/J056v05n01_02
- Schultz, J. M., Tallman, B. A., & Altmaier, E. M. (2010). Pathways to posttraumatic growth: The contributions of forgiveness and importance of religion and spirituality. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(2), 104–114.
<https://doi.org/10.1037/a0018454>
- Schuster, R., Bornoalova, M., & Hunt, E. (2012). The influence of depression on the progression of HIV: direct and indirect effects: Direct and indirect effects. *Behavior Modification*, 36(2), 123–145.
<https://doi.org/10.1177/0145445511425231>
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 22(5), 487–497. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.5.487>
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 5–14.
<https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.1.5>
- Selye, H. (1974). *Stress without Distress*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223–229.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005>

- Shakiba, M., Latifi, A., & Navidian, A. (2020). The effect of cognitive-emotional intervention on growth and posttraumatic stress in mothers of children with cancer: A randomized clinical trial. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 42(2), 118–125.
<https://doi.org/10.1097/mp.0000000000001558>
- Shen, M. J., Coups, E. J., Li, Y., Holland, J. C., Hamann, H. A., & Ostroff, J. S. (2015). The role of posttraumatic growth and timing of quitting smoking as moderators of the relationship between stigma and psychological distress among lung cancer survivors who are former smokers: Lung cancer stigma, posttraumatic growth, and psychological distress. *Psycho-Oncology*, 24(6), 683–690.
<https://doi.org/10.1002/pon.3711>
- Sherif, M. (1936). The psychology of social norms. *Xii*, 210.
<https://psycnet.apa.org/fulltext/1937-00871-000.pdf>
- Sherr, L., Clucas, C., Harding, R., Sibley, E., & Catalan, J. (2011). HIV and Depression – a systematic review of interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 16(5), 493–527. <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.579990>
- Sherr, L., Nagra, N., Kulubya, G., Catalan, J., Clucasa, C., & Harding, R. (2011). HIV infection associated post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth: A systematic review. *Psychology, Health & Medicine*, 16, 612–629. Doi: 10.1080/13548506.2011.579991
- Siddiqi, A., Hall, H. I., Hu, X. & Song, R. (2016). Population-Based Estimates of Life Expectancy After HIV Diagnosis: United States 2008-2011. *J. Acquir Immune Defic Syndr.* 1, 72 (2): 230-6. Doi: 10.1097/QAI.0000000000000960.
- Siegel, K., & Schrimshaw, E. W. (2000). Perceiving benefits in adversity: stress-related growth in women living with HIV/AIDS. *Social Science & Medicine* (1982), 51(10), 1543–1554. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00144-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00144-1)
- Siegel, Karolynn, Schrimshaw, E. W., & Pretter, S. (2005). Stress-related growth among women living with HIV/AIDS: Examination of an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(5), 403–414.
<https://doi.org/10.1007/s10865-005-9015-6>
- Silva, C. F. L. da. (2016). *Fatores preditores de psicopatologia em pessoas que vivem com VIH/SIDA*.
- Silva, S. M., Moreira, H. C., Pinto, S. M., De, A., & Canavarro, M. C. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características

- psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de mulheres da população Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 22, 105–133.
- Singer, S., Götze, H., Buttstädt, M., Ziegler, C., Richter, R., Brown, A., Niederwieser, D., Dorst, J., Jäkel, N., & Geue, K. (2013). A non-randomised trial of an art therapy intervention for patients with haematological malignancies to support post-traumatic growth. *Journal of Health Psychology*, 18(7), 939–949. <https://doi.org/10.1177/1359105312458332>
- Sousa, M. D. F. de. (2017). *Variáveis associadas à ideação suicida em pessoas com VIH - Sida*.
- Spaan, P., van Luenen, S., Garnefski, N., & Kraaij, V. (2020). Psychosocial interventions enhance HIV medication adherence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 25(10–11), 1326–1340. <https://doi.org/10.1177/1359105318755545>
- Springer, S. A., Dushaj, A., & Azar, M. M. (2012). The impact of DSM-IV mental disorders on adherence to combination antiretroviral therapy among adult persons living with HIV/AIDS: A systematic review. *AIDS and Behavior*, 16(8), 2119–2143. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0212-3>
- Stall, R., & Mills, T. C. (2006). Editorial. A quarter century of AIDS. *American Journal of Public Health*, 96, 959–961.
- Stall, Ron, Mills, T. C., Williamson, J., Hart, T., Greenwood, G., Paul, J., Pollack, L., Binson, D., Osmond, D., & Catania, J. A. (2003). Association of co-occurring psychosocial health problems and increased vulnerability to HIV/AIDS among urban men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 93(6), 939–942. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.6.939>
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*.
- Taku, K., & Oshio, A. (2015). An item-level analysis of the Posttraumatic Growth Inventory: Relationships with an examination of core beliefs and deliberate rumination. *Personality and Individual Differences*, 86, 156–160. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.025>
- Tan, R. K. J. (2019). Internalized homophobia, HIV knowledge, and HIV/AIDS personal responsibility beliefs: Correlates of HIV/AIDS discrimination among MSM in the context of institutionalized stigma. *Journal of*

- Homosexuality*, 66(8), 1082–1103.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1491249>
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering* (Vol. 163). SAGE Publications.
- Tedeschi, R. G. (2023). The post-traumatic growth approach to psychological trauma. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 22(2), 328–329. <https://doi.org/10.1002/wps.21093>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: “posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence.” *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Senol-Durak, E., & Calhoun, L. G. (2017). The posttraumatic growth inventory: A revision integrating existential and spiritual change: Posttraumatic growth inventory and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1), 11–18. <https://doi.org/10.1002/jts.22155>
- Tedeschi, R. G., & McNally, R. J. (2011). Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans? *The American Psychologist*, 66(1), 19–24.
<https://doi.org/10.1037/a0021896>
- Tedeschi, R. G., & Moore, B. A. (2021). Posttraumatic growth as an integrative therapeutic philosophy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(2), 180–194.
<https://doi.org/10.1037/int0000250>
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. *The LEA Series in Personality and Clinical Psychology*, 258. <https://psycnet.apa.org/fulltext/1998-07186-000.pdf>
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge.
- Teti, M., Myroniuk, T., Epping, S., Lewis, K., & Liebenberg, L. (2021). A photovoice exploration of the lived experience of intersectional stigma among people living with HIV. *Archives of Sexual Behavior*, 50(7), 3223–3235.
<https://doi.org/10.1007/s10508-021-02058-w>
- Treichler, P. A. (1987). AIDS, homophobia, and biomedical discourse: An epidemic of signification. *October*, 43, 31. <https://doi.org/10.2307/3397564>

- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, 53, 353–378. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_17
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4(4), 400–410. <https://doi.org/10.1037/a0024204>
- Turk, M. C., Bakker, C. J., Spencer, S. M., & Lofgren, S. M. (2022). Systematic review of sex differences in the relationship between hormones and depression in HIV. *Psychoneuroendocrinology*, 138(105665), 105665. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105665>
- Turan, B., Smith, W., Cohen, M. H., Wilson, T. E., Adimora, A. A., Merenstein, D., Adedimeji, A., Wentz, E. L., Foster, A. G., Metsch, L., Tien, P. C., Weiser, S. D., & Turan, J. M. (2016). Mechanisms for the negative effects of internalized HIV-related stigma on antiretroviral therapy adherence in women: The mediating roles of social isolation and depression. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 72(2), 198–205. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000000948>
- Vanable, P. A., Carey, M. P., Blair, D. C., & Littlewood, R. A. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior*, 10(5), 473–482. <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9099-1>
- Vance, D. E., Blake, B. J., Brennan-Ing, M., DeMarco, R. F., Fazeli, P. L., & Relf, M. V. (2019). Revisiting successful aging with HIV through a revised biopsychosocial model: An update of the literature. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 30(1), 5–14. <https://doi.org/10.1097/jnc.0000000000000029>
- Vernazza, P., Hirschel, B., Bernasconi, E., & Flepp, M. (2008). Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antiretroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin Des Médecins Suisses*, 89, 165–169.
- Waite, K. R., Paasche-Orlow, M., Rintamaki, L. S., Davis, T. C., & Wolf, M. S. (2008). Literacy, social stigma, and HIV medication adherence. *Journal of General*

- Internal Medicine*, 23(9), 1367–1372. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0662-5>
- Wang, G., Li, Z., Luo, X., Wei, R., Liu, H., Yang, J., Lyu, J., & Jiang, X. (2022). Effects of nurse-led supportive-expressive group intervention for post-traumatic growth among breast cancer survivors: A randomized clinical trial. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(4), 434–444. <https://doi.org/10.1111/jnu.12752>
- Wawrzyniak, A. J., Ownby, R. L., McCoy, K., & Waldrop-Valverde, D. (2013). Health literacy: Impact on the health of HIV-infected individuals. *Current HIV/AIDS Reports*, 10(4), 295–304. <https://doi.org/10.1007/s11904-013-0178-4>
- Webel, A. R., Schexnayder, J., Cioe, P. A., & Zuñiga, J. A. (2021). A review of chronic comorbidities in adults living with HIV: State of the science. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 32(3), 322–346. <https://doi.org/10.1097/jnc.0000000000000240>
- Wei, W., Li, X., Tu, X., Zhao, J., & Zhao, G. (2016). Perceived social support, hopefulness, and emotional regulations as mediators of the relationship between enacted stigma and post-traumatic growth among children affected by parental HIV/AIDS in rural China. *AIDS Care*, 28(sup1), 99–105. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1146217>
- Weinberger, J. (2014). Common factors are not so common and specific factors are not so specified: Toward an inclusive integration of psychotherapy research. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(4), 514–518. <https://doi.org/10.1037/a0037092>
- Weiner, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 71(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.71.1.3>
- Weiss, T. (2014). Personal transformation: Posttraumatic growth and gerotranscendence. *Journal of Humanistic Psychology*, 54(2), 203–226. <https://doi.org/10.1177/0022167813492388>
- Weiss, T., & Berger, R. (Eds.). (2010). *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe*. Wiley.
- Whetten, K., Shirey, K., Pence, B. W., Yao, J., Thielman, N., Whetten, R., Adams, J., Agala, B., Ostermann, J., O'Donnell, K., Hobbie, A., Maro, V., Itemba, D., Reddy, E., & for the CHAT Research Team. (2013). Trauma history and depression predict incomplete adherence to antiretroviral therapies in a low

- income country. *PloS One*, 8(10), e74771.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074771>
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of breakdown. *The International Review of Psycho-Analysis*, 1(1), 103–107. <https://psycnet.apa.org/fulltext/1975-32014-001.pdf>
- World Health Organization (2005). *Health literacy toolkit for low-and middle-income countries*. World Health Organization – South-East Asia.
www.searo.who.int/entity/healthpromotion/documents/hl_toolkit/en/
- World Health Organization [WHO] (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*, 28-31 January 2002, 2012(12). World Health Organization.
- Ye, Z., Yu, N. X., Zhu, W., Chen, L., & Lin, D. (2018). A randomized controlled trial to enhance coping and posttraumatic growth and decrease posttraumatic stress disorder in HIV-Infected men who have sex with men in Beijing, China. *AIDS Care*, 30(6), 793–801. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1417534>
- Yi, H. J., & Nam, S. I. (2017). The effect of advocacy for overcoming stigma on posttraumatic growth: Focusing on childhood cancer survivors. *Social Work in Health Care*, 56(9), 840–854. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1353569>
- Ying L. I. U., Peng B., Lu N. I. U., Chen X., Wang M., Xiao S., & Dan L. U. O. (2017). Emotional problems among newly diagnosed HIV-positive men with homosexual sex behaviors. *Chinese Mental Health Journal*, 471–477.
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1000-6729.2017.06.009>
- Yousuf, A., Mohd Arifin, S. R., Musa, R., & Md Isa, M. L. (2019). Depression and HIV disease progression: A mini-review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 15(1), 153–159.
<https://doi.org/10.2174/1745017901915010153>
- Yu, N. X., Chen, L., Ye, Z., Li, X., & Lin, D. (2017). Impacts of making sense of adversity on depression, posttraumatic stress disorder, and posttraumatic growth among a sample of mainly newly diagnosed HIV-positive Chinese young homosexual men: the mediating role of resilience. *AIDS Care*, 29(1), 79–85.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1210073>
- Zakowski, S. G., Ramati, A., Morton, C., Johnson, P., & Flanigan, R. (2004). Written emotional disclosure buffers the effects of social constraints on distress among cancer patients. *Health Psychology*, 23, 555-563. doi:10.1037/0278-6133.23.6.555

- Zeligman, M., Barden, S. M., & Hagedorn, W. B. (2016). Posttraumatic growth and HIV: A study on associations of stigma and social support. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 94(2), 141–149.
<https://doi.org/10.1002/jcad.12071>
- Zhang, L., Lee, A. J., DeBruine, L. M., & Jones, B. C. (2019). Are sex differences in preferences for physical attractiveness and good earning capacity in potential mates smaller in countries with greater gender equality? *Evolutionary Psychology: An International Journal of Evolutionary Approaches to Psychology and Behavior*, 17(2), 147470491985292.
<https://doi.org/10.1177/1474704919852921>
- Zhang, Wang, Ambikan, A. T., Sperk, M., van Domselaar, R., Nowak, P., Noyan, K., Russom, A., Sönnernborg, A., & Neogi, U. (2018). Transcriptomics and targeted proteomics analysis to gain insights into the immune-control mechanisms of HIV-1 infected Elite Controllers. *EBioMedicine*, 27, 40–50.
<https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2017.11.031>
- Zhang, Wei, Yan, T.-T., Du, Y.-S., & Liu, X.-H. (2014). Brief report: Effects of solution-focused brief therapy group-work on promoting post-traumatic growth of mothers who have a child with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 2052–2056. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2051-8>

Anexo A - Guião dos Principais Tópicos Informativos para o Recrutamento

Tópicos Informativos para o Recrutamento previamente à Entrevista

- **Identificação:** (Nome do Investigador). Sou mestrando de psicologia clínica do ISPA, agora aqui em colaboração na (Instituição/Associação).
- **O que pretendo e qual a mais-valia:** Estamos a realizar um projecto de investigação-intervenção em psicologia clínica, que tem como objetivo desenvolver uma intervenção em grupo para promover ajustamento psicológico das pessoas que vivem com VIH.
- **Convite:** Nesse sentido, queria convidá-lo(a) a entrar naquele gabinete para que possa explicar-lhe melhor os objetivos e procedimentos do projeto, assim como para nos conhecermos melhor e se pretender depois avançarmos com a sua participação fazemos uma entrevista e o preenchimento de uns questionários.

Guião de Informação Prévia à Entrevista

- **Introdução:** O intuito de virmos até aqui é para fazermos uma pequena entrevista e nos conhecermos um pouco.
- **Objetivo:**
 - a) o objetivo principal deste estudo que estamos a fazer aqui na Abraço agora é fazermos uma intervenção, promover o crescimento após o VIH, considerado como um trauma (i.e. uma reacção traumática pode ser tipicamente uma incapacidade ou dificuldade em “lidar com” e/ou integrar emoções e pensamentos que acompanham uma determinada experiência, por exemplo a recção de um diagnóstico VIH; pode ser o abalo das crenças ou ideias fundamentais sobre o próprio e o mundo, por exemplo, “pensar que nunca teria um diagnóstico VIH antes do receber”).
 - b) Para atingir este objetivo de crescimento após o VIH, vai ser feita uma intervenção em grupo, com oito sessões, com aproximadamente entre 120 a 90 minutos cada, sempre uma vez por semana;
As sessões vão ser marcadas sempre no mesmo dia da semana e no mesmo horário, para que seja mais fácil para todos;

- c) A participação de todos os participantes é voluntária, confidencial e anónima em termos de dados estatísticos, e, caso deseje pode desistir a qualquer momento;
- d) O grupo vai ser fechado, o que significa que ninguém pode entrar depois de já se ter iniciado a intervenção. A previsão é que seja um grupo cuja a média de pessoas seja de 8 participantes;
- e) Vai ser uma intervenção estruturada. O que significa que todas as sessões terão uma estrutura mais ou menos semelhante, em que eu começo por apresentar o tema fazermos um exercício e depois segue-se um debate onde todos os membros partilham o que quiserem aspetos sobre a sua experiência de vivência com VIH;
- f) Todas as pessoas nesta intervenção, inclusivamente eu, vivem com VIH;
- g) Tem alguma questão que me queira colocar?
- h) Se concordar avançamos com o preenchido dos questionários e depois conversamos um pouco sobre a sua experiência com VIH. Podemos avançar?

Anexo B – Bateria de Instrumentos e tópicos de entrevista da Primeira Avaliação

Bateria de Instrumentos de Primeira Avaliação

Investigação sobre Crescimento Pós-Traumático, VIH e um programa de intervenção em grupo

Consentimento informado

Informação ao participante: O presente estudo decorre de um requisito parcial para a obtenção do grau de mestre de Nuno Tomaz dos Santos, inserido no seminário de dissertação de Psicologia Clínica, coordenado pela Prof. Doutora Isabel Leal e orientado pela Prof. Doutora Catarina Ramos, no ISPA – Instituto Universitário.

O estudo tem como principal objetivo avaliar a eficácia de um programa de intervenção em grupo para facilitar crescimento pós-traumático associado à receção de um diagnóstico VIH e à vivência com a infeção, considerados como trauma.

Se vive com o diagnóstico de infeção VIH, convidamo-lo(a) a participar nesta investigação.

O estudo consiste em 2 fases. Convidamo-lo a participar numa primeira fase a qual consiste numa entrevista e o no preenchimento de algumas questões, que estão presentes nas seguintes páginas. O preenchimento das questões terá a duração de aproximadamente 30 minutos, sendo que posteriormente, em mais dois momentos, solicitaremos que repita os mesmos procedimentos de preenchimento. Numa segunda fase, haverá uma intervenção psicoterapêutica em grupo com o objetivo de promover um melhor ajustamento psicossocial e uma maior compreensão sobre o viver com VIH. Esta ação será ocasião explicada posteriormente.

A sua participação, é voluntária e que poderá desistir da sua participação do estudo a qualquer momento sem prejuízo para si.

Sublinha-se que serão consideradas todas as questões de segurança e que será garantida a confidencialidade, e a anonimização dos dados. Para manter o anonimato, será solicitado que responda a algumas questões, por forma a criar um código alfanumérico.

A sua participação é extremamente importante para aumentar o conhecimento sobre a experiência de viver com VIH e permitir o desenvolvimento de intervenções de saúde mais adequadas às necessidades.

Qualquer questão que surja ou caso pretenda ter acesso aos resultados do estudo, poderá contactar Nuno Tomaz dos Santos por e-mail nsantos.ctc@gmail.com.

Muito obrigado pela sua participação!

Data: _____ / _____ / _____

(Assinatura do/a participante)

(Assinatura do Investigador)

Questionário sociodemográfico

A preencher pelo investigador responsável:

Número de identificação: _____ Grupo: _____

Ao avançar para o preenchimento do questionário declaro ter compreendido que permanecerei anónima(a), que os dados recolhidos são confidenciais e que posso desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo para mim.

Sim _____ Não _____

Por favor, crie um código alfanumérico de acordo com as respostas às seguintes questões:

- 1ª. Primeira letra do seu primeiro nome?
- 2ª. Dia em que nasceu (de acordo com o CC/BI)?
- 3ª. Segunda letra do primeiro nome da sua mãe?
- 4ª. Mês em que a sua mãe nasceu (de acordo com o CC/BI)?

Por exemplo, **M20O5** (**M**-Maria; **20**- Dia 20/08; **O** – Conceição; **5** – Dia 07/05) (Por favor não escreva informação adicional, apenas o código)

Por favor, adicione o código de acordo com as questões acima mencionadas.

A sua resposta: _____

1. Idade: _____
2. Nacionalidade: _____
3. Residência (Concelho): _____
4. Etnia:
 - _____ Branco/Português e/ou Branco/De Origem europeia;
 - _____ Negro/Português e/ou Negro/Afro-descendente/De origem africana;
 - _____ Asiático/Português de origem asiática e/ou de origem asiática;
 - _____ Cigano/Português e/ou cigano/Roma;
5. Quando nasceu, qual o sexo que lhe foi atribuído na sua certidão de nascimento?
 - ___ Feminino
 - ___ Masculino
6. A identidade de género é diferente de sexo biológico. Como se define?
 - ___ Heterossexual
 - ___ Homossexual, lésbica ou bissexual
 - ___ Transgénero

___ Não me identifico com nenhuma das opções

___ Prefiro não responder a esta questão

7. Habilitações literárias completas:

Sem escolaridade:___ ; 4ª classe:___; 6º ano:___ 9º ano: ___; 12º ano:___;

Bacharelato:___; Licenciatura:___; Mestrado:___; Doutoramento:___;

Outro_____

8. Situação Profissional

Ativo(a)_____ ; Desempregado(a)_____; Reformado(a)_____ ;

Outro(a)_____

Se estiver desempregado(a). Por favor indique há quanto tempo: (Indique número de anos. Se for há menos de 1 anos, por favor coloque “0”)

9. Profissão:_____

10. Estado Civil:

Solteiro(a)___ ; Casado(a)___; União de Facto___ ; Divorciado(a) _____

Viúvo(a) _____.

10.1. Atualmente, mantém uma relação amorosa/casamento? Sim___ Não___

10.1.1. Se sim, qual a duração da relação amorosa/casamento:_____

10.1.2. O seu companheiro(a) é seropositivo(a)? Se tem mais de um parceiro(a), algum deles é seropositivo(a)?

___ Sim, tenho um(a) companheiro(a) seropositivo(a);

___ Não tenho companheira(a) seropositivo(a);

___ Desconheço se o(s) meus companheiros(as) é/são seropositivos(as);

11. Filhos: Sim___ Não___ Antes ou depois do diagnóstico? _____

Se depois do diagnóstico. Quanto tempo depois? _____ (Indique número de anos. Se for ocorreu no mesmo ano do diagnóstico coloque “0”)

Questionário Clínico

1. Há quanto tempo sabe que vive com infecção VIH? (Se não sabe ou não se recorda, assinale “99”)

2. Tomou conhecimento do seu diagnóstico de infecção VIH em que circunstância?

___ estava assintomático e fez um teste rápido de rotina;

- ☐ estava assintomático e fez um teste por desconfiança;
- ☐ estava adoentado(a) com sintomas e foi-lhe proposto realizar o teste;
- ☐ estava adoentado(a) com sintomas e já em contexto de internamento hospitalar;
- ☐ nasci com a infecção VIH ou contrai durante a infância;
3. Após ter tomado conhecimento de que vivia com infecção VIH, quanto tempo demorou aproximadamente até que se iniciou a toma da terapia antirretroviral?
- ☐ imediatamente;
- ☐ de 1 a 30 dias após o diagnóstico;
- ☐ de 1 dia a 6 meses após o diagnóstico;
- ☐ de 6 meses a 2 anos após o diagnóstico;
- ☐ mais de 2 anos após o diagnóstico;
- ☐ não me recordo;
4. Qual o modo como acredita ter contraído a infecção por VIH?
- ☐ Relação sexual desprotegida;
- ☐ Partilha de seringas, seringas ou outro equipamento utilizado para preparação de drogas para injeção;
- ☐ Transmissão de mãe para filho(a)
- ☐ Não sei/ Não respondo
5. Presentemente, está a fazer ou já fez tratamento antirretroviral?
- ☐ Sim
- ☐ Não
6. Indique por favor o nome dos medicamentos antirretrovirais:
- _____
7. Interrompeu ou parou alguma vez a toma da terapia antirretroviral para o VIH?
- ☐ Sim: Porque razão? _____
- ☐ Não
- ☐ Desconheço / não me recordo
8. O seu teste de carga viral mais recente (últimos 12 meses), demonstrou a presença de carga viral indetectável?
- ☐ Sim, o meu último teste tinha a indicação de carga indetectável;
- ☐ Não, o meu último teste tinha a indicação de carga detectável;
- ☐ Não realizei nenhum teste nos últimos 12 meses;
- ☐ Estou ainda a aguardar pelos resultados do meu último teste;

___ Nunca fiz um teste de carga viral;

___ Desconheço;

9. Em relação ao seu estado de saúde geral: nos últimos 12 meses teve algum diagnóstico que indica-se algum destes problemas de saúde: (assinale as que sim)

___ Tuberculose;

___ Diabetes;

___ Hipertensão;

___ Hepatites virais;

___ Infecções sexualmente transmissíveis (por exemplo: sífilis, herpes, gonorreia ou clamídia);

___ Síndrome de dependência (drogas/álcool);

___ Epilepsia;

___ Questões de saúde mental (por exemplo: ansiedade, depressão, insônia, stress pós-traumático, perturbações de humor);

9.1. Se sim, qual: _____

9.2. Toma algum tipo de medicação (medicação para algum problema de saúde mental)? _____

9.2.1. Se sim, qual? _____

9.2.2. Tem apoio psicológico/psicoterapêutico? _____

Inventário de Crenças Centrais

Alguns acontecimentos podem ser tão poderosos, que “agitam o mundo” dos indivíduos, podendo levá-los a analisar as crenças acerca de si próprio, dos outros, do mundo e do seu futuro.

Por favor, pense acerca do acontecimento que está a reportar e indique, o **quanto** a levou a examinar seriamente cada uma das seguintes crenças centrais.

Nada	Muito Pouco	Pouco	Moderadamente	Muito	Bastante
0	1	2	3	4	5

1 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente o quanto acredito que as coisas que acontecem às pessoas são justas	0	1	2	3	4	5
2 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente o quanto acredito que as coisas que acontecem às pessoas são controláveis	0	1	2	3	4	5
3 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca de como as outras pessoas pensam ou se comportam de determinada forma	0	1	2	3	4	5
4 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca das minhas relações com as outras pessoas	0	1	2	3	4	5
5 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca das minhas capacidades, forças e fraquezas	0	1	2	3	4	5
6 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca das minhas expectativas para o futuro	0	1	2	3	4	5
7 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca do significado da minha vida	0	1	2	3	4	5
8 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças espirituais ou religiosas	0	1	2	3	4	5
9 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca do meu valor enquanto pessoa	0	1	2	3	4	5

Nível de stress da vivência com infecção VIH

a) Que nível de stress sentiu após o momento de diagnóstico de infecção VIH?

Nada stressante	Quase nada stressante	Um pouco stressante	Moderadamente stressante	Muito stressante	Bastante stressante	Extremamente stressante
0	1	2	3	4	5	6

b) Que nível de stress atribui à vivência com infecção VIH, neste momento?

Nada stressante	Quase nada stressante	Um pouco stressante	Moderadamente stressante	Muito stressante	Bastante stressante	Extremamente stressante
0	1	2	3	4	5	6

Inventário de Crescimento Pós-Traumático

Indique para cada uma das afirmações abaixo o grau em que esta mudança ocorreu na sua vida como resultado do seu diagnóstico VIH, utilizando a seguinte escala:

0 = Não experimentei esta mudança como resultado do meu diagnóstico VIH;

1 = Experimentei esta mudança num grau muito pequeno como resultado do meu diagnóstico VIH

2 = Experimentei esta mudança num grau pequeno como resultado do meu diagnóstico VIH

3 = Experimentei esta mudança num grau moderado como resultado do meu diagnóstico VIH

4 = Experimentei esta mudança num grau elevado como resultado do meu diagnóstico VIH

5 = Experimentei esta mudança num grau muito elevado como resultado do meu diagnóstico VIH

	0	1	2	3	4	5
1. Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida						
2. Tenho um maior apreço pelo valor da minha vida						
3. Desenvolvi novos interesses						
4. Tenho uma maior perceção de que posso contar comigo próprio/a						
5. Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais						
6. Entendo mais claramente que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade						
7. Estabeleci um novo rumo para a minha vida						
8. Sinto-me mais próximo/a das outras pessoas						
9. Estou mais disposto/a para demonstrar as minhas emoções						
10. Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades						
11. Sou capaz de fazer coisas melhores com a minha vida						
12. Estou mais disponível para aceitar o resultado das coisas						
13. Consigo apreciar melhor cada dia						
14. Estão disponíveis novas oportunidades que de outra forma não teriam estado						
15. Tenho mais compaixão para com os outros						
16. Empenho-me mais nas minhas relações						
17. É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança						
18. Tenho uma fé religiosa mais forte						
19. Descobri que sou mais forte do que pensava que era						
20. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas						
21. Aceito melhor ter que necessitar dos outros						
22. Tenho uma maior sensação de harmonia com o mundo						
23. Sinto-me mais conectado com toda a existência						
24. Sinto-me mais capaz de enfrentar questões sobre a vida e a morte						
25. O sentido da vida está mais claro para mim						

Escala do Stress Percebido

Instrução: Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, como uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito Frequente
	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stress?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					

Escala de Estigmatização para Pessoas que Vivem com VIH

Este questionário pretende avaliar alguns aspectos sociais e emocionais relacionados com a infecção do VIH. Para cada questão faça um círculo no número que considera que mais se adequa a si. Não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda a todas as questões.

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Sinto-me culpado/a por ter VIH	①	②	③	④
2. As atitudes das pessoas sobre o VIH fazem-me sentir pior comigo mesmo/a	①	②	③	④
3. É arriscado dizer a alguém que tenho HIV	①	②	③	④
4. Eu esforço-me bastante para manter o VIH em segredo	①	②	③	④
5. Eu sinto que não sou tão boa pessoa como as outras porque tenho VIH	①	②	③	④
6. As pessoas que vivem com VIH são tratadas como inferiores	①	②	③	④
7. Muitas pessoas acreditam que aqueles/as que vivem com o VIH são promíscuos/as	①	②	③	④
8. Eu tenho muito cuidado antes de decidir a quem digo que tenho VIH	①	②	③	④
9. A maioria das pessoas sente-se desconfortável quando está com alguém que tem VIH	①	②	③	④
10. Algumas pessoas evitam tocar-me quando sabem que eu tenho VIH	①	②	③	④
11. As pessoas que eu considero importantes deixaram de me contatar quando souberam que eu tenho VIH	①	②	③	④
12. Eu perdi amigos quando lhes contei que tenho VIH	①	②	③	④

Indicador de Percepção de Literacia em Saúde do VIH/SIDA

1. Qual a capacidade que reconheço em aceder a informação médica ou clínica acerca do VIH/SIDA neste momento de 0 a 6? (e.g. identificar sintomas, tratamento, ter ajuda de um profissional)

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

2. Qual a capacidade que reconheço em entender a informação médica e o seu significado acerca do VIH/SIDA neste momento, de 0 a 6? (e.g. informação do médico, folheto informativo dos medicamentos)

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

3. Qual a capacidade que reconheço em avaliar a informação médica acerca do VIH/SIDA, neste momento, de 0 a 6?

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

4. Qual a capacidade que reconheço em tomar decisões informadas em assuntos médicos acerca do VIH/SIDA, de 0 a 6? (e.g. seguir as instruções do tratamento)

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

Indicador de Percepção de Capacidades do Próprio

- 1) Qual a capacidade cognitiva que reconheço em mim neste momento, de 0 a 6?

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

- 2) Qual a capacidade de gestão emocional que reconheço em mim neste momento, de 0 a 6?

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

- 3) Qual a capacidade social que reconheço em mim neste momento, de 0 a 6?

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

- 4) Qual a capacidade física que reconheço em mim neste momento, de 0 a 6?

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

Entrevista semiestruturada

- 1) Pode falar-me do que significa para si o VIH?
- 2) Como é viver com VIH?
- 3) Na sua opinião, porque é que algumas pessoas contraem o VIH e outras não?
- 4) Acha que o VIH mudou a forma como se vê a si próprio(a), Como?
- 5) Acha que o VIH mudou a forma como vê as relações de amizade e/ou de familiares, bem como a forma de como vê o mundo?
- 6) Algumas pessoas dizem que conseguem identificar ganhos e perdas após o diagnóstico de infecção VIH. Concorda? (Se sim) Consegue identificar esses ganhos e perdas?
- 7) Quais os seus objetivos de vida (aquilo que quer fazer na vida ou construir para si)? Houve alguma alteração nos objetivos de vida após o VIH?
- 8) O quê que representou e/ou representa, para a sua vida e para o seu futuro, viver com infecção VIH?

Anexo C – Bateria de Instrumentos da Segunda Avaliação

Inventário de Crescimento Pós-Traumático

Indique para cada uma das afirmações abaixo o grau em que esta mudança ocorreu na sua vida como resultado do seu diagnóstico VIH, utilizando a seguinte escala:

0 = Não experimentei esta mudança como resultado do meu diagnóstico VIH;

1 = Experimentei esta mudança num grau muito pequeno como resultado do meu diagnóstico VIH

2 = Experimentei esta mudança num grau pequeno como resultado do meu diagnóstico VIH

3 = Experimentei esta mudança num grau moderado como resultado do meu diagnóstico VIH

4 = Experimentei esta mudança num grau elevado como resultado do meu diagnóstico VIH

5 = Experimentei esta mudança num grau muito elevado como resultado do meu diagnóstico VIH

	0	1	2	3	4	5
1. Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida						
2. Tenho um maior apreço pelo valor da minha vida						
3. Desenvolvi novos interesses						
4. Tenho uma maior perceção de que posso contar comigo próprio/a						
5. Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais						
6. Entendo mais claramente que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade						
7. Estabeleci um novo rumo para a minha vida						
8. Sinto-me mais próximo/a das outras pessoas						
9. Estou mais disposto/a para demonstrar as minhas emoções						
10. Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades						
26. Sou capaz de fazer coisas melhores com a minha vida						
27. Estou mais disponível para aceitar o resultado das coisas						
28. Consigo apreciar melhor cada dia						
29. Estão disponíveis novas oportunidades que de outra forma não teriam estado						
30. Tenho mais compaixão para com os outros						
31. Empenho-me mais nas minhas relações						
32. É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança						
33. Tenho uma fé religiosa mais forte						
34. Descobri que sou mais forte do que pensava que era						
35. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas						
36. Aceito melhor ter que necessitar dos outros						
37. Tenho uma maior sensação de harmonia com o mundo						
38. Sinto-me mais conectado com toda a existência						
39. Sinto-me mais capaz de enfrentar questões sobre a vida e a morte						
40. O sentido da vida está mais claro para mim						

Inventário de Crenças Centrais

Alguns acontecimentos podem ser tão poderosos, que “agitam o mundo” dos indivíduos, podendo levá-los a analisar as crenças acerca de si próprio, dos outros, do mundo e do seu futuro.

Por favor, pense acerca do acontecimento que está a reportar e indique, o **quanto** a levou a examinar seriamente cada uma das seguintes crenças centrais.

Nada	Muito Pouco	Pouco	Moderadamente	Muito	Bastante
0	1	2	3	4	5

1 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente o quanto acredito que as coisas que acontecem às pessoas são justas	0	1	2	3	4	5
2 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente o quanto acredito que as coisas que acontecem às pessoas são controláveis	0	1	2	3	4	5
3 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca de como as outras pessoas pensam ou se comportam de determinada forma	0	1	2	3	4	5
4 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca das minhas relações com as outras pessoas	0	1	2	3	4	5
5 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca das minha capacidades, forças e fraquezas	0	1	2	3	4	5
6 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca das minhas expectativas para o futuro	0	1	2	3	4	5
7 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca do significado da minha vida	0	1	2	3	4	5
8 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças espirituais ou religiosas	0	1	2	3	4	5
9 – Por causa do acontecimento, examinei seriamente as minhas crenças acerca do meu valor enquanto pessoa	0	1	2	3	4	5

Escala do Stress Percebido

Instrução: Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, como uma cruz (X), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente
	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stress?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					

Nível de stress da vivência com infecção VIH

a) Que nível de stress sentiu após o momento de diagnóstico de infecção VIH?

Nada stressante	Quase nada stressante	Um pouco stressante	Moderadamente stressante	Muito stressante	Bastante stressante	Extremamente stressante
0	1	2	3	4	5	6

b) Que nível de stress atribui à vivência com infecção VIH, neste momento?

Nada stressante	Quase nada stressante	Um pouco stressante	Moderadamente stressante	Muito stressante	Bastante stressante	Extremamente stressante
0	1	2	3	4	5	6

Indicador de Perceção de Literacia em Saúde do VIH/SIDA

1. Qual a capacidade que reconheço em aceder a informação médica ou clínica acerca do VIH/SIDA neste momento de 0 a 6? (e.g. identificar sintomas, tratamento, ter ajuda de um profissional)

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

2. Qual a capacidade que reconheço em entender a informação médica e o seu significado acerca do VIH/SIDA neste momento, de 0 a 6? (e.g. informação do médico, folheto informativo dos medicamentos)

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

3. Qual a capacidade que reconheço em avaliar a informação médica acerca do VIH/SIDA, neste momento, de 0 a 6?

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

4. Qual a capacidade que reconheço em tomar decisões informadas em assuntos médicos acerca do VIH/SIDA, de 0 a 6? (e.g. seguir as instruções do tratamento)

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

Escala de Estigmatização para Pessoas que Vivem com VIH

Este questionário pretende avaliar alguns aspectos sociais e emocionais relacionados com a infecção do VIH. Para cada questão faça um círculo no número que considera que mais se adequa a si. Não há respostas certas ou erradas. Por favor, responda a todas as questões.

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Sinto-me culpado/a por ter VIH	①	②	③	④
2. As atitudes das pessoas sobre o VIH fazem-me sentir pior comigo mesmo/a	①	②	③	④
3. É arriscado dizer a alguém que tenho HIV	①	②	③	④
4. Eu esforço-me bastante para manter o VIH em segredo	①	②	③	④
5. Eu sinto que não sou tão boa pessoa como as outras porque tenho VIH	①	②	③	④
6. As pessoas que vivem com VIH são tratadas como inferiores	①	②	③	④
7. Muitas pessoas acreditam que aqueles/as que vivem com o VIH são promíscuos/as	①	②	③	④
8. Eu tenho muito cuidado antes de decidir a quem digo que tenho VIH	①	②	③	④
9. A maioria das pessoas sente-se desconfortável quando está com alguém que tem VIH	①	②	③	④
10. Algumas pessoas evitam tocar-me quando sabem que eu tenho VIH	①	②	③	④
11. As pessoas que eu considero importantes deixaram de me contatar quando souberam que eu tenho VIH	①	②	③	④
12. Eu perdi amigos quando lhes contei que tenho VIH	①	②	③	④

Indicador de Percepção de Capacidades do Próprio

1. Qual a capacidade cognitiva que reconheço em mim neste momento, de 0 a 6?

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante Capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

2. Qual a capacidade de gestão emocional que reconheço em mim neste momento, de 0 a 6?

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante Capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

3. Qual a capacidade social que reconheço em mim neste momento, de 0 a 6?

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante Capacidade	Extremamente capacidade
0	1	2	3	4	5	6

4. Qual a capacidade física que reconheço em mim neste momento, de 0 a 6?

Sem capacidade	Quase nenhuma capacidade	Pouca capacidade	Moderada capacidade	Muita capacidade	Bastante capacidade	Extremamente capacidade
	1	2	3	4	5	6

Anexo D – DDI e Opener Scale

DDI e Opener Scale

Por favor, leia cada um dos seguintes itens com atenção. Indique, assinalando com uma cruz (X), o que concorda ou discorda com cada item, de acordo com a escala de classificação abaixo.

Discordo Totalmente				Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

1. Quando estou chateado/a, confidencio com os meus amigos	1	2	3	4	5
2. Prefiro não falar sobre os meus problemas	1	2	3	4	5
3. Quando me acontece alguma coisa desagradável, costumo procurar alguém com quem posso falar	1	2	3	4	5
4. Normalmente, não converso sobre coisas que me chateiam	1	2	3	4	5
5. Quando me sinto deprimido/a ou chateado/a, tendo a guardar esses sentimentos para mim próprio/a	1	2	3	4	5
6. Tento procurar alguém com quem falar sobre os meus problemas	1	2	3	4	5
7. Quando estou de mau humor, falo sobre isso com os meus amigos	1	2	3	4	5
8. Se tiver um dia mau, a última coisa que quero é falar sobre isso	1	2	3	4	5
9. Quando tenho um problema, raramente procuro alguém com quem falar	1	2	3	4	5
10. Quando estou com stresse não falo com ninguém sobre isso	1	2	3	4	5
11. Quando estou de mau humor, costumo procurar alguém com quem posso falar	1	2	3	4	5
12. Estou disposto/a a contar aos outros os pensamentos que me preocupam	1	2	3	4	5

Os itens seguintes incluem uma variedade de temas que pode ter falado com pessoas próximas de si (ex. cônjuge, amigos, familiares) no último mês. Por favor indique o quanto discutiu cada tema. Na última semana, eu falei sobre:	Não falei de todo				Falei completamente
1. Os meus sentimentos profundos	1	2	3	4	5
2. O que eu gosto e o que eu não gosto de mim próprio/a	1	2	3	4	5
3. Os meus maiores medos	1	2	3	4	5
4. Coisas que eu fiz, e pelas quais me orgulho	1	2	3	4	5
5. Os meus relacionamentos próximos com as outras pessoas	1	2	3	4	5

Anexo E – Estrutura, objetivos do programa, tema e descrição de cada sessão

Programa de intervenção: estrutura, tema, objetivos e descrição de cada sessão

1 ^a Sessão	Tema: Psicoeducação e normalização das reacções De forma semelhante ao programa original (Ramos et al., 2018), é promovido o desenvolvimento de estratégias psicológicas para que o Indivíduo possa compreender o surgimento das respostas negativas, por reação ao seu diagnóstico de VIH. Tal como no programa original (Ramos et al., 2016), a psicoeducação é concebida consoante as necessidades do Indivíduo e numa lógica não apenas de aquisição de conhecimentos ou competências, mas sobretudo ao nível dos cuidados de saúde de literacia no VIH (i.e. fornece informação de onde pode obter informação, o que pode ser feito para entender melhor a informação médica e o seu significado, refletir sobre a informação e desenvolver capacidades de tomar decisões). O intuito é ajudar o Indivíduo a criar capacidades para aceder, compreender, analisar e utilizar os conhecimentos e informações sobre VIH/SIDA. Integrando a literacia na própria história e experiência do indivíduo, de acordo com Tedeschi et al. (2018), e, sobretudo porque a resposta ao trauma é sempre individual e única. Atividade: • “Cartões de emoções” – É solicitado que a cada participante que selecione dois a três cartões entre os cartões apresentados. Cada um dos cartões apresentam palavras escritas que especificam emoções, sentimentos e reacções (i.e. “apoio”, “incerteza”, “angústia”, “conforto”, “vulnerabilidade”, “felicidade”, “medo”, “tristeza”, “alegria”, “preocupação”, “revolta”, “compaixão”, “valorização”, “dor”, “insegurança”, “sofrimento”, “equilíbrio”, “tranquilidade”, “ânimo”, “força de vontade”, “esperança”, “raiva”, “coragem”, “desesperança”, “luta”, “desânimo”, “culpa” e “solidão”) que podem ser percecionadas como positivas e/ou negativas. Cada participante é convidado a partilhar uma reflexão sobre a sua experiência de receção do diagnóstico VIH por via da selecção de um cartão à escolha, explicando o motivo daquela emoção, sentimento ou reacção selecionada. Em cada resposta de cada participante procura-se explorar, sem ser demasiado evasivo, como a experiência de receção do diagnóstico VIH abalou a “identidade” e a percepção de “futuro” (conforme referencia de Calhoun & Tedeschi, 2013). A partilha íntima entre os participantes de sentimentos e informações pessoais, visa estimular o desenvolvimento de intimidade no processo grupal (Reis & Shaver, 1988). Guia de sessão: 1) A sessão inicia-se com uma pequena introdução sobre as regras de participação no grupo, nomeadamente as questões de segurança, confidencialidade, anonimato das informações e experiências a partilhar no grupo, sendo também explicado o porquê de ter que ser um grupo fechado). 2) São distribuídas algumas informações, contactos, links úteis e direitos relacionado com o VIH. 3) O investigador que coordena a sessão apresenta-se como “especialista” de CPT no VIH (sendo benéfico segundo Calhoun & Tedeschi, 2013) e convida todos os participantes a apresentarem-se. Seguidamente é proposto uma dinâmica para que todos se apresentem, à semelhança de Pomeroy, Rubin & Walker (1996). Especificamente: (i) dizer o nome, há quanto tempo vivem com infecção VIH, (ii) o papel do VIH tem na sua vida hoje e (iii) qual a expectativa de participarem no grupo. 4) É desenvolvida a atividade “Cartões das emoções”, culminado com uma reflexão conjunta em grupo acerca da dicotomia das emoções no VIH. 5) É aplicado a medida de auto-relato sobre crenças básicas para todos os participantes responderem (Calhoun & Tedeschi, 1999).
2 ^a	Tema: Facilitar a divulgação e comunicação emocional

Sessão	Tal como no programa original (Ramos et al., 2016), procura-se que por via de uma atividade reflexiva em grupo estimule-se o desenvolvimento de comunicação mais assertiva e de forma mais congruente com a expressão emocional e experiências associadas com a própria infecção VIH. São utilizadas as medidas de DDI e Opener Scale, tal como no programa original (Ramos et al., 2016). Actividade: - “Cartões de comunicação” – São apresentados e discutidos em conjunto, dez conjuntos de cartões que descrevem situações de comunicação que podem ser comuns na vivência com VIH. Os participantes são convidados a escolher entre as opções apresentadas e a refletirem sobre os comportamentos e consequências, quer positivos como negativos. Cada participante deve explicar a situação que escolheu e pela qual passou ou está a passar (i.e. porque é que escolheu aquele conjunto de cartões e não outro). A seleção das temáticas de comunicação abordadas nos cartões, foram adaptadas à população HIV. Por exemplo, na primeira questão (<i>“Revelar o estatuto serológico a pessoas próximas”</i>) teve-se em atenção a relação entre estigma e autorrevelação documentada na literatura, onde é especialmente destacada a vulnerabilidade das PVV a sentimentos de ódio e pensamentos negativos acerca de si próprias, bem como a tendência a isolamento (Crandall & Coleman, 1992; Lewis, 1998; Simbayi et al., 2007). De igual modo teve em atenção também a relação entre auto-estigma e o acesso a apoio social (Kamen et al., 2016). Na segunda e quarta questão (<i>“Revelar a toma de medicação antirretroviral ao parceiro/a afetivo-amoroso”</i> e <i>“Não consigo suportar os efeitos colaterais da medicação antirretroviral. Fico/a com muitas náuseas, tonturas e sinto-me muito prostrado/a”</i>) teve-se em especial atenção a evidência sobre a dificuldade do processo de autorrevelação do estatuto serológico a parceiros(as) afetivo-amorosos(as), bem como o impacto deste no ajustamento físico e psicológico das PVV que podem conduzir a uma inautenticidade sexual com várias consequências, nomeadamente ao nível do surgimento de comportamentos de risco (Sarahmona et al., 2013; Huntingdon et al. 2020). Na terceira questão (<i>“Revelar o estatuto serológico à Entidade Patronal, porque preciso de faltar um dia/ou meio dia para fazer análises e/ou consultas”</i>) teve-se em conta alguma evidência sobre a relação entre estigma antecipatório e relações laborais (Kalichamn et al., 2009; Lightner et al. 2021). Na quinta questão (<i>“Tenho dificuldades em ter relações sexuais desde que iniciei a toma da medicação antirretroviral”</i>) foram tidas em atenção evidência empírica de alguns aspectos sobre a adaptação à medicação e eventuais problemas que podem ocorrer em paralelo com o VIH ao nível de disfunções sexuais (De Vincentis et al. 2021). Para maior detalhe consulte o (Anexo 5) Guia 1) Realização da atividade dos “Cartões de Comunicação”. Ao longo da atividade desenvolvida, e, de acordo com aquilo que são as necessidades individuais de cada participante, aproveita-se e trabalha-se simultaneamente aspectos sobre a percepção de comunicação (por e.g. que a comunicação é um processo imperfeito, com código, mensagem, enviosamentos da perceção, facilitadores de comunicação), estilos de comunicação (com maior ou menor respeito e transparência, i.e. assertivo, agressivo, passivo ou manipulador), tendo presente o enquadramento teórico de Bower & Bower (1976). No final da atividade e antes de terminar, sugere-se uma reflexão conjunta sobre as noções do mundo que cada uma das questões (5) da atividade, tendo por base o quadro teórico de Van Deurzen-Smith (1988) e no contexto de VIH de Millton (1994). 2) São aplicadas as medidas de DDI e Opener Scale (Kahn et al., 2001; Miller et al., 1983; Gore et al. 2006; cit Ramos et al., 2016).
3ª Sessão	Tema: Prática de capacidade de auto-regulação emocional Tal como no programa original (Ramos et al., 2016), é estimulado que os participantes desenvolvam uma melhor adaptação e gestão de stress de emoções, mas desta feita associado ao VIH. Especificamente, é explicado aos participantes o que é o stress

	e o coping, bem como são exploradas algumas situações relacionadas com o VIH que podem provocar o surgimento de maior stress e desajuste, bem como consequentes ou prováveis reações decorrentes. Atividade: - O psicólogo convida os participantes a indicarem e refletirem em conjunto sobre situações geradoras de stress no VIH. Aproveita em simultâneo para explicar de acordo com as necessidades de cada indivíduo e de forma integrada com a situação identificada como geradora de stress, os conceitos de stress e de coping. - Seguidamente, o psicólogo promover um exercício de respiração abdominal e de relaxamento muscular progressivo. Guia: - O psicólogo faz uma breve explicação sobre os conceitos de Stress e Coping, promovendo em simultâneo uma reflexão em conjunto com o todo o grupo sobre as questões: “O que é o stress?”, “O que é o coping?”, “Quais os impactos do stress no VIH?”, “Quais são alguns dos fatores de stress identificados por algumas pessoas que vivem com VIH?” - O psicólogo promove também uma pequena reflexão sobre as estratégias de coping no VIH; - Técnica de relaxamento muscular progressivo.
4ª Sessão	Tema: Receios e preocupações relacionado com o VIH O acesso à experiência de vulnerabilidade, é, segundo Calhoun & Tedeschi (1999), uma oportunidade para o surgimento de uma visão própria enquanto “sobrevivente” ao invés de “vítima”, bem como, o desenvolvimento de “força” psicológica. Nesse sentido, é facilitada uma reflexão em grupo sobre os receios e preocupações de viver cronicamente com o VIH. São referidos alguns tópicos gerais de receios e preocupações como: “os estereótipos dos anos 80/90 das populações que viviam com VIH”, “os receios de ter que revelar o seu estatuto serológico e de por isso recear também passar vergonha, ou ser-se rejeito/a e/ou discriminado/a, e não saber como lidar com essa situação”, “os receios dos efeitos secundários da medicação antirretroviral”, “os receios da reinfeção e o contágio a parceiros/as íntimos/as”, “os receios de voltar a confiar nas relações afetivas”, “os receios da evolução da infeção, da SIDA e o confronto com a finitude”, “os receios da liberdade e autorresponsabilidade que a indetectabilidade da terapêutica antirretroviral oferece”, entre outros que podem e devem surgir de forma individualizada e de acordo com as necessidades individuais de cada participante. Em paralelo com a reflexão é promovido um forte ambiente de empatia, aceitação positiva incondicional e auto-validação/auto-aceitação. Tal como Ramos et al., (2016), são explicados os conceitos de ruminação intrusiva e deliberada, bem como de reestruturação cognitiva, e, são introduzidas técnicas de monitorização dos pensamentos e de mindfulness. Atividades: - Terapia Comportamental Emotiva Racional (REBT): a REBT, com eficácia também demonstrada nas PVV (Surilena et al., 2014), é utilizada, à semelhança do programa de Ramos et al., (2016), no intuito de oferecer aos participantes a possibilidade de identificarem os pensamentos intrusivos e a transformá-los em pensamentos deliberados. - Mindfulness: É promovida a prática de um exercício de mindfulness, como uma técnica que pode ser complementar à reestruturação cognitiva, tal como Ramos et al., (2016), que tem demonstrado benefícios também em termos imunitários para as PVV (Gonzalez et al., 2016; Riley & Kelichman, 2015).
5ª Sessão	Tema: Equilíbrio entre ganhos e perdas após o surgimento do VIH Promover uma reflexão acerca da própria história da vivência com VIH, facilitando em simultâneo a identificação e equilíbrio entre as experiências sentidas como positivas ou negativas, bem como os ganhos e as perdas. Atividades: - Balanço de Ganhos e Perdas e Linha da Vida no VIH: o exercício de Balanço de

	Ganho e Perdas é integrado no exercício da Linha da Vida sobre a história do diagnóstico e vivência com VIH até ao dia de hoje. Cada participante é, à semelhança de Ramos et al., (2016), convidado a identificar perdas e ganhos, mas em experiências importantes deste do momento da receção do diagnóstico VIH até ao dia de hoje.
6ª Sessão	Tema: Construção de uma narrativa pessoal coerente Promover a construção de uma narrativa pessoal coerente, para desenvolver sentido de compreensibilidade acerca da experiência com o VIH (Martela & Steger, 2016), integrando-o ao longo da própria história de vida. É aplicada a técnica de escrita narrativa de Pennebaker & Bell (1986), com as orientações de Pennebaker (2010), tendo em atenção anteriores aplicações já testadas em PVV (Carrico et al., 2015; Rivkin et al., 2006). Actividades: - Desafio às crenças fundamentais: cada participante é convidado a escrever sobre as crenças que tinham antes e depois do seu diagnóstico com VIH; e à semelhança com Ramos et al., (2016) o intuito é facilitar uma reflexão sobre o impacto da experiência própria na mudança das crenças; - Escrita Expressiva: É facilitada uma reflexão e debate sobre o tema tendo por base alguns contributos de (Amos, 2015), sendo explicado seguidamente a técnica de escrita expressiva e depois todos participantes são convidados a realizar a tarefa de escrita durante uma semana. São reforçados os aspetos de confidencialidade. É igualmente explicado que o material de escrita deve ser trazido para a sessão seguinte.
7ª Sessão	Tema: Desenvolvimento de novos valores e prioridade da vida Promover a ampliação do processamento cognitivo a respeito dos valores, crenças e prioridades da vida, consequente da redefinição coerente com o VIH na identidade, na relação com os outros e com o mundo em geral. Actividades: - Reflexão sobre os princípios da vida: os participantes são convidados a refletir acerca dos seus valores e crenças limitadoras e potenciadoras, de antes e após o diagnóstico, e a adequar esses princípios a objetivos de vida que são mais congruentes com a atual realidade que vivem com o VIH.
8ª Sessão	Tema: Corpo no VIH É promovida uma reflexão em individual e depois em grupo acerca da perceção sobre o corpo com VIH. São discutidas crenças e promovida a reestruturação cognitiva de forma a promover uma perceção sobre o corpo com VIH mais ajustada à realidade. São discutidas algumas experiências e conhecimentos sobre os impactos da medicação antirretroviral sobre o corpo com VIH.
9ª Sessão	Tema: Redefinição de objetivos de vida É facilitado a redefinição de objetivos de vida integrados na nova narrativa de vida pessoal. Os participantes são convidados a uma reflexão sobre os objetivos de vida e para que aja uma redefinição, quer seja para manter os mesmos objetivos, mas de forma diferente (adequada às suas capacidades e identidade) ou para mudarem os objetivos. São aplicados os questionários para realizar a segunda avaliação. Actividades: - “Redefinição de objetivos de vida”: é facilitado a todos os participantes o preenchido de um questionário sobre os objetivos e plano de acção para concretização desses mesmos objetivos. Adicionalmente, é feita uma breve explicação sobre a técnica de resolução de problemas pelo psicólogo.

Anexo F – Guião de intervenção

Guia para Intervenção em Grupo

Guião da Primeira Sessão: Reações individuais como respostas ao diagnóstico VIH

Palavra-chave da sessão: reacções ao diagnóstico de VIH

Tarefas:

(*solicitar a todos os participantes que ainda não entregaram as análises do VIH que o façam e que indiquem o nome dos medicamentos VIH que tomam)

1º Começar a sessão com a explicação de:

– Objetivo do Grupo (i.e. é um grupo como intuito psicoterapêutico para promover crescimento pós-traumático e melhor ajustamento psicológico no VIH, mas é também um projecto de investigação-intervenção, para criar e desenvolver materiais de apoio psicológico que possam apoiar a clínica e outras pessoas que vivem também com VIH). Especificando alguns objetivos são:

- A promoção de uma melhor compreensão sobre o que é o VIH;
- Possibilitar a expressão de emoções, bem como de experiências que estejam relacionadas com o diagnóstico de VIH e que seja difícil expor com outras pessoas;
- Estimular a partilha de experiências e promover a facilitação de gestão de situações;
- Facilitar a promoção de estratégias psicológicas com o intuito de promover uma melhor gestão de emoções relacionadas com o diagnóstico de VIH, uma comunicação mais adequada para com os outros e para com o próprio(a), uma integração da experiência do VIH na experiência de vida, a vivência com a cronicidade do VIH e os desafios no futuro;

– Recordar a explicação dada aquando da entrevista sobre a duração, periodicidade e horário do grupo

– Abordar as Regras de Funcionamento do Grupo:

- O grupo tem um formato fechado, o que significa que os participantes são sempre os mesmos;

- Qualquer participante, por algum motivo, poderá faltar alguma das sessões sem que isso não lhe retire o direito a participar nas seguintes. Deverá avisar o moderador, se possível, de que vai faltar a sessão.
- Os participantes podem desistir da participação no grupo psicoterapêutico, a qualquer altura. Mas, reforça-se a importância de conseguirem estar presente nas oito sessões, por forma a observar-se melhorias terapêuticas.
- Todos os participantes são livres e é suposto (se for o seu desejo) em partilharem as suas vivências e experiências com o seu vivido com VIH;
- Deve haver respeito mútuo entre todos;
- As sessões vão ser semanais, sempre no mesmo horário;
- A duração das sessões não pode ir além de 120 minutos;
- O que se conversa na sessão é confidencial e fica na sessão;
- O objetivo é promover estratégias psicológicas que possibilitem uma melhor gestão emocional em relação ao VIH, bem como os desafios futuros.
- Cada sessão vai ter um tema específico;

2º Clarificar que cada sessão, com o tema específico, vai ser também simbolizada por uma palavra-chave;

3º Introdução do psicólogo e de todos os membros que constituem o grupo (i.e. limitar a apresentação em temas, especificamente para:

- nome pelo qual gosta de ser chamado(a),
- há quanto tempo vive com infecção VIH,
- qual o papel do VIH na sua vida hoje
- e qual a expectativa de participar no grupo.

4º Apresentar e explicar as palavras-chave da primeira sessão: reacções emocionais ao diagnóstico de VIH

5º Questionar se os membros do grupo sabem o que são emoções e escrever a pergunta no flipchart (“O que são emoções?”)

6º Esclarecer resumidamente o conceito de emoção e correlacionar com a recção do diagnóstico VIH e vivência com a infecção VIH.

- mostrar as definições de emoções;

- questionar os membros do grupo sobre: “O quê que acham que aparece primeiro? As emoções, os pensamentos, a ativação fisiológica ou os comportamentos?”
- explicar a diferença entre emoções e sentimentos, em que sentimentos implica uma reflexão mais profunda com um “filtro” cognitivo, e são muitas vezes secundárias a processo de aprendizagem social (por e.g. a vergonha, a culpa, o julgamento, etc...).
- esclarecer que o diagnóstico de VIH e na própria experiência de vivência com VIH, existe uma elevada tendência para surgirem reacções diferentes a essas vivências com vários níveis de impactos emocionais, sejam eles negativos, mas também positivos, como neutros. Assim sendo, solicito que cada membro do grupo, que selecione, por via de cartões (apresento os cartões), três emoções que após reflexão considerem que ilustram a experiência individual com o VIH (reforçar que não devem evitar selecionar as emoções ou cartões, mas positivos ou negativos, mas sim as os cartões que ilustrem bem as emoções que sentem verdadeiramente. Reforçar que este é o local e o espaço seguro para se permitirem a expressão das emoções e dos sentimentos vividos).

Plano de trabalho para atividade:

Primeiro: disponibilizar os cartões com as emoções e os sentimentos sobre a experiência com o VIH

Segundo: Cada membro do grupo seleciona três cartões e deve indicar para todos os membros o que selecionou

Terceiro: (no flipchart) escrever as emoções e sentimentos que os membros do grupo selecionaram

7º Facilitar uma discussão e reflexão conjunta com e entre os membros do grupo acerca das emoções e sentimentos escolhidos individualmente. O intuito é que se perceba o porquê de se ter selecionado aqueles sentimento e/ou emoções em detrimento de outras disponíveis.

8º Facilitar a aceitação (o início da auto-construção), bem como a validação da experiência auto-empática sobre as reacções negativa da vivência com VIH.

Contextualizar que:

- perante o aumento de stress e/ou de circunstâncias de maior crise (ou risco), é normal a experiência diversificada e múltiplas emoções e sentimentos – não há uma forma certa de ser, nem uma resposta única perante a adversidade/desafio – e todas as emoções fazem parte;
- as emoções e/ou sentimentos negativos, fazem parte da resposta de cada um perante a dimensão que cada um vive perante o VIH – cada um de nós lida da melhor forma que consegue, com todos os recursos que dispõe nesse momento;
- os comportamentos ou as respostas psicológicas são uma consequência reativa à circunstância do receio perante a vivência com a infecção VIH;
- os comportamentos ou as respostas psicológicas não são patologia ou modificações na própria identidade da pessoa que vive com VIH ou SIDA;
- é perfeitamente normal a ambiguidade entre emoções e sentimentos que podem ser positivos e também negativos – porque perante o desafio e a adversidade somos muitas vezes confrontados a sair da nossa zona de conforto psicológico, e isso exige que alteremos a nossa forma de perceber o mundo, o nosso futuro e os que nos rodeiam; e pode inclusivamente conduzir a que mais tarde percebamos que houve proveitos e benefícios ou mudanças que pode-se considerar como positivas na vida das pessoas;

9º Psicoeducação – conhecimentos sobre o VIH, abordando vários temas (e.g. carga indetetável com terapia antirretroviral, VIH e hábitos de saúde versus comportamento de risco, direitos, corpo e intimidade no VIH, suporte de apoio social no VIH)

Plano de trabalho para atividade:

Primeiro: questionar sobre quais são os conhecimentos, bem como preocupações sobre o VIH e SIDA

Segundo: esclarecer dúvidas e reforçar conhecimentos

Terceiro: Oferecer para fornecer informações em livros ou folhetos que esclareçam melhor alguns aspetos mais aprofundados sobre VIH e a SIDA

Quarto: fornece um documento com os contactos e links de apoio.

10º Solicitar o preenchimento do questionário das crenças básicas (Calhoun & Tedeschi, 1999)

11º Apresentar tema que vai ser abordado na próxima sessão;

Materiais da Primeira Sessão

Primeira Sessão: Regras de Funcionamento do Grupo

- a) O grupo tem um formato fechado, o que significa que os participantes são sempre os mesmos;
- b) Qualquer participante, por algum motivo, poderá faltar alguma das sessões sem que isso não lhe retire o direito a participar nas seguintes. Deverá avisar o moderador, se possível, de que vai faltar a sessão.
- c) Os participantes podem desistir da participação no grupo psicoterapêutico, a qualquer altura. Mas, reforça-se a importância de conseguirem estar presente nas oito sessões, por forma a observar-se melhorias terapêuticas.
- d) Todos os participantes são livres e é suposto (se for o seu desejo) em partilharem as suas vivências e experiências com o seu vivido com VIH;
- e) Deve haver respeito mútuo entre todos;
- f) As sessões vão ser semanais, sempre no mesmo horário;
- g) A duração das sessões não pode ir além de 120 minutos;
- h) O que se conversa na sessão é confidencial e fica na sessão;
- i) O objetivo é promover estratégias psicológicas que possibilitem uma melhor gestão emocional em relação ao VIH, bem como os desafios futuros.
- j) Cada sessão vai ter um tema específico;

Primeira Sessão: Lista de contactos e links úteis (Psicoeducação)

VIH/SIDA: Entidades de Apoio no VIH/SIDA

Lisboa (Margem Sul, Setúbal, Concelho e arredores)

Caritas Diocesana de Setúbal	Praça Teófilo Braga, 13, Apartado 394 2901 – 901 Setúbal	265 50 90 80 geral@sfxavier.caritas-setubalcom
GAT (Setúbal) Grupo de Ativistas em Tratamento	Avenida da Bela Vista, nº 28 D (entrada pela rua do Moinho, nº 10) 2910 – 421 Setúbal	910 990 777
GAT (Lisboa) Grupo de Ativistas em Tratamento	Avenida Paris, 4 – 1º direito, 1000 – 228 Lisboa	210 967 826 geral@gatportugal.org
Abraco-Lisboa	Largo José Luis Champalimaud, nº 4 A 1600 – 110 Lisboa	217 997 500 geral@abraco.pt
Fundação Portuguesa	Edifício Central da Graça,	213 540 000 / 800 21 31 40 (número

Contra a Sida - Lisboa	Praça António Sardenha, nº 9 – 1º 1170 – 028 Lisboa	verde) caoj.lisboa@gmail.com
Liga Portuguesa Comunidade Contra a Sida – Lisboa	Rua do Crucifixo, nº 40, 4º Esq. 1100 – 183 Lisboa	213 479 376 info@ligacontrasida.org
Associação Positivo	Rua David Sousa, 13 R/C A-B 1000 – 105 Lisboa	211 929 925 info@positivo.org.pt
Médicos do Mundo – Lisboa	Rua Almirante Sarmiento Rodrigues, Lote 9, piso 0, Loja Esquerda, 1900 – 269 Lisboa	964 444 766 Mdmp-lisboa@medicosdomundo.pt
Passo a Passo – Associação de Ajuda Psicossocial	Av. Ceuta Norte, Lt. 8, Loja 2, 1350 – 410 Lisboa	213 622 793 / 961 564 648 passoapasso@sapo.pt
Ser+ (Cascais/Oeiras) Associação Portuguesa para a Prevenção e Desafio à Sida	Rua André Homem, Edifício Ser+, nº 60, 2750 – 783 Cascais	214 814 130 214 814 139 sermais.org@sermais.pt
Centro Comunitário da Paróquia de Carcavelos	Av. Do Loureiro, 394 2775- 599 Cascais	214 578 952 geral@centrocomunitario.net
Fundação A Barragem (Cascais)	Travessa Eng.º José Ulrich, 15 – Cave dtª, 2750 – 460 Cascais	214 823 650 Psi.fpeptt@gmail.com
AHSeAS – Associação Humanitária de Saúde e Apoio Social	Praça do Relógio, nº 11 A, Rinchoa 2635 – 457 Rio de Mouro	211 395 124 / 962 791 725 cristinamora@ahseas.pt
AJPAS (Amadora/Sintra) Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde	Praceta Bento de Moura Portugal, Bairro Girassol, Venda Nova, 2700 – 109 Amadora	214 746 048 aipas.direccao@gmail.com
Liga Portuguesa Contra a Sida (Odivelas/Loures)	Rua Júlio Borba, s/n 2620 – 101 Odivelas	219 382 541 / 911 500 073 cuidardenos.odivelas@ligacontrasida.org
Passo a Passo (Queluz) Associação de Ajuda Psicossocial	Bairro Almeida Araújo, Moradia, 33, 2745 Queluz de Baixo	214 367 731 / 926 814 782 passoapasso.sintra@sapo.pt

Centro de Anti Discriminação VIH

Linha de Apoio Jurídico e informativo – 910 347 006

geral.cad@vih.pt

CheckPoint Lx

(Rastreio rápido, anónimo, confidencial e gratuito de todas as DST's, incluindo também aconselhamento e referência aos cuidados de saúde. Dirigido a Homens que têm Sexo com Homens)

Marcação de Rastreio – 910 693 158

Travessa Monte do Carmo, 2, 1200 – 277 Lisboa

checkpointlx@gatportugal.org

consulta.checkpointlx@gatportugal.org

Seres, VIH e SIDA

(Primeira e única Associação em Portugal, de e para mulheres que vivem com infecção VIH)

<https://www.seres.org.pt>

Sites informativos Nacionais

- Serviço Nacional de Saúde (SNS) – <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/vih/>
- Direcção Geral de Saúde (DGS) – <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0252017-de-28112017.aspx>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – <https://www.insa.min-saude.pt/relatorio-infecao-por-vih-em-portugal-2022/>
- GAT (docs. Sobre PrEP) – https://www.gatportugal.org/public/uploads/publicacoes/brochuras_prep_tratamento.pdf
- Associação Portuguesa para o Planeamento da Família - www.apf.pt/infecoes-sexualmente-transmissiveis/vih-e-sida

Sites informativos Internacionais

<https://www.coalitionplus.org>

<https://www.aidshealth.org>

<https://www.cdc.gov/hiv/default.html>

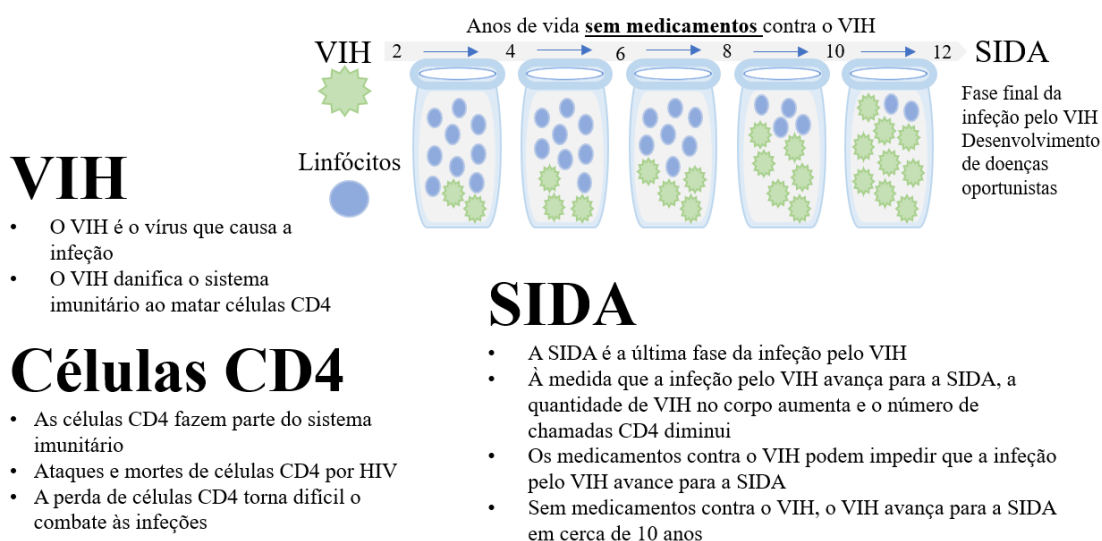
Direitos das Pessoas que vivem com VIH/SIDA

- Têm direito a obter informações acerca do seu processo de suporte ou apoio, bem como do seu estado de saúde;
- Têm direito a ter acesso a toda a própria história clínica sempre que desejar;
- Têm direito a obter informação para a escolha do profissional de saúde, especificamente o médico, bem como do centro hospitalar, e podem, em virtude disso, alterar o médico ou o centro de saúde sempre que assim o desejarem;
- A informação recolhida por via de dados clínicos das pessoas que vivem com VIH/SIDA são confidenciais, sendo uma obrigação por parte dos centros hospitalares protegerem ao máximo essa informação e impedir que outras pessoas possam ter acesso, sem que aja autorização para esse efeito;
- O profissional de saúde, especificamente, o médico, deve assegurar-se de que tem toda a informação relativamente aos testes, e podendo por isso ser capaz de prescrever o diagnóstico da terapêutica, tendo que existir previamente para o efeito uma autorização sempre por parte da pessoa que vive com VIH/SIDA;
- Nenhuma pessoa que vive com VIH/SIDA é obrigada a participar em qualquer que seja o ensaio clínico, se assim não o desejar fazer;

- Nenhuma pessoa que vive com VIH/SIDA pode ser discriminado, seja porque razão for (i.e. género, orientação sexual, etnia, etc...).

VIH e SIDA:

Qual a diferença?



Alguns links de vídeos interessantes:

- 40 anos de resposta à AIDS: <https://www.youtube.com/watch?v=2o5laympdy4>
- O poder da vulnerabilidade por Brené Brown (TEDxHouston) : https://www.ted.com/talks/brene_brown_the_power_of_vulnerability?language=pt

Primeira Sessão: Cartões de Emoções

APOIO

INCERTEZA

ANGUSTIA

VULNERABILIDADE

FELICIDADE

MEDO

COMPAIXÃO

TRISTEZA

ALEGRIA

PREOCUPAÇÃO

REVOLTA

VALORIZAÇÃO

DOR

INSEGURANÇA

SOFRIMENTO

EQUILÍBRIO

Tranquilidade

ÂNIMO

FORÇA DE
VONTADE

ESPERANÇA

RAIVA

CORAGEM

DESESPERANÇA

LUTA

DESÂNIMO

CULPA

SOLIDÃO

Primeira Sessão: Questionário de Crenças

Segue-se uma lista de cinco crenças sobre as quais as pessoas pensam. Por favor coloque um visto à frente do item que representa o que pensava antes de saber que vive com VIH e coloque uma estrela à frente do que pensa actualmente.

Algumas crenças podem ter mudado, algumas podem ser diferentes. Se o que pensa agora não está entre as opções apresentadas, acrescente por favor por escrito a sua explicação.

Crença 1:

Coisas realmente más não vão acontecer comigo

Coisas más são tão prováveis de acontecer comigo como a qualquer outra pessoa

Eu estava muito preocupado(a) que as coisas más pudessem me acontecer

Eu realmente nunca pensei sobre isso

Eu estava confuso(a) sobre isso

Eu tinha/tenho uma explicação diferente

Crença 2:

Eu consegui gerir a maioria das coisas, corrigir a maioria das coisas, e, como resultado, a maioria das coisas irão funcionar bem

A maioria das coisas foram além do meu controlo, mas as coisas irão terminar bem no final

Eu acho que eu não poderia ter feito as coisas bem, e que a maioria das coisas iriam permanecer não resolvidas

Eu realmente nunca pensei sobre isso

Eu estava confusa(o) sobre isso

Eu tinha/tenho uma explicação diferente

Crença 3:

O mundo é geralmente muito agradável, e as pessoas vão ajudar-me se eu precisar

O mundo é um lugar difícil, mas algumas pessoas vão ficar ao meu lado. Tenho sorte de poder contar com essas pessoas

O mundo é um lugar difícil, e é melhor eu não contar com a ajudar de outros

Eu realmente nunca pensei sobre isso

Eu estava confuso(a) sobre isso

Eu tinha/tenho uma explicação diferente

Crença 4:

As coisas acontecem por uma razão, e eu estava certo(a) acerca do que era

As coisas acontecem por uma razão, mas eu não era certa do que era

As coisas simplesmente acontecem, não de acordo com qualquer razão ou plano em particular, mas por causa do acaso ou das decisões das pessoas

Eu realmente nunca pensei sobre isso

Eu estava confuso(a) sobre isso

Eu tinha/tenho uma explicação diferente

Crença 5:

O que fiz antes do trauma com o meu tempo e energia é importante e significativo

O que eu fiz antes do trauma com o meu tempo e energia não é importante e significativo, o que realmente não imposta para mim

O que eu fiz antes do trauma com o meu tempo e energia não é importante e significativo, o que realmente me incomodou

Eu realmente nunca pensei sobre isso

Eu estava confuso(a) sobre isso

Eu tinha/tenho uma explicação diferente

Crença 6:

Que outras crenças importantes tinha antes de saber que vive com VIH, e agora? Por favor descreva-as em baixo.

Guião da Segunda Sessão: Facilitar a divulgação e a comunicação emocional

Palavra-chave: comunicação

Tarefas:

1º Começar por explicar as palavras-chave da segunda sessão: comunicação (no VIH).

2º Apresentar o questionário de expressão emocional e solicitar aos membros do grupo o preenchimento individual – especificar que o mesmo vai servir para dar início ao tema da sessão de hoje);

3º Fazer uma breve introdução acerca da relevância da comunicação assertiva no ajustamento e bem-estar do próprio, bem como na relação com os outros, onde se insere também a rede social de suporte:

- Explicar de forma resumida as necessidades e mais-valias em comunicar emoções e sentimentos;
- Explicar de forma resumida o que pode originar uma comunicação deficitária e dar alguns exemplos com os slides sobre os profissionais de saúde e família no VIH

- Oferecer informações para maior detalhe sobre estilos de comunicação e direitos de comunicação assertiva, por via da entrega de um folheto feito de propósito para o efeito;

4º Facilitar o desenvolvimento de competências de comunicação assertiva

Plano de trabalho para atividade:

Primeiro: distribuem-se os cartões com as várias situações, comportamentos e efeitos tanto positivos como negativos;

Segundo: explicar que cada membro do grupo deve selecionar um cartão que representa uma vivência de comunicação sobre a experiência individual com o VIH;

Terceiro: apresentar as situações no power point e fazer a ligação, entre as situações, comportamentos e efeitos;

Quatro: Promover, com todos os membros, um debate sobre os exemplos, sobre as formas mais adaptativas de comunicar e porquê; procurar estimular outras opções;

5º Role-Play

Plano de trabalho para atividade:

Primeiro: inicia-se um espaço de debate entre todos os membros, solicitando aos membros que queiram partilhar, uma experiência de comunicação que tenham vivenciado individualmente com o VIH;

Segundo: reforça-se que podem haver mudanças positivas e negativas nas relações após o surgimento do diagnóstico de VIH, e que pode-se optar por estratégias mais positivas de comunicação também.

Materiais da Segunda Sessão

Segunda Sessão: DDI e Opener Scale

Segunda Sessão: Informações Uteis sobre Estilos de Comunicação e Direitos

Assertivos (Psicoeducação)

Estilos Comunicacionais

		Respeito pelo Outro	
		Alto	Baixo
Transparência de Linguagem	Alto	Comportamento Assertivo/a	Comportamento Agressivo/a
	Baixo	Comportamento Passivo/a	Comportamento Manipulador/a

Assertividade

O comportamento assertivo traduz-se na capacidade que a pessoa tem em comunicar de forma firme nas interações sociais, defender aquilo que acha que são os seus direitos, expressão de forma afirmativa as suas opiniões, necessidades, sentimentos, emoções, bem como insatisfações. Deve ser capaz também de solicitar alteração de comportamentos a outras pessoas, sem que, todavia, não desrespeite os direitos e necessidades dessas mesmas pessoas (Bandeira & Ireno, 2002).

Cada pessoa possui a sua própria sensibilidade para reagir de forma individualizada às mais diversas situações, sem que isso represente que é melhor ou pior que qualquer outra pessoa. Todos temos:

- capacidades para expressão emoções e sentimentos negativos e positivos;
- capacidades para receber e oferecer elogios.

Passivo

O comportamento passivo por norma traduz-se por ser submisso, um pouco “apagado”, desvalorizando-se em ser medida na relação com os outros. A pessoa que apresenta um comportamento passivo, por norma raramente apresenta-se em desacordo. Tem imensa dificuldade em dizer “Não”, sobretudo em resposta a um pedido que lhe tenha sido apresentado. Evita conflitos. Ignora os seus direitos, as suas emoções, pensamentos e sentimentos, e por essa razão, não os expressa ou respeita.

Apresenta um discurso como se não pudesse ou conseguisse fazer nada por si própria e nem pelos outros.

Por vezes, o comportamento passivo pode originar o desenvolvimento de sentimentos negativos sobre si próprio.

O desconhecimento ou o evitar conhecer os desejos, os interesses, os pensamentos, bem como das necessidades dos outros no comportamento passivo, pode originar a construção de uma comunicação deficitária, conduzindo a uma deterioração da relação com os outros.

O comportamento passivo, pode originar uma perda de respeito individual, bem como o desenvolvimento de um sofrimento psicológico pessoal.

Manipulador

O comportamento manipulador caracteriza-se por usar outros para alcançar os seus fins, realizando-o de modo não “explícito”. Por norma, atua por interposta pessoa, ocultando os verdadeiros objetivos. Há uma certa tendência a simular, dissimular, insinuar e culpabilizar. Tende a distorcer a informação recebida, fazendo-o de forma ajustada aos seus objetivos.

Agressivo

O comportamento agressivo caracteriza-se por ter como principal objetivo dominar outras pessoas, valorizar-se em detrimento de outras pessoas, ignorar, bem como desvalorizar continuamente o que os outros dizem ou fazem.

Direitos Assertivos

São um conjunto de direitos que permitem a cada um de nós sermos nós próprios, agir e expressarmo-nos como nós próprios, perante os outros. A listagem constitui apenas um auxiliar para cada um de nós construir o seu “guia de acção” na comunicação assertiva. Mas ao fazê-lo teremos obrigatoriamente que aceitar que não são direitos exclusivamente nossos, mas sim, aplicáveis a todas as pessoas com quem interagimos.

1. Eu tenho o direito de ser respeitado e tratado de igual para igual, qualquer que seja o papel que desempenho ou o meu status social.
2. Eu tenho o direito de manter os meus próprios valores, desde que eles respeitem os direitos dos outros.
3. Eu tenho o direito de expressar os meus sentimentos e opiniões.
4. Eu tenho o direito de expressar as minhas necessidades e pedir o que quero.
5. Eu tenho o direito de dizer NÃO e não me sentir culpado por isso.
6. Eu tenho o direito de pedir ajuda e de escolher se quero prestar ajuda a alguém.
7. Eu tenho o direito de me sentir bem comigo próprio sem sentir necessidade de me justificar perante os outros.
8. Eu tenho o direito de mudar de opinião.
9. Eu tenho o direito de pensar antes de agir ou tomar uma decisão.
10. Eu tenho o direito de dizer “Eu não estou a perceber” e pedir que me esclareçam ou ajudem.
11. Eu tenho o direito de cometer erros sem me sentir culpado.

12. Eu tenho o direito de fixar os meus próprios objetivos de vida e lutar para que as minhas expectativas sejam realizadas, desde que respeite os direitos dos outros.

Segunda Sessão: Cartões de Comunicação interpessoal

SITUAÇÃO: Revelar o estatuto serológico a pessoas próximas (e.g. familiares e/ou amigos) _m COMPORTAMENTO: (-) Opto por omitir e só em caso muito extremo é que revelo a pessoas muito próximas Efeito/Resultado: (-) As pessoas próximas a quem revelei estão mais preocupados com o meu diagnóstico COMPORTAMENTO: (+) Opto por não omitir e sempre que acredito que se justifique, revelo a todas as pessoas necessárias Efeito/Resultado: (+) A grande maioria das pessoas a quem revelei, foi uma experiência positiva e sinto-me mais apoiado(a)	SITUAÇÃO: Revelar a toma da medicação antirretroviral ao parceiro(a) afetivo-amoroso _m COMPORTAMENTO: (-) Não conto logo porque receio que ele(a) rejeite. Efeito/Resultado: (-) Ele(a) demonstrou menor confiança em mim, bem como maior preocupação e ansiedade acerca do meu diagnóstico de infeção COMPORTAMENTO: (+) Conto assim que a relação para mim se torne significativa e se possível antes que ele(a) se aperceba da toma diária, para o preparar Efeito/Resultado: (+) Maior confiança recíproca, menor preocupação e/ou ansiedade sobre as questões de transmissão (I=I), fortalecimento da relação
1	2
SITUAÇÃO: Revelar a estatuto serológico à Entidade Patronal, porque precisa de faltar um dia (ou meio dia) para fazer análises e/ou consultas _m COMPORTAMENTO: (-) Não revelo a razão de faltar a ninguém. Falto e depois invento uma desculpa de que estive adoentado(a) em casa Efeito/Resultado: (-) Sou repreendido(a) porque não avisei que ia faltar. Maior preocupação e ansiedade. Mensagem de desleixo e falta de responsabilidade. COMPORTAMENTO: (+) Revelo que necessito de ir ao médico e que tenho indicações expressas para o fazer. Se necessário indico que são exames e que tratei justificação Efeito/Resultado: (+) Menor ansiedade e preocupação com o ter que faltar. É transmitida uma mensagem de maior responsabilidade e respeito à Entidade Patronal.	SITUAÇÃO: Não consigo suportar os efeitos colaterais da medicação antirretroviral. Fico com muitas náuseas, tonturas e sinto-me muito prostrado _m COMPORTAMENTO: (-) Reduzo a toma dos medicamentos ao mínimo para ver se me adapto Efeito/Resultado: (-) Os meus níveis de carga viral aumentam e diminuem as minhas defesas imunitárias. Sinto-me cada vez pior COMPORTAMENTO: (+) Conto ao meu médico infecciosologista como me sinto e tento experimentar uma nova adaptação a outra medicação Efeito/Resultado: (+) Os efeitos colaterais diminuíram. Sinto-me mais forte e capaz de aguardar este período transitório de adaptação à medicação
3	4
SITUAÇÃO: Tenho/tive dificuldades em ter relações sexuais (por e.g. menos desejo ou impulso e alguma dificuldade em atingir o orgasmo) desde que iniciei a toma da medicação antirretroviral _m COMPORTAMENTO: (-) Não conto a ninguém e não procuro ajuda. Resolvo sozinho(a). Não tendo relações ou tendo comportamentos de risco e diminuo a toma da medicação antirretroviral Efeito/Resultado: (-) Há uma maior preocupação e ansiedade nas relações sexuais. Posso ter comportamentos de risco e vir a diminuir a medicação antirretroviral COMPORTAMENTO: (+) Falo com o meu médico infecciosologista e peço indicação para ter consulta com um sexólogo(a). Efeito/Resultado: (+) Com a ajuda de técnicas aprendidas em consulta com o sexólogo(a) deixo de ter dificuldades nas relações sexuais	SITUAÇÃO: Senti-me/Sinto-me triste e isolado(a) com o meu diagnóstico de VIH. Sabia/Sei que o VIH pode ser controlado com a terapia antirretroviral, mas sentia/sinto necessidade de falar e ouvir sobre o que significa viver com VIH _m COMPORTAMENTO: (-) Não revelei/revelo a ninguém o que estou a sentir. Procuro superar sozinho(a) estas emoções, sentimentos e pensamentos. Se precisar de informação consulto a internet Efeito/Resultado: (-) A tristeza e a sensação de isolamento aumentam. Senti/Sinto-me cada vez mais diferente das pessoas que conheço. Sinto-me mal com essa diferença e tenho cada vez menos prazer nas coisas que faço COMPORTAMENTO: (+) Procuru uma ou mais pessoas com quem possa desabafar sobre as emoções, os sentimentos e os pensamentos que me ocorrem por viverem com VIH Efeito/Resultado: (+) Senti/Sinto-me mais leve quando desabafei, menos triste e menos isolado(a). Percebo que posso ser mais e melhor e que essas emoções, sentimentos e pensamentos, que são perfeitamente normais, mas não me definem na totalidade
5	6

SITUAÇÃO: Senti/Sinto como se estivesse a viver um processo de luto de mim próprio. Como se estivesse a despedir-me de uma visão e sensação de um corpo saudável, passando para um corpo doente . COMPORTAMENTO: (-) Não partilhei/partilho a ninguém o que estava a pensar e a sentir. Não questionei o médico infecticologista sobre esta visão que tinha do VIH no meu corpo. Efeito/Resultado: (-) Passei a estar extremamente preocupado com o meu corpo, com os impactos negativos da medicação e com grandes receios sempre que ocorre alguma situação de saúde. Achei/acho sempre que preciso de ter cuidados mais do que reduzi-los COMPORTAMENTO: (+) Partilhei/Partilho o pensamento e sensação que tive/tenho ao médico infecticologista e a uma pessoa próxima que sinto que me pode compreender (i.e. um par e/ou um psicólogo) Efeito/Resultado: (+) Senti-me mais leve por partilhar o que pensava e sentia. Esta partilha ajudou-me não só a sentir-me melhor como o que me devolveram foi informação mais atualizada sobre o que significa viver clinicamente com VIH	SITUAÇÃO: Senti/Sinto-me zangado comigo mesmo(a) porque me ter deixado enganar. Passei/Passo muitas horas a remoer sobre como poderá ter ocorrido a situação de contágio . COMPORTAMENTO: (-) Passei/Passo a duvidar muito das pessoas e das situações. Passei/Passo a procurar verificar sempre se aquilo que me diziam/dizem é mesmo verdade Efeito/Resultado: (-) Deixei de me permitir surpreender com as pessoas e as situações. Sinto-me ainda mais zangado comigo mesmo e não tenho alguma dificuldade em deixar que alguém goste de mim COMPORTAMENTO: (+) Assumo/Assumi que estou/estava zangado(a) e que isso é um direito que tenho/tenho. Procuro deixar de remoer a forma de contágio. Procuro perceber qual a melhor forma de viver com VIH Efeito/Resultado: (+) Compreendo que remoer não serve para quase nada. Aprendo a aceitar e a lidar melhor com a situação
7	8
SITUAÇÃO: Comunicar com o a/o minha/meu companheira/o quais as minhas necessidades e preocupações . COMPORTAMENTO: (-) Opto por não comunicar as minhas necessidades e preocupações Efeito/Resultado: (-) Fico mais preocupado(a) e sinto cada vez mais que acumulo várias preocupações e necessidades sozinho(a) COMPORTAMENTO: (+) Opto por comunicar as minhas necessidades e preocupações Efeito/Resultado: (+) Sinto-me mais aliviado(a). Sinto que posso partilhar as minhas necessidades e preocupações. Sinto-me menos sozinho(a)	SITUAÇÃO: Comunicar alterações da minha auto-imagem e de como perceciono o meu corpo em relação com os outros . COMPORTAMENTO: (-) Opto por não partilhar e não comunicar o que perceciono Efeito/Resultado: (-) Sinto que cada vez mais acumulo este sentimento de alterações da minha auto-imagem e a forma como perceciono o meu corpo COMPORTAMENTO: (+) Opto por partilhar o que sinto a alguém de confiança e num ambiente seguro Efeito/Resultado: (+) Sinto que partilhei o que sentia e com a percepção também do outro, consigo também atualizar a minha auto-imagem
9	10

Guião da Terceira Sessão: Prática de autorregulação emocional

Palavra-chave: autorregulação emocional

Tarefas:

1º: apresentar as palavras-chave da sessão.

2º: clarificar de forma breve o que significa o conceito “stress”; por via de;

– apresentar aos membros do grupo as três questões:

- “O que é o stress?”
- “Qual o impacto que o stress tem no VIH?”
- “Quais são alguns dos fatores de stress identificados pelas Pessoas que vivem com VIH?”

– facilitar uma reflexão e uma discussão entre todos os membros do grupo sobre o tema;

– utilizar um vídeo para clarificar resumidamente o que significa stress;

identificar alguns efeitos físicos, comportamentais, cognitivos, relacionais e emocionais do stress;

– clarificar os impactos que o stress pode ter na adaptação e ajustamento biopsicossocial à vivência com VIH;

– clarificar que o stress também tem um valor adaptativo;

3º: apresentar uma breve definição sobre o coping (i.e. o que é, relação com o stress), e promover uma reflexão sobre as diferenças entre as estratégias de coping nas emoções versus problema no VIH;

4º : Facilitar uma reflexão entre todos os membros do grupo acerca de uma eventual ligação entre os agentes/fontes de stress identificados por algumas pessoas com VIH e as estratégias de coping que se podem adotar para fazer face;

5º: Apresentar estratégias de auto-regulação e treinar com os membros do grupo.

6º : Oferecer um folheto com a identificação do Modelo ABC para todos os membros ficarem com essa ferramenta adicional;

Materiais da Terceira Sessão

Terceira Sessão: Prática de Respiração Abdominal: Orientações

1. Posicionem-se de forma confortável, seja sentados(as) nas cadeiras ou deitados(as) nos colchões no chão. A ideia é não terem qualquer pressão em nenhuma parte do corpo.
2. Coloquem as vossas mãos onde termina a costas, ou seja, no abdómen. Conforme vão inspirando e expirando, devem sentir as vossas mãos em movimento.
3. Devem inspirar para a área do abdómen
4. Se for mais fácil, podem imaginar que a vossa barrica enche ao inspirarem e é como se fossem encher um balão, que depois esvazia quando expiram
5. Procurem respirar de forma calma e sentir os movimentos na barriga a encher e a esvaziar
6. Quando já começamos a sentir que dominamos a técnica, podemos tentar demorar um pouco mais tempo a expirar e a inspirar
7. Quando já conseguimos demorar algum tempo a expirar e inspirar com o controlo da barriga, podemos tentar fazer o dobro do tempo das inspirações, por exemplo, 3 segundos a inspirar e 6 a expirar.

Iniciemos então o relaxamento...

1. No decorrer dos próximos 10 segundos, com os olhos fechado, tentem focar a vossa atenção para algum som que julguem foram da sala ou noutra lugar diferente de onde encontram neste momento...
2. Quem estiver sentado(a) ou deitado(a), procure estar confortável e procure tomar consciência do quê que o seu corpo está a sentir neste momento. Permitam-se sentir os pontos de contacto entre os vossos corpos e a cadeira onde estão sentados ou o colchão sobre o qual estão deitados. Experimentei prestar atenção ao que sentem nos pontos de contacto entre várias partes do corpo, a cabeça, as costas, os ombros, os braços e as

pernas. Demorem-se a experimentar presta a atenção...vamos ganhar consciencialização...

3. Agora, vamos focarmo-nos e centrar a nossa atenção para a respiração que estamos a ter: conforme inspiram o abdómen emerge, e ao expirar o abdómen vai esvaziando e baixando lentamente... a ideia é que nos demoremos mais tempo a expirar, ou seja a encher o abdómen de ar, e nos demoramos menor na inspiração, ou seja, a esvaziar o ar... vamos fazer este exercício durante algum tempo...

4. Agora que já estamos descontraídos, relaxados e confortáveis, passamos à fase seguinte que é permitir e autorizar que todo o copo fique também relaxado, e vamos centrar a nossa atenção para a nossa mão direita. Agora, vamos fechar a mão direita com muita força, o mais possível que conseguirmos. E vamos tentar perceber o quê que sentem quando os músculos da mão e de todo o braço ficam tensos. Vamos concentrar-nos neste sentimento de pressão, de tensão, de mal-estar, que estamos a experimentar...

5. Agora, peço-vos que tentei de uma forma suave, que abram a mão e a deixem cair.

6. Ao deixar cair a mão de forma suave, sobre as pernas ou sobre o colchão, vamos perceber que a tensão, aquele mal-estar ou incómodo, desapareceu do vosso corpo. Vamos largar o pensamento de incómodo e vamos fixar-nos no relaxamento que estamos a sentir agora...vamos permitir estar cada vez mais relaxados... Não fazer nada... estar livre... liberto... Vamos ficar assim alguns instantes...

7. Agora, vamos concentrar-nos em todas as partes do nosso corpo sem ser necessário apertar ou pressionar qualquer parte do corpo. Permitam-se ao máximo ir e ficar nesse sentido de relaxamento total...

8. Agora, vamos novamente concentra-nos na vossa mão direita mas sem qualquer tensão. Foquem-se nos músculos da mão. Permitam-se sentir os músculos relaxados... deixem-se ficar nesse sentimento de tranquilidade. Soltem os músculos da mão o mais possível...percebam os músculos relaxados e muito longos....

9. Agora, concentrem a vossa atenção um pouco mais acima, no vosso antebraço direito... a ideia é que conforme vamos concentrando-nos nos músculos, eles vamos ficando cada vez mais relaxados...e cada vez mais calmos... com mais tranquilidade... Permitam-se dar-se levarem por esse sentimento de relaxamento. Se estiverem a sentir a que a concentração pode estar a divagar, tentem voltar a concentrá-la nos vossos músculos...

10. Agora, sintam que o relaxamento do antebraço direito e que estende até à mão direita e estão completamente relaxados...agora, concentrem-se na mão esquerda, foquem-se nos músculos dessa mão... A ideia é que se sintam a deixá-los ir, cada vez mais soltos...sintam-se cada vez mais tranquilos, mas calmos...

11. Agora, tentem concentrar a vossa atenção para o vosso antebraço esquerdo... Sintam que conforme vão focando a vossa concentração para as várias partes do corpo, os músculos vão ficando cada vez mais relaxados... cada vez mais calmos... cada vez mais tranquilos. Se sentirem novamente que a vossa atenção pode estar a divagar, voltem a concentra-la nos vossos músculos...

12. Agora, vamos deixar escorregar essa sensação que estamos a sentir de relaxamento no antebraço...nos dois antebraços... para os dois braços completamente. A ideia é sentirmos os dois braços cada vez mais soltos...cada vez mais soltos...os dois braços muitos relaxados e tranquilos. Concentrem-se no que estão a sentir...
13. Agora, estamos a sentir os braços completamente relaxados, vamos deixar subir essa sensação para o rosto... vamos sentir todos os músculos do rosto a relaxar...as sobrancelhas, os olhos fechados, a boca, o nariz, as bochechas... Concentrem-se no que estão a sentir no rosto...Os músculos vão ficando mais soltos, relaxados... Permitam-se sentir e ficar nessa leveza...
14. Agora, vamos sentir o pescoço...concentrem-se nos músculos que ligam as costas e a cabeça... Vamos sentindo cada vez mais relaxados....leveza...
15. Neste momento, já temos uma sensação de relaxamento nas mãos, nos braços, no pescoço e no rosto... completamente relaxados...com muita calma...surge uma sensação de bem-estar e tranquilidade... se quiser rir, pode rir... pode sorrir... calmamente....
16. Agora, vamos concentra-nos nos vossos ombros... vamos sentir os músculos a ficarem também cada vez mais relaxados... sentimos as mãos, os braços, o rosto, o pescoço e os ombros relaxados...vamos deixar escorregar para as costas também...os músculos das costas todos relaxados...
17. Estamos a sentir muita tranquilidade... Agora, vamos concentra-nos no vosso pé direito... Concentrem-se nos músculos do pé direito. Concentrem-se em todos os dedos do pé, em todos os músculos dos dedos do pé...
18. Permitam-se deixar ir e ficarem tranquilos, relaxados... sintam um dedo do pé de cada vez... e vão ficando cada vez mais calmos... mais tranquilos...
19. Essa tranquilidade estende-se pelo pé direito, pelas costas, pelos braços e mãos, pelo pescoço, e pelo rosto. Agora, vamos deixar escorregar essa sensação de relaxamento total para a perna direita. Vamos permitir que os músculos da perna direita também fiquem relaxados. Gozem a sensação de tranquilidade e harmonia...
20. Agora, vamos concentra-nos no pé esquerdo...concentrem-se em todos os músculos do vosso pé esquerdo...permitam-se sentir cada vez mais relaxados... sentam os músculos que ligam cada dedo do pé esquerdo... e vão ficando ainda mais relaxados... muito calmos... leves... cada vez mais soltos...
21. Sentem o relaxamento por todo o corpo, pelos pés, pelas pernas, pelas mãos, os braços, o pescoço e o rosto.
22. Todo esse relaxamento dispersa-se por todos os músculos e sentem uma sensação de bem-estar, de harmonia e tranquilidade... Sentem-se suaves e calmos...
23. Agora, vamos deixar chegar a sensação de relaxamento ao abdómen. Concentrem-se em todos os músculos do abdómen e tentem relaxá-lo ao máximo. Permitam-se sentir o relaxamento, a suavidade no abdómen. Gozem essa sensação.

24. Gozem o relaxamento por todo o corpo. Pelos vossos braços e mãos, pelo pescoço, pelo rosto, pelo abdómen, pelas pernas e pelos vossos pés.
25. Agora, concentrem-se no vosso tórax. Vamos fazer o mesmo e deixar que o tórax relaxe. Sentirem-se suaves, calmos, leves... sentirem os músculos todos muito leves e soltos...
26. Gozem o relaxamento todo estendido pelo corpo, pelo tórax, pelo abdómen, pelos ombros, pelos braços e mãos, pelo rosto, pelas pernas e pelos pés. Todos os músculos estão super relaxados...muito suave, muito calmos....
27. Aproveitem esse relaxamento e concentrem-se na vossa respiração, no ritmo da vossa respiração também.
28. Todo o vosso corpo está relaxado e a vossa respiração está também muito relaxada. Usufruam dessa sensação que estão a sentir de serenidade e harmonia.
29. Respirem fundo...Agora, ou vou iniciar uma contagem até “cinco”. Ao vosso ritmo, vamos tentar sair do relaxamento. Trazendo e levando a paz e a harmonia que conquistaram. Essa conquista vai ficar convosco. É vossa.
30. “Um” ...lentamente, com muita calma, vamos libertado o relaxamento. Vamos voltando a ouvir os sons fora da sala ou noutro lugar diferente... voltamos a ouvir os sons externos... Voltamos a sentir a mãos e os braços... mas com calma...
31. “Dois”...lentamente, sentimos agora os pés e as pernas...
32. “Três”... com muita calma, sentimos o tórax, o abdómen e as costas... Vamos voltando... a vosso ritmo...
33. “Quatro”... lentamente, sentimos o pescoço, o rosto e o corpo...
34. “Cinco”... voltamos a ouvir os sons externos... podemos começar a abrir os olhos... saímos do relaxamento, mas em calma e em paz...
35. Agora, espreguicem-se se quiserem... podem bocejar. De olhos abertos ficamos com a serenidade, a calma a tranquilidade que conquistaram.

Guião da Quarta Sessão: Receios e Preocupações relacionado com o VIH

Palavra-chave: Receios e Preocupações relacionados com o VIH

Tarefas:

- 1º: apresentar as palavras-chave da sessão.
- 2º: por via de uma reflexão conjunta, promover um diálogo entre todos os elementos do grupo sobre a vivência crónica com o VIH, bem como os receios e as preocupações inerentes a essa vivência no futuro. Focar a sessão sobre quais as principais

preocupações e receios relacionado com o VIH; formar essa questão ao grupo; se necessário apresentar alguns tópicos de receios relacionados com o VIH;

3º: atuar numa lógica de prática existencial perante os receios e medos relacionados com o VIH, especificamente:

- [empatizar] fazer movimentos de compreensão e reformulação do que é dito pelos membros do grupo, evitando sempre repetir as palavras totalmente do que é dito; e deve haver um movimento de tentar colocar-se na experiência emocional partilhada (ou seja, realizar um movimento do tipo de auto-transposição imaginativo e procurar que o mesmo termine em algo objetivo compreensivo da experiência referida); (algo fluído, exploratório e intuitivo também)
- [aceitação positiva incondicional] implica aceitar sem condição que todos os medos e preocupações, todas as experiências que os membros do grupo partilham, são válidas, permitindo uma direcção para o significado da experiência partilhada;
- [validar] pressupõe fazer uma conclusão conjunta acerca da experiência de medo e preocupação que cada membro do grupo partilhou, procurando gerar uma auto-aceitação não apenas do medo e receio, mas do processo que levou a essa emoção e preocupação;

4º: Mencionar que, após a receção de um diagnóstico de VIH, onde existia a ideia de ameaça à vida e por isso pode ser sentido como uma experiência traumática (porque se acredita na ameaça de morte, ausência de controlo ou debilidade de saúde, seja imediata ou ao longo do tempo, pelos efeitos da medicação ou fraqueza imunológica), que, isto, exige por parte da Pessoa um confronto com os seus limites próprios, quer sejam os limites que existiam antes do diagnóstico, quer sejam os que ainda existem após o diagnóstico e vivência com VIH, ou seja, com a ideia que construímos com as informações e conhecimentos que temos acesso; assim como com as crenças que temos; e que é normal os medos e os receios sobre si próprio, sobre os outros e sobre o mundo em geral.

5º Referir que quando somos confrontados com algo novo, que testa os nossos limites de compreensão de uma nova realidade, que é normal a nossa mente ter a tendência a resumir a realidade agarrando-se às informações mais “fortes” que temos memorizadas do passado. Quando existe um “vazio” é normal que aja a “urgência” em preenche-lo

com significados. Às vezes é mais fácil assimilar melhor o que vem do exterior do que o desafio de sentir e aprender com o que estamos a vivenciar no próprio corpo. É difícil lidarmos bem e aceitarmos que não precisamos e nem conseguimos compreender tudo, e que, por isso, tentamos resumir, e ao resumir, muitas vezes vamos buscar o estereótipo. Agarramos esses estereótipos, porque desafiar os próprios limites para compreender as coisas novas pode fazer-nos ter medos e preocupações acerca do que está pra além dos limites de antes, acerca do nosso próprio futuro, do nosso corpo com o VIH, das nossas relações novamente com confiança depois da experiência de VIH, ou mesmo do próprio mundo que vive muitas vezes ainda uma ideia estereotipada e não experienciada como nós do VIH.

6º: Referir que viver com o VIH pode ser algo que pode ser sentido como “estar afrente do seu tempo” e que isso implica um sentimento de “sobrevivência”. Referir que “sobrevivência” é “força” e que a vulnerabilidade faz parte da força individual que cada um de nós tem que vive com VIH.

7º: referir que para lidar com os receios e preocupações relacionada com o VIH, é incentivado que os membros do grupo identifiquem situações e ou acontecimentos que possam ajudá-los a manterem-se com esperança de uma vida com VIH com bem-estar.

8º: convidar os membros a identificar os pensamentos negativos como hipóteses e não factos, focando/sugerindo que pode haver uma enfatização no carácter irracional no que está a ser pensado – dado que estamos a testar os limites perante a incerteza (se necessário relativizar com os membros mais resistentes – de que isto é apenas um exercício, e que nos limites, estamos apenas a lidar com a imaginação individual de cada um). Convidar os membros a estarem atentos aos pensamentos irracionais que possam ter e a tentarem encontrar alternativas de pensamentos ou estratégias de reflexão. Dar exemplos de estratégias de pensamentos intrusivos no VIH e explicar o que são os pensamentos intrusivos;

8º: Referir que a vulnerabilidade pode gerar alguns sintomas de ansiedade; que a vulnerabilidade no VIH exige que nos adapte-mos ao VIH também; que a vulnerabilidade no VIH exige coragem, e, que a coragem significa “gostar de si próprio”; questionar: “que partes de mim eu gostava antes do diagnóstico que ainda hoje guardo em mim(?)”

9º: objetivamente promover uma atividade de reestruturação cognitiva, por via da substituição de pensamentos negativos, explicando simultaneamente o modelo ABC; em que A no exemplo negativo pode ser “existe uma situação que implica a sensação ou

desejo de querer revelar que a pessoa vive com VIH” e onde B, a crença, e especificamente o pensamento vai uma generalização de que “existe muito estigma associado ao VIH e por isso se contar a esta pessoa, como outra qualquer, o que vai acontecer é rejeitar-me”, e onde a consequência é C “aumentar o sentimento de culpa, de vergonha de maior auto-julgamento”. O pensamento positivo seria, “sim, existe muito estigma, mas isso não signifique que todas as pessoas me descriminem, e sobretudo eu devo ser a primeira pessoa a não fazê-lo a mim próprio, e antes de fazer ou antecipar em pensamento o que vai acontecer, devo questionar-me também porque o quero fazer e porque é importante para mim fazê-lo”. Propor o exercício de:

Plano de trabalho para atividade:

Primeiro: O Pessoa deve identificar a situação, a circunstância, problema ou dificuldade;

Segundo: Seguidamente deve identificar os pensamentos intrusivos ou automáticos que surgem na mente;

Terceiro: Atestar a presença da cognição sobre esses pensamentos;

Quarto: Descrever a relação ou ligação entre os pensamentos e os sentimentos, e eventualmente os comportamentos também, tentando utilizar exemplos singulares;

Cinco: distribuir a tabela de exercícios;

Seis: cada membro é convidado a ler em voz alta a sua tabela e é feita uma reflexão em conjunto com todos os membros

10º: Referir que o exercício de reestruturação cognitiva que fizemos, os participantes podem-no fazer sozinhos, sempre que necessitarem, para o efeito têm como “cabula” a folha que escreveram;

11º: apresentar a prática de mindfulness; referir que a mesma também pode funcionar para modificar o pensamento;

12º: Exercício Mindfulness

13º Indicar a palavra-chave da próxima sessão: balanço entre ganhos e perdas

Materiais da Quarta Sessão

Quarta Sessão: Mapa de Monitorização de Pensamentos

Monitorização de Pensamentos

Situação	Reações físicas (de 1 a 10)	Emoções (de 1 a 10)	Pensamentos automáticos	Pensamentos alternativos	Plano de acção

Quarta Sessão: Instruções para a prática de Mindfulness

Vamos então iniciar o processo de prática de mindfulness...

1. Comece por se sentar de uma forma que para si seja confortável, mas procure ter a coluna direita, deixe os ombros a descansar, a caírem... agora, se se sentir em segurança e confortável, experimente fechar os olhos... procure abarcar ou envolver-se pela experiência do presente, do agora, do estar aqui presente no aqui e agora...

Vamos tentar deixar de lado os pensamentos que podem querer estar a surgir na sua mente neste momento acerca deste exercício... procure abrir mão ou abdicar de todos os pensamentos que podem querer impor-se... sejam pensamentos sobre o exercício, ou sobre o dia de hoje... liberte-se de todos os pensamentos que possam estar a querer surgir na mente sobre o trabalho ou os afazeres da casa, ou qualquer outra coisa que possa estar a surgir...

2. Neste momento, procure unicamente perceber o momento... procure o que está acontecer agora... Procure tomar consciência do que está a sentir, dos barulhos ou sons que está a escutar... das emoções que está a sentir... permita-se sentir-se em paz... com suavidade... e com muita calma... Procure concentrar-se e ter a sua atenção focada no seu corpo agora... no que está a sentir... permita-se sentir e ter a sua atenção apenas sobre o que está acontecer no corpo...

3. Agora, procure tomar consciência da forma como se sentou...da posição como está...tome consciência dos seus pés... foque-se no que está sentir no pés a tocarem o chão, a entrarem e contacto com o chão...nas costas, a cadeira que ajuda e dá suporte para não cair...e, quando sentir já está consciência do que está a sentir pelas costas, foque a sua atenção para um ponto na coluna... imagine como que um ponto da sua coluna...este ponto vai subindo pela coluna do corpo...subindo, subindo na vertical...sinta como se a sua altura estivesse a subir...

4. Agora, procure tomar consciência da sua respiração...preste atenção à forma como o ar entra no corpo...tome consciência do ar a passar pelo nariz ou pela boca... não interfira na respiração, não procure alterar a respiração em nada...apenas permita-se sentir as sensações do ar a entrar no corpo, permita-se sentir o corpo todo a respirar...profundamente e em calma.

5. Agora, procure tomar consciência da inspiração e da expiração... concentre-se no abdómen ou noutra parte do corpo que sente que a respiração tem impacto...com muita calma...muito suavemente... não queira controlar a respiração, procure apenas sentir...

6. Agora, quando sentir segurança, direcione a atenção para a respiração profunda. Se for mais fácil, pode colocar as mãos na barriga para possibilitar que o seu foco e atenção é unicamente para a respiração. Tome consciência do movimento que ocorre na sua barriga que está por baixo das mãos...sinta o ar a entrar na inspiração e o ar a sair da expiração...

7. Agora, vamos iniciar um exercício que se chama “análise do corpo”. Este exercício não tem nenhum objetivo para atingir. Procure da forma que lhe for mais confortável a seguinte instrução: “Direccione a sua atenção para as sensações das diferentes partes do seu corpo e explore essas mesmas sensações enquanto segue as minhas recomendações ao longo deste exercício”.

8. Seguidamente, se não se sentir confortável a fazer todas as instruções que eu vou dar, não tem problema nenhuma, foque-se e concentre-se apenas no que lhe é confortável para si. E lembre-se que a qualquer momento, se lhe for mais confortável, pode respirar fundo e focar-se apenas na sua barriga, como está neste momento a fazer.

9. Agora, quando sentir que está em segurança e confortável, direcione a sua atenção que está na barriga para a parte mais abaixo, indo até ao pé esquerdo e para todos os dedos no pé esquerdo...preste atenção e consciência das sensações que está a sentir neste momento...preste atenção ao dedo maior do pé esquerdo. Se for mais fácil, sinta o dedo grande do pé a bater na meia...permita-se ficar a sentir o dedo e todos os dedos do pé, inclusivamente a base do pé... demore-se tempo a sentir o relevo das texturas do contacto entre o pé e a meia e entre os vários dedos...

10. Agora, quando sentir que está em segurança e confortável, direcione a sua atenção e consciência para a respiração uma vez mais e procure agora utilizar a criatividade, imagine que a respiração pode ser feita de outra forma, por exemplo, direcione e foque a sua atenção para a respiração a surgir do lado esquerdo do corpo, ou seja, desde o pé esquerdo passando por todo o corpo. Imagine a respiração nos dedos dos pés, a percorrer o pé esquerdo e a atravessar o corpo todo. Faça como se conseguisse utilizar a respiração como um veículo da sua atenção.

11. Agora, novamente quando se sentir em segurança e confortável, canalize a sua atenção em direcção ao pé direito... concentre a sua atenção no seu pé direito e em todos os dedos do pé direito...preste atenção e tome consciência de todas as sensações que estão a ocorrer neste momento...foque-se em qualquer sensação...no que está a sentir no dedo maior do pé direito... se for mais fácil, use o dedo do pé para tocar a meia e sentir a meia no pé... agora, sinta também os outros dedos do pé direitos...sinta também a base do pé direito...qualquer sensação no pé direito é bem vinda...

12. Agora, quando sentir que é o seu momento, canalize a atenção novamente para a respiração e com criatividade e imagine que a respiração entra e pode circular de forma diferente, agora o ar circula pelo lado direito do corpo, e vem desde o seu pé direito, passando por todos os dedos do pé direito, e vem e sobe por todo o corpo, sobe até ao seu nariz...

13. Agora, vai procurar alargar a respiração...vai focar-se na respiração a alargar o corpo...vai tomar consciência e focar a sua atenção em cada membro do seu corpo a

alargar com a respiração...e vai expandir a sua respiração e a tensão pelo seu corpo todo...

14. Entretanto, se sente que na sua mente surgem pensamentos, que a mente quer divagar, que por vezes surge alguma distração...não tem problema...se a atenção o foco se desviou da respiração, não tem qualquer problema...a nossa mente por vezes pode fazer isso...Só precisa de voltar a identificar onde a atenção e o foco se dispersou... e com muita calma...voltar a retomar a atenção, sobretudo na respiração... permita-se direccionar a sua atenção novamente para uma parte do seu corpo onde sente que ficou a sua atenção...

15. Se sente que em algum instante a atenção se desviou para outra parte do corpo, seja porque sentiu alguma dor, ou algum desconforto, ou até mesmo se sentiu alguns sentimentos negativos direccionados para si...procure fazer uma pausa...foque então a sua atenção para essa área do corpo e traga a respiração especificamente para essa área que lhe está a causar desconforto...permita que a respiração lhe ofereça algum alívio e tranquilidade...não procure alterar o que está a sentir, ofereça apenas a respiração....se por momentos, começar a sentir que estão a surgir pensamentos sobre o que está a sentir...utilize a respiração e inspire fundo e procure apenas ter a atenção unicamente no que está a sentir no corpo... e pode direccionar a sua atenção para qualquer área no corpo...

16. Prossiga agora pelo corpo todo, conduza a sua atenção para as sensações diferentes nas diferentes partes do corpo...ao mesmo tempo que estamos a chegar ao fim do exercício, procure expandir a sua atenção sobre as sensações do corpo... procure expandir a sua respiração pelo corpo todo... com calma agora, e a seu tempo, quando for confortável para si, o convite agora é respirar fundo e de seguida abrir os olhos.

Guião da Quinta Sessão: Equilíbrio entre ganhos e perdas

Palavra-chave: Balanço Individual

Tarefas:

1º: apresentar as palavras-chave da sessão.

2º: explicar que após a vivência da receção de um diagnóstico VIH sentido como algo potencialmente mortal e transformador da sua visão de si, dos outros e do mundo, a norma é que o sobrevivente (e não vítima! – começar a sensibilizar para a ideia de ser um sobrevivente e não vítima – porque teve que encontrar força para lidar com) tende a realizar um balanço dos acontecimentos, procurando com isso desenvolver uma compreensão e adaptação (com os melhores recursos que dispõe na altura) sobre o sucedido. Repetir a ideia de que em todas as vivências com o VIH é importante o processamento cognitivo, mas também o emocional (e o social – relacional), seja diretamente relacionado com o VIH ou em paralelo com a vivência com VIH no contexto consigo próprio, com outras pessoas ou situações também;

3º: explicar que é comum o sentimento e percepção de aumento ou diminuição de capacidade ou competências nas pessoas que vivem com VIH, quer seja em termos de percepção física, como na relação com os outros e com o seu futuro. Indicar por exemplo o do auto-estigma antecipatório relacionado com o emprego por exemplo. Mostrar mais exemplos com o quadro de “balanço individual: ganhos e perdas”.

4º: convidar os membros do grupo a reconhecer as perdas e os ganhos ao longo da sua história de vivência com o VIH, através do exercício adaptado da linha da VIH;

Plano de trabalho para atividade:

Primeiro: é entregue a cada participante uma folha com o exercício em que consta:

Vamos recorde a história do seu diagnóstico e a vivência com VIH até ao dia de hoje.

1. Assinale na linha em baixo as experiências significativas para si que considera que foram perdas que percecionou após o diagnóstico de VIH até ao dia de hoje;
2. Agora, assinale na linha em baixo as experiências significativas para si que considera benéficas após o diagnóstico de VIH até ao dia de hoje;

Segundo: escrever no quadro:

«Depois do diagnóstico de VIH é comum sentir a necessidade de processar cognitivamente as mudanças que surgiram na sua vida. Prováveis mudanças a nível físico, psicológico, identidade, comportamento, familiar, social e profissional.

Terceiro: no final do exercício é promovido uma reflexão entre todos os membros sobre os benefícios e as perdas;

5º: Facilitar uma reflexão em grupo acerca do balanço individual na identidade que cada membro percebeu. Reforçar que:

– no processo de evolução do trauma, é comum nas pessoas que passaram pela receção de um diagnóstico de VIH como algo traumático, perceberem que não é o VIH que as muda, mas a forma como aprenderam a lidar com o VIH; ou seja:

- que não é o vírus, mas sim a aprendizagem que foi feita para o autocuidado por forma a garantir a indetetabilidade;
- que não são os atos de estigma e/ou discriminação aos quais sobrevivem, mas a força que descobriram e conquistaram em si para aprender mais sobre o que significa viver com VIH e o que podem hoje ensinar a quem não sabe; (salientar que não existe uma forma certa de ser ou de lidar/evoluir com o VIH – que cada um de nós lida com os desafios que tem recorrendo a todos os recursos que dispõe naquele momento e da melhor forma)
- reforçar que se hoje nos sentimos “mais exigentes” nas relações com os outros e que pode ser “mais difícil confiar (partilhar)”, é porque aprendemos aceitar que o VIH faz parte da vida e das histórias individuais; e que é comum também identificar um aumento ou diminuição de capacidades e competências, quer seja em termos físicos ou psicológicos;

– reforçar que todos nós podemos aprender com as nossas experiências, seja negativamente, positivamente, ou as duas coisas; que pressupõe também uma escolha para onde se quer olhar; que as coisas/situações não são estaques e são também o que nós conseguimos fazer com elas;

6º: apresentar a palavra-chave da próxima sessão.

Materiais da Quinta Sessão

Quinta Sessão: Equilíbrio entre ganhos e perdas

Exercício Linha da Vida adaptado à Vivência e Experiência com VIH

Vamos recordar a história do seu diagnóstico e a vivência com VIH até ao dia de hoje.

1. Identifique na linha em baixo assinale as experiências significativas para si que considera que foram perdas que percecionou após o diagnóstico de VIH até ao dia de hoje;
2. Agora, assinale na linha em baixo as experiências significativas para si que considera benéficas após o diagnóstico de VIH até ao dia de hoje;



Guião da Sexta Sessão: Construção de uma narrativa individual

Palavra-chave: Narrativa individual

Tarefas:

- 1º: apresentar as palavras-chave da sessão.
- 2º: é feita uma resumida explicação sobre como é possível encontrar padrões que se retem entre as várias experiências significativas ao longo da própria história de vida, e, que essa percepção de padrão pode motivar à mudança;
- 3º: explicar também que por outro lado, a experiência de VIH pode ser sentida por paradoxos, por representar alterações positivas ou negativas, quer na alteração de padrão, como em termos de identidade ou estilo de vida;
- 4º: explicar que a cronicidade do diagnóstico VIH é um continuum da história de vida da pessoa e que podem surgir a percepção de mudanças em termos de reconsideração da identidade, da reordenação de valores, da redefinição de objetivos, da reconstrução do tempo, da forma como a pessoa se percebe os outros, o mundo e a si própria, ou a diferenciação do VIH de antes e depois do diagnóstico;
- 5º: Facilitar uma reflexão conjunta sobre o que mudou com o VIH, seja logo após o diagnóstico, seja ao longo da experiência com a cronicidade com o VIH;

Plano de trabalho para atividade:

Primeiro: iniciar o debate com duas questões: “Quem sou eu antes, após o diagnóstico de VIH e hoje?” e “O que é importante para mim hoje, após o diagnóstico de VIH e antes do diagnóstico?”; seguidamente apresentar conforme as respostas, algumas questões sobre a reconsideração da identidade, a reordenação de valores e a reconsideração de propósito; especificamente:

– Reconsideração da identidade: Quem sou eu antes, após o diagnóstico de VIH e hoje? Reconheço que adquiri novos conhecimentos, seja de mim, seja da

relação com os outros? Reconheço que tornei-me mais cuidadoso(a) de mim próprio(a) e dos outros? Tornou-se mais fácil comunicar sentimentos? Consigo perceber um sentido mais positivo de mim mesmo(a) depois de começar a adaptar-me ao viver cronicamente com o VIH? Sinto-me mais maduro(a), responsável e com mais paciência do que antes do VIH me ser diagnosticado?

– Reordenação de valores: O que é importante para mim hoje, após o diagnóstico de VIH e antes do diagnóstico? Assumi a responsabilidade de cuidar mais de mim motivado pelo diagnóstico de VIH? Tive alterações no meu comportamento em relação à saúde depois de começar a adaptar-me ao viver cronicamente com o VIH, por exemplo, diminui o consumo de álcool, praticas sexuais mais seguras, aumento de exercício físico ou acesso ao apoio aos consumos dependentes? Tornei-me menos materialista? Invisto mais em relações que realmente são significativas?

Segundo: Conforme as questões forem sendo colocadas, ir desenvolvendo um reflexão e debate entre todos os membros.

Terceiro: facilitar a perceção e compreensão de prováveis mudanças, que na forma como alteraram o seu pensamento, quer nas crenças básicas ou princípios de orientadores de vida, em resultado do historial de vivência com o VIH;

- a) entregar a folha de exercício “crenças básicas e princípios de vida”;
- b) indicar que os membros do grupo devem identificar e escrever algumas crenças importantes que sente que tinham antes de viverem com VIH e que ainda mantêm atualmente;
- c) devem indicar uma lista de crenças que foram mudando ao longo da sua história com o VIH;

6º: Explicar os benefícios da escrita narrativa;

7º: Promover a escrita da história individual, inserido a experiência individual com o VIH e integrado os vários acontecimentos da vida da pessoa.

Plano de trabalho para atividade:

Primeiro: Cada participante é convidado a escrever a sua história individual;

Segundo: Seguidamente, cada participante é convidado a partilhar com o grupo a própria história que escreveu, já com a experiência com o VIH;

Terceiro: destacar a importância da narrativa individual incluir tanto aspetos positivos como negativos, e que ao fazerem-no estão a potenciar uma melhor compreensão, como estão a potenciar o surgimento de outras perceções de mudanças positivas;

7º: Reforçar a explicação do conceito e técnica resumidamente da escrita narrativa;

8º: Explicar a tarefa para casa da escrita narrativa e ler as instruções; (introduzir a novidade se que é possível gravar áudio em substituição da escrita, se for mais

Sexta Sessão: Construção de uma narrativa individual

Instruções para a Escrita Narrativa

“Durante três dias (20 minutos), solicito que escreva acerca da sua experiência com o VIH, num espaço tranquilo não sujeito a interrupções. Escreva acerca de experiências ou acontecimentos relacionados com o VIH que são, para si, mais difíceis de partilhar com os outros. Durante a escrita, explore os seus pensamentos, sentimento e emoções. Ao longo de três dias, poderá optar por escrever acerca do mesmo assunto durante os três momentos de escrita ou escrever sobre assuntos diferentes relacionados com o VIH. Pode, inclusive, relacionar as experiências relativas ao VIH a outros acontecimentos da sua vida (por exemplo infância, relação com os pais, relações próximas ou vida profissional), assim como a interferência do VIH na sua intimidade e/ou sexualidade, nos seus relacionamentos afetivo-amorosos, nas relações familiares, nas relações sociais, etc. Pode também, sentir necessidade de escrever acerca do seu passado, de como gostaria de ser no futuro ou de como é no presente. Mas independentemente da escolha do(s) assunto(s) de escrita, o importante é que explore os seus pensamentos e emoções mais profundos”

Guião da Sétima Sessão: Redefinição dos Valores e Prioridades na Vida

Palavra-chave: prioridades e crenças novas na vida

Tarefas:

1º: indicar que os cadernos de escrita narrativa podem ser entregues e questionar se existe algum membro do grupo que queira começar por partilhar a sua experiência com a escrita narrativa e que todos os participantes podem depois ir acrescentando com a sua experiência também. Ter atenção e referir que:

- só se partilha o que fizer sentido para a própria pessoa partilhar, sendo que pode apenas ser indicado alguns tópicos de forma mais geral ou recordarem conforme foi escrito;
- dar maior ênfase também à experiência de escrita, solicitando aos membros que identifiquem se conseguirem alguns benefícios e desvantagens da

experiência; questionar também se é uma técnica que pensar vir a repetir no futuro;

2º: apresentar as palavras-chave da sessão.

3º: clarificar o que significa a mudança de identidade, valores e crenças no VIH, bem como que estas podem contribuir para a redefinição de objetivos; especificar que:

- pode experimentar-se um auto-reconhecimento de aquisição de novos conhecimentos (nomeadamente sobre o VIH), sobre as relações com os outros e sobre o mundo; que pode haver um maior auto-cuidado em termos de saúde e bem-estar e por isso diminuir alguns comportamentos que podem ser mais prejudiciais (por exemplo o álcool); pode haver uma noção de que o tempo deve ser mais bem aproveitado e por isso pode ocorrer uma redefinição de prioridades e o estabelecimento de novos objetivos de vida;
- explicar que estas mudanças podem ser sentidas em diferentes intensidades de pessoa para pessoa;
- explicar a diferença entre crenças limitantes e crenças potenciadoras; explicar algumas das origens das crenças limitantes;

4º: facilitar uma reflexão sobre o estado atual dos princípios atuais (crenças) de vida e promover o desenvolvimento consciente de novos princípios (crenças) e objetivos mais ajustados à atual realidade com o VIH:

Plano de trabalho para atividade:

Primeiro: convidar os membros do grupo a refletirem sobre os princípios que têm como orientados das suas vidas;

Segundo: ler as instruções do exercício e distribuir as tabelas de princípios de vida;

5º: é promovida uma reflexão com todos os membros sobre o exercício realizado e as diferenças encontradas antes e após o diagnóstico de VIH.

6º: é apresentada a palavra-chave da sessão seguinte.

Materiais da Sétima Sessão

Sétima Sessão: Redefinição de valores e princípios de vida

Tabela de Redefinição dos Princípios de Vida

Questão ou Situação/Acontecimento	Comportamento	Princípios de vida anteriores	Princípios de vida actuais	Comportamento

Guião da Oitava Sessão: Redefinição de Objetivos de Vida

Palavra-chave: Objetivos de vida

Tarefas:

1º: apresentar a palavra-chave da sessão

2º estabelecer uma sequência narrativa entre as questões abordadas na sessão anterior e o tema da sessão atual. Ou seja, em função do surgimento da redefinição dos valores e prioridades da vida corre depois a redefinição de objetivos de vida.

3º facilitar a compreensão do movimento que é necessário fazer em relação aos objetivos de vida, para que aja uma redefinição, quer seja para manter os mesmos objetivos, mas de forma diferente (adequada às suas capacidades e identidade) ou para mudarem os objetivos.

4º explicar os passos para a elaboração de um plano de acção.

5º desenvolver o exercício de estabelecimento de objetivos.

6º explicar a estratégia de resolução de problemas

7º preenchimento questionário das crenças básicas (da 1ª sessão)

8º fazer uma síntese do trabalho de intervenção desenvolvido;

9º solicitar uma opinião aos membros grupo sobre a intervenção e depois convidá-los a preencher o questionário de satisfação

Materiais da Oitava Sessão

Oitava Sessão: Redefinição de valores e princípios de vida

Pode ser utilizado uma das duas tabelas

Exercício – Os meus objetivos...

Objetivo Geral	Objetivos Específicos

Objectivos	Obstáculos/ Barreiras	Capacidades individuais	Etapas (Resolução de Problemas)

Anexo G – Autorização do instrumento da Escala de Stress Percecionado
Escala de Stress Percecionado (PSS-10)
(Trigo, Canudo, Branco, & Silva, 2010)

Solicitação de Autorização

Item enviado

Quarta-feira, 26 de outubro de 2022

Ex.mo. Sr. Dr. Miguel Trigo

Sou finalista de mestrado integrado em psicologia clínica, afeto à unidade William James Center for Research pela realização da minha dissertação para a aquisição de grau de mestre, sob o tema “Avaliação da Eficácia de um programa em grupo para facilitar Crescimento Pós-Traumático e reduzir estíma internalizado em população que vive com infeção VIH”, sob a coordenação de seminário da Professora Doutora Isabel Leal e co-orientação da Professora Doutora Catarina Ramos.

Após consultar o seu artigo sobre o Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa, venho formalmente pelo presente meio, solicitar a sua autorização para a aplicação deste instrumento à amostra específica do estudo supra citada que pretendo realizar.

Na expectativa de uma resposta, subscrevo com as melhores saudações académicas.

Atentamente,

Nuno Tomaz dos Santos

Contacto Directo: 965.201.963

Resposta

Quinta-feira, 27 de outubro de 2022

Caro Dr. Nuno Tomaz dos Santos,

Muito obrigado pelo Vosso interesse e cuidado.

Relativamente ao Estudo das propriedades psicométricas da *Perceived Stress Scale (PSS)* na população portuguesa e respectiva versão portuguesa da Escala (PSS), temos o maior gosto em autorizar a sua utilização e em divulgar a versão que preparámos.

Na página do autor original - Sheldon Cohen, Ph.D - pode-se ler que a utilização da PSS com objectivos de investigação académica ou educacionais, sem fins lucrativos, está autorizada: “*Permissions: Permission for use of scales is not necessary when use is for nonprofit academic research or nonprofit educational purposes. For other uses, please download the following form by clicking [here](https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/scales/index.html)*” [<https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/scales/index.html>]. Nesta ligação terá acesso a muita bibliografia relacionada com a PSS.

Segue em anexo o PDF produzido pelo autor da versão original da PSS e juntamos informação adicional relativa à cotação.

Parabéns pela iniciativa e temática da investigação.

Pelos autores, com o seu conhecimento e do autor original da Escala (em *Bcc*), os melhores cumprimentos.

Miguel Trigo

Anexo H – Autorização do instrumento da Escala de Estigmatização VIH
Escala de Estigmatização para Pessoas que vivem com VIH
(Gonçalves & Maia, 2018)

Solicitação de Autorização

Item enviado

Sábado, 29 de outubro de 2022

Ex.ma. Sra. Doutora Mariana Gonçalves,
Boa tarde.

Sou finalista de mestrado integrado em psicologia clínica no ISPA, afeto à unidade William James Center for Research pela realização da minha dissertação para a aquisição de grau de mestre, sob o tema “Avaliação da Eficácia de um programa psicoterapêutico em grupo para facilitar Crescimento Pós-Traumático e reduzir estigma internalizado em população que vive com infecção VIH”, sob a coordenação de seminário da Professora Doutora Isabel Leal e co-orientação da Professora Doutora Catarina Ramos.

Após consultar o seu artigo “HIV Stigma Scale: Translation and validation of the short version to the Portuguese population”, venho formalmente pelo presente meio, solicitar, se possível, a sua autorização para a aplicação da versão portuguesa de HIV Stigma Scale à amostra específica do estudo supra citado que pretendo realizar.

Na expectativa de uma resposta, subscrevo com as melhores saudações académicas.

Atentamente,
Nuno Tomaz dos Santos

Contacto Directo: 965.201.963

Resposta

Sexta-feira, 6 de novembro de 2022

Caro Nuno

poderá utilizar a escala no seu estudo. Segue em anexo.

Disponha para o que precisar.

Com os melhores cumprimentos

Mariana Gonçalves

Researcher, PhD

Research Lab Victims, Offenders and Justice System |

Psychology Research Centre| School of Psychology

University of Minho



Universidade do Minho

ESCOLA DE PSICOLOGIA
Building the future with Psychology

Anexo I – Autorização para aplicação do instrumento PTGI-X

PTGI-X

(Tedeschi, Cann, Taku, Senol-Durak, & Calhoun, 2017)

Solicitação de Autorização

Item enviado

Sábado, 3 de dezembro de 2022, 9:18 AM

Dear Professor Richard G. Tedeschi,

I am a student of Professor Catarina Ramos and Professor Isabel Leal at ISPA, Lisbon, Portugal.

I am currently doing research for my master's dissertation to obtain a master's degree in Clinical Psychology.

The research I plan to do is to adapt the program to facilitate PTG for women with breast cancer, for the HIV/AIDS population.

After consulting your article about the validation of the PTGI-X, I am requesting your formal authorization to use the PTGI-X, with the objective of translating and adapting it to the Portuguese population and to be able to use it with this sample of people with HIV/AIDS.

Thank you in advance for your help and kindness.

I look forward to hearing from you.

Best regards,

Nuno Santos

(Mobile: 965.201.963)

Resposta

Domingo, 11 de dezembro de 2022, 18:04 PM

You have permission to use the PTGI-X.

You may wish to contact Dr. Catarina Ramos about translation. See attached.

Richard G. Tedeschi, Ph.D.
Distinguished Chair
Boulder Crest Institute for Posttraumatic Growth
Bluemont, VA
www.bouldercrest.org

See my latest publications:

Transformed by Trauma: Stories of Posttraumatic Growth (2020)

Posttraumatic Growth: Theory, Research, and Applications (2018) at
<https://www.taylorfrancis.com/books/9781315527444>

The Posttraumatic Growth Workbook (2016) at
<https://www.newharbinger.com/posttraumatic-growth-workbook>

Anexo J – Análises Fatoriais Exploratórias da Escala de Estigmatização VIH.

Tabela 12*Resultados AFC dos itens da Escala de Estigmatização VIH T1 (N = 42)*

Item	Fator I:	Fator II:	Fator III:
1. Sinto-me culpado/a por ter VIH		0,90	
2. As atitudes das pessoas sobre o VIH fazem-me sentir pior comigo mesmo/a		0,82	
3. É arriscado dizer a alguém que tenho VIH			0,86
4. Eu esforço-me bastante para manter o VIH em segredo			0,66
5. Eu sinto que não sou tão boa pessoa como as outras porque tenho VIH		0,76	
8. Eu tenho muito cuidado antes de decidir a quem digo que tenho VIH			0,80
10. Algumas pessoas evitam tocar-me quando sabem que eu tenho VIH	0,77		
11. As pessoas que eu considero importantes deixaram de me contactar quando souberam que eu tenho VIH	0,90		
12. Eu perdi amigos quando lhes contei que tenho VIH	0,74		
Valor Próprio	4,25	1,38	1,11
% de variância explicada	27,10	25,78	22,02

Nota: Fator = Estigma Personalidade, Fator II = Autoimagem Negativa, Fator III = Preocupações Divulgação.

Tabela 13*Índices de Adequação dos Modelos testados em T1 (N = 42)*

Índices	
χ^2 (GL)	185,159 (36)***
KMO	0,714
GFI	0,841
CFI	0,901
NFI	0,801
RMSEA	0,130

*Nota: *** $p < 0,001$; KMO – Estatística de Kaiser-Meyer-Olkin; GFI – Goodness-of-Fit Index; CFI – Comparative Fit Index; NFI – Normed Fit Index; RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation*

Tabela 14*Resultados da AFC dos itens Escala de Estigmatização VIH T2 (N = 42)*

Item	Fator I:	Fator II:	Fator III:
1. Sinto-me culpado/a por ter VIH		0,86	
2. As atitudes das pessoas sobre o VIH fazem-me sentir pior comigo mesmo/a		0,70	
3. É arriscado dizer a alguém que tenho VIH			0,76
4. Eu esforço-me bastante para manter o VIH em segredo			0,78
5. Eu sinto que não sou tão boa pessoa como as outras porque tenho VIH		0,68	
8. Eu tenho muito cuidado antes de decidir a quem digo que tenho VIH			0,85
10. Algumas pessoas evitam tocar-me quando sabem que eu tenho VIH	0,70		
11. As pessoas que eu considero importantes deixaram de me contactar quando souberam que eu tenho VIH	0,91		

12. Eu perdi amigos quando lhes contei que tenho VIH	0,86		
Valor Próprio	4,25	1,46	0,91
% de variância explicada	26,09	23,97	23,49

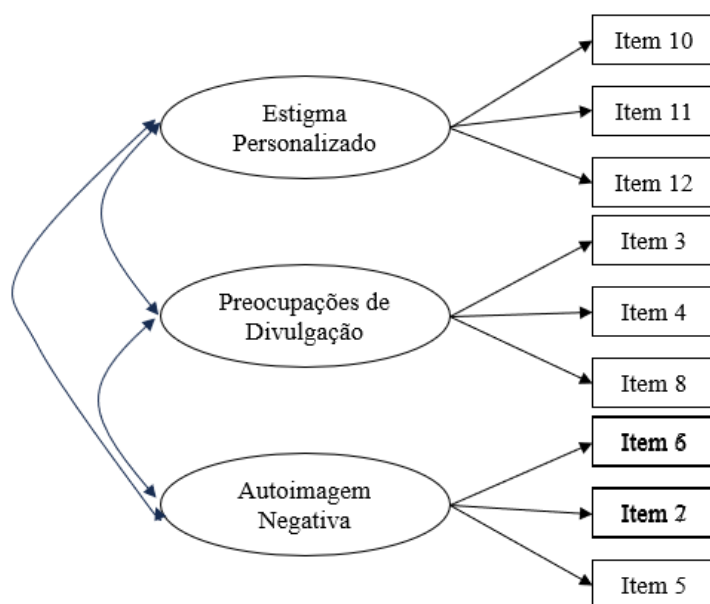
Nota: Fator = Estigma Personalidade, Fator II = Autoimagem Negativa, Fator III = Preocupações
Divulgação

Tabela 15

Índices de Adequação dos Modelos testados em T2 (N = 42)

Índices	
$\chi^2 (GL)$	164,922 (36)***
KMO	0,792
GFI	0,910
CFI	1,000
NFI	0,895
RMSEA	0,000

Nota: *** $p < 0,001$; KMO – Estatística de Kaiser-Meyer-Olkin; GFI – Goodness-of-Fit Index; CFI – Comparative Fit Index; NFI – Normed Fit Index; RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation



Anexo K – Questionário de Avaliação da Intervenção em Grupo

Questionário de avaliação da intervenção em grupo para pessoas que vivem com VIH

Seguem-se um conjunto de afirmações para a avaliação da intervenção em grupo para pessoas que vivem com VIH. Por favor, assinale com uma cruz (X) a alternativa correspondente à sua opinião pessoal. As respostas são anónimas e confidenciais.

Nada	Pouco	Moderado	Muito	Bastante
1	2	3	4	5

Relativamente aos conteúdos da intervenção, considera que:

1- Os conteúdos das sessões foram adequados às suas necessidades	1	2	3	4	5
2- Os conteúdos das sessões foram de fácil compreensão	1	2	3	4	5
3- O tema e os objetivos escolhidos para cada sessão foram adequados à experiência do VIH	1	2	3	4	5
4- Foram abordados todos os temas necessários no contexto do VIH	1	2	3	4	5
5- As atividades realizadas durante as sessões foram adequadas às suas necessidades	1	2	3	4	5
6- As atividades realizadas durante as sessões foram de fácil compreensão	1	2	3	4	5
7- Os conhecimentos que aprendeu serão úteis para futuras situações quotidianas	1	2	3	4	5
8- Irá reproduzir, no seu quotidiano, as atividades que foram desenvolvidas durante as sessões	1	2	3	4	5

Relativamente ao desempenho do terapeuta, considera que:

1- Os conteúdos foram transmitidos, de forma clara e perceptível	1	2	3	4	5
2- As explicações teóricas foram úteis para a sua aprendizagem	1	2	3	4	5
3- O terapeuta foi ao encontro das suas necessidades e preocupações	1	2	3	4	5
4- O terapeuta demonstrou interesse pelas dificuldades individuais e de cada participante	1	2	3	4	5
5- O terapeuta estimulou a participação dos participantes durante as atividades de cada sessão	1	2	3	4	5
6- Durante as sessões foi estabelecido uma boa relação entre a terapeuta e os membros do grupo	1	2	3	4	5

Nada	Pouco	Moderado	Muito	Bastante
1	2	3	4	5

Relativamente aos métodos utilizados, considera que:

1- Os materiais utilizados foram adequados para a dinamização dos conteúdos	1	2	3	4	5
2- Os materiais que foram utilizados foram úteis para o cumprimento dos objetivos	1	2	3	4	5
3- O número das sessões foi o adequado	1	2	3	4	5
4- O tempo de cada sessão foi o adequado	1	2	3	4	5

Globalmente, considera que:

1- Os objetivos foram cumpridos	1	2	3	4	5
2- O desenvolvimento dado à intervenção pareceu-lhe adequado ao seu nível de conhecimento	1	2	3	4	5
3- A intervenção correspondeu às suas expectativas iniciais	1	2	3	4	5
4- A intervenção permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos	1	2	3	4	5
5- A intervenção foi uma mais valia para si	1	2	3	4	5
6- Recomendaria esta intervenção a outras pessoas que vivem com VIH	1	2	3	4	5

Que nível de satisfação global atribuí à sua participação neste grupo de intervenção psicoterapêutica?

Muito baixa 1 2 3 4 5 6 7 Muito elevada

Se deseja acrescentar comentários, sugestões ou críticas adicionais, por favor utilize o espaço abaixo:

Muito obrigado pela colaboração!

Anexo L – Valores de Normalidade, Sku e Ku

Variáveis			Avaliação			Shapiro-Wilk			Sku	ku
						Statistic	Df	Sig.		
CPT	T1	GC				.950	21	.347	-.331	-.771
		GE				.934	21	.164	-.648	-.513
		Amostra Total				.960	42	.142	-.423	-.636
	T2	GC				.972	21	.783	-.259	-.167
		GE				.913	21	.064	-.831	-.162
		Amostra Total				.960	42	.152	-.599	-.074
	Apreciação Vida	GC				.910	21	.054	-.924	.576
		GE				.925	21	.107	-.342	-1.193
		Amostra Total				.916	42	.004	-.604	-.654
Novas Possibilidades	T1	GC				.899	21	.034	-1,002	.713
		GE				.805	21	< .001	-1.953	4,906
		Amostra Total				.857	42	< .001	-1.357	1,645
	T2	GC				.950	21	.347	-.520	-.514
		GE				.918	21	.080	-.157	-1.335
		Amostra Total				.942	42	.034	-.323	-1.016
	Força Pessoal	GC				.944	21	.263	-.452	-.575
		GE				.929	21	.133	-.940	.972
		Amostra Total				.935	42	.019	-.766	.032
Mudança Espiritual	T1	GC				.919	21	.084	-.510	2,197
		GE				.969	21	.704	-.592	-.652
		Amostra Total				.960	42	.147	-.517	11,643
	T2	GC				.916	21	.072	-.902	1,861
		GE				.887	21	.020	-.468	-1,185
		Amostra Total				.898	42	.001	-1,001	1,942
	T1	GC				.913	21	.063	.251	-1.244
		GE				.915	21	.070	-.598	-.652
		Amostra Total				.944	42	.040	-.122	-1,146
	T2	GC				.959	21	.493	-.077	-.514

	Relações Interpessoais	T1	GE	.893	21	.026	-.766	-.575
			Amostra Total	.950	42	.066	-.383	-.830
			GC	.939	21	.205	-.081	-1.327
		T2	GE	.964	21	.596	-.046	-.396
			Amostra Total	.963	42	.183	.011	-.956
			GC	.957	21	.455	-.035	-1.076
Crenças centrais		T1	GE	.932	21	.153	-.293	-1,221
			Amostra Total	.953	42	.081	-.158	-1,175
			GC	.949	21	.322	-.356	-.985
		T2	GE	.939	21	.208	-.514	-.819
			Amostra Total	.943	42	.037	-.419	-.940
			GC	.961	21	.533	-.175	-.550
	Stress percebido VIH – Após Diagnóstico	T1	GE	.909	21	.052	-.850	-.154
			Amostra Total	.960	42	.152	-.599	-.074
			GC	.490	21	< .001	-2,322	4,307
		T2	GE	.664	21	< .001	-1,665	2,117
			Amostra Total	.558	42	< .001	-2.361	.365
			GC	.673	21	< .001	-1.472	1.043
Stress percebido VIH – Hoje		T1	GE	.765	21	< .001	-1.329	1.020
			Amostra Total	.721	42	< .001	-1.358	.873
			GC	.955	21	.426	.316	-.361
		T2	GE	.926	21	.116	-.419	.031
			Amostra Total	.954	42	.090	-.068	-.533
			GC	.880	21	.014	.507	-.586
Percepção de Stress		T1	GE	.884	21	.018	.692	-.196
			Amostra Total	.877	42	< .001	.575	-.508
			GC	.970	21	.743	.501	.972.
		T2	GE	.860	21	.006	.501	.972
			Amostra Total	.962	42	.178	-.453	-.526
			GC	.954	21	.407	.501	.972
		T1	GE	.927	21	.120	.501	.972
			Amostra Total	.974	42	.456	-.346	.094
			GC					

Estigmatização	T1	GC	.918	21	.078	.501	.972
		GE	.918	21	.078	.501	.972
		Amostra Total	.965	42	.227	.365	.717
	T2	GC	.978	21	.896	.501	.972
		GE	.955	21	.417	.501	.972
		Amostra Total	.967	42	.262	.365	.717
	Estigma Personalizado	GC	.884	21	.018	.580	-.950
		GE	.875	21	.012	.517	-1,099
		Amostra Total	.908	42	.003	.429	-1.008
	T2	GC	.919	21	.084	.400	-.867
		GE	.876	21	.012	.701	-.633
		Amostra Total	.909	42	.003	.530	-.730
	Preocupações Divulgação	GC	.896	21	.029	-.061	-1,426
		GE	.910	21	.055	-,697	-,372
		Amostra Total	.924	42	.008	-.451	-.663
	T2	GC	.837	21	.003	-.575	-1.205
		GE	.926	21	.282	-.171	-.740
		Amostra Total	.911	42	.003	-.359	-.954
	Autoimagem negativa	GC	.881	21	.015	.862	-.348
		GE	.886	21	.019	.513	-.845
		Amostra Total	.893	42	< .001	.662	-.667
	T2	GC	.918	21	.080	.569	-.747
		GE	.854	21	.005	.867	-.377
		Amostra Total	.901	42	.002	.833	-.058
	Percepção de Capacidades Cognitiva	GC	.852	21	.005	-.224	-1.376
		GE	.891	21	.024	-.857	.204
		Amostra Total	.895	42	.001	-.561	-.491
	T2	GC	.878	21	.013	-.330	-1.100
		GE	.826	21	.002	.575	-.941
		Amostra Total	.877	42	< .001	.132	-1,255
	Percepção de Capacidades	GC	.915	21	.070	.487	-.673
		GE	.826	21	.002	1.157	1.271

Gestão Emocional		Amostra Total	.876	42	< .001	.765	-.118
	T2	GC	.919	21	.081	.283	-,558
		GE	.884	21	.018	.406	-.043
Percepção de Capacidades Sociais		Amostra Total	.924	42	.008	.324	3,86
	T1	GC	.912	21	.059	-.834	.756
		GE	.919	21	.081	-.097	-.896
		Amostra Total	.926	42	.010	-.448	-.212
	T2	GC	.892	21	.024	-1,016	1,124
		GE	.884	21	.018	.329	-1,218
Percepção de Capacidades Físicas		Amostra Total	.921	42	.007	-.354	-.379
	T1	GC	.864	21	.008	.337	-1,022
		GE	.923	21	.102	-.476	-.081
		Amostra Total	.925	42	.009	-.064	-,746
	T2	GC	.926	21	.114	.107	-.617
		GE	.888	21	.020	.489	-.816
Percepção de Literacia VIH		Amostra Total	.907	42	.002	.299	-.812
	T1	GC	.917	21	.074	-.354	-.880
		GE	.721	21	< .001	-1.922	3.746
		Amostra Total	.845	42	< .001	-.936	-.087
	T2	GC	.866	21	.008	-.570	-.775
		GE	.801	21	< .001	-.642	-.975
Percepção de Literacia VIH Entender Informação		Amostra Total	.856	42	< .001	-.719	-.387
	T1	GC	.878	21	.014	-.086	-1,529
		GE	.908	21	.051	-.559	-.855
		Amostra Total	.876	42	< .001	-.373	-1,210
	T2	GC	.896	21	.029	.062	-1,428
		GE	.797	21	< .001	.077	-1,710
Percepção de Literacia VIH Avaliar Informação		Amostra Total	.895	42	.001	-.165	-1,136
	T1	GC	.888	21	.021	-.264	-1,427
		GE	.908	21	.051	-.237	-1,191
		Amostra Total	.902	42	.002	-.320	-1,175
	T2	GC	.901	21	.036	-.346	-1,224

Perceção de Literacia VIH Tomar Decisões	T1	GE	.844	21	.003	-.334	-.808
		Amostra Total	.888	42	< .001	-.440	-.858
		GC	.849	21	.004	-.886	-.405
		GE	.861	21	.007	-.708	-.464
	T2	Amostra Total	.857	42	< .001	-.987	.172
		GC	.913	21	.064	-.359	-.998
		GE	.879	21	.014	-.260	-.490
		Amostra Total	.906	42	.002	-.415	-.643

Anexo M – Resultados das diferenças entre GE e GC em T1

Diferenças de Médias, Desvio Padrão e de Estatísticas de Teste entre GE e GC em T1

Variável	GE		GC		$t_{(41)}$	p	W	p
	M	DP	M	DP				
Crenças centrais	3,20	1,31	3,30	1,02	0,202	0,420	-	-
Crescimento pós-traumático	50,67	50,67	57,00	26,93	-0,786	0,218	-	-
Apreciação pela Vida	6,91	6,91	9,90	4,37	-	-	-0,910	0,363
Novas Possibilidades	9,48	9,48	16,24	6,31	-	-	-1,588	0,112
Força Pessoal	10,29	10,29	14,62	4,08	-	-	-0,747	0,455
Mudança Espiritual	12,33	12,33	16,95	7,34	-	-	-0,706	0,460
Relações Interpessoais	11,76	11,76	18,76	9,33	-	-	-0,858	0,391
Stress percebido	21,90	6,81	21,19	4,93	0,389	0,350	-	-
Stress percebido VIH								
Após Diagnóstico	5,48	0,87	5,38	1,57	-	-	-0,749	0,454
Hoje	3,14	1,35	1,90	1,79	-	-	-1,423	0,155
Estigmatização	21,05	7,02	23,95	6,20	-0,705	0,242	-	-
Estigma Personalizado	6,33	3,18	2,41	0,95	-	-	-1,408	0,159
Preocupações Divulgação	8,71	2,76	3,19	0,85	-	-	-0,242	0,809
Autoimagem Negativa	6,00	2,83	2,38	0,90	-	-	-0,153	0,878
Literacia Saúde VIH								
Aceder Informação	5,00	1,34	4,29	1,38	-	-	-2,082	0,037
Entender Informação	4,57	1,36	3,71	1,65	-	-	-1,365	0,172
Avaliar Informação	4,00	1,61	3,52	2,09	-	-	-0,665	0,506
Tomar Decisões	4,52	1,37	3,57	2,01	-	-	-0,452	0,651
Perceção de Capacidades								
Cognitiva	4,24	1,38	4,57	1,29	-	-	-0,183	0,855
Gestão Emocional	3,05	1,28	3,52	1,44	-	-	-0,630	0,529
Social	3,95	1,53	4,00	1,48	-	-	-0,167	0,867
Física	3,90	1,45	3,86	1,20	-	-	-0,594	0,552

Nota: T1 = antes da intervenção; T2 = após intervenção; GE = grupo experimental; GC = grupo controlo; M = média; DP = desvio padrão; $t_{(41)}$ = t da Estatística de Teste (ET) do *t-student* e graus de liberdade; p = Significância da ET; W = ET do Teste *Wilcoxon*; d = Dimensão de Efeito.

Anexo N – Revisão de estudos empíricos de intervenções de CPT.

Protocolos de Intervenção para gerar CPT

Ref. e Objetivo	Características da amostra	Método	Programa (principais tarefas)	Principais conclusões
Wang, et al. (2021) Avaliar eficácia de intervenção de grupo para CPT	84 mulheres com cancro de mama	Medidas: CPT, Ansiedade e depressão. Avaliação de base, pós-intervenção e 3 meses após; Sessões de 60 minutos, com 6-8 pessoas;	Intervenção de apoio centrada em tópicos como: “ser paciente”, “relações interpessoais”, “jornadas de recuperação” e “planear o futuro”.	Intervenção não teve eficácia no domínio de mudança espiritual. As dimensões de Relações Interpessoais, Força Pessoal e Apreciação com a Vida, foram elevadas
Hamidian, et al. (2020) Avaliar o efeito da intervenção cognitivo-emocional no CPT	100 mães de crianças com cancro	Avaliação base e 16 semanas após intervenção Medidas: CPT	(sem detalhe) Intervenção de 5 semanas, de 60 a 90 minutos	Redução de PTSD e aumento de CPT.
Paloma, V., et. al. (2020) Avaliar uma intervenção piloto em grupo para medir níveis de PTG	47 homens refugiados	15 Semanas Medidas: CPT Avaliação Pré- e Pós-Teste	Intervenção compreendeu duas fases: (a) formação pares; e (b) apoio 1ª Sessão: Introdução 2ª Sessão: Explorar as razões individuais e sociopolíticas por detrás da migração; 3ª a 9ª Sessão: Atividade em volta do “luto migratório”	Intervenção teve eficácia apenas em 4 domínios CPT
Cafaro, et al. (2019) Avaliar a eficácia de protocolo de auto-divulgação guiada para promover CPT	Doentes de quimioterapia adjuvante	3 Sessões de escrita de 20 minutos. Avaliação pré-, pós- e 6 após. Medidas: CPT, CMS, IES, Tratamento	1) Cronologia de memórias da doença, com atitude objectiva e desprendida; 2) Descrever (a) pensamentos e emoções durante a doença e (b) o impacto na sua vida diária 3) Foco na situação real	Valores globais de CPT foram alcançados. Sem informação de detalhe de diferença entre domínios.
Ye, et al. (2018) Avaliar a eficácia de uma intervenção em grupo de CPT, visando melhorar o bem-estar	60 HSH com infeção VIH	4 sessões, 2h, Avaliação na base e pós-intervenção Medidas: HAART WCC, CPT, IES	1ª Sessão: Reavaliação do Stress 2ª Sessão: Habilidades de gestão de emoções 3ª Sessão: Reavaliação cognitiva da adversidade com base na teoria ABC da terapia emocional (Ellis & Dryden, 2007) 4ª Sessão: Busca de apoio social e aumentar a autoeficácia.	Valores mais elevados de CPT, contudo não se percebe se os valores podem ser pontuais ou contínuos. A reavaliação cognitiva foi mediadora.
Roepke, et. al. (2018) Avaliar	112 mulheres em processo	IPTG, C-PTGI,	1ª Sessão: Apresentação; 2ª Sessão: Força Pessoal; 3ª Sessão: Novas Perspectivas;	Apenas melhoria de

intervenção de grupo psicossocial promotora de CTP no luto adulto.	de luto de 5 anos	SWLS Medição pré- e pós-teste 8 sessões	4ª Sessão: Relacionamentos mais profundos; 5ª Sessão: Novas possibilidades; 6ª Sessão: Planeamento do Futuro; 7ª Sessão: Encerramento 8ª Sessão: Planeamento do Futuro II, intensão positiva, apoio contínuo.	sintomas PTSD Limitações de Validade Interna.
Ramos, Leal, & Tedeschi, (2016) Avaliar intervenções em grupo CPT e favorecer uma melhor adaptação psicossocial no cancro da	205 F cancro mama não-metástico,	PTGI, PCL-C, Brief IPQ, CBI, ERRI, DDI, ESSS e Questionário de qualidade de terapeuta e intervenção 8 Sessões de 90 minutos, avaliação pré e pós intervenção e 6 meses	1ª sessão: Psicoeducação de reações emocionais; 2ª sessão: Facilitação e revelação emocional e comunicação; 3ª sessão: Prática de habilidades de autoregulação emocional; 4ª sessão: Medos e preocupações; 5ª sessão: Equilíbrio ganhos e perdas após cancro de mama; 6ª sessão: Reconstrução de uma narrativa coerente; 7ª sessão: Desenvolvimento de novos valores e prioridades de vida; 8ª sessão: Redefinição de objetivos e metas de vida	O programa revelou eficácia em gerar CPT.
Pat-Harenczyk, R. et. al. (2015) Avaliar intervenção CPT em grupo e CPT ilusório	49 mulheres com cancro de mama	Avaliação na base e ao fim de 6 meses Questionários de Auto-Relato, Intervenção de 8 sessões, Escalas PDS, CERQ, PCERQ, PTGI	1ª Sessão: Introdução e contrato psicológico; 2ª Sessão: Regulação Física; 3ª Sessão: Regulação Cognitiva; 4ª Sessão: Criação de Significado; 5ª Sessão: Regulação de Emoções; 6ª Sessão: Regulação Interpessoal; 7ª Sessão: Enfrentamento e regulação; 8ª Sessão: Fechamento.	Melhores níveis de PTG
Zhang, et al. (2014) Avaliar os efeitos da Terapia Breve Focalizada em Soluções (SFBT) e CPT	43 mulheres (experimental de 18), mães que têm filho com perturbação do espectro do autismo	6 sessões Avaliação na base, pós-tratamento e acompanhamento de 6 meses	1ª Sessão: Apresentação; 2ª Sessão: Problemas e aspirações; 3ª Sessão: Objetivos individuais; 4ª Sessão: Força e recursos; estratégias; mudanças; 5ª Sessão: Analisar a força; pontos fortes e recursos; apresentação do humor como alternativa em situações embaraçosas; estratégias de encorajamento; 6ª Sessão: Rever o plano de acção das 5 sessões anteriores; planos para o futuro.	A SFBT teve impacto para o desenvolvimento de CPT. 6 meses após só Relações Interpessoais e Novas Possibilidade mantinham níveis elevados
Singer, et al. (2013) Avaliar o impacto de uma intervenção em grupo de terapia artística para apoiar o	129 Pacientes com doenças hematológicas malignas	22 sessões de 90 minutos, Avaliação pré e pós; CPT medido por Escala de Crescimento Relacionado	Início com técnicas de senhos simples e estimulação de trabalho criativo; A partir da 6ª sessão: expressão de sentimentos (desenho do estado de espírito atual ou pintando o auto-retrato). Encorajamento de criar um livro, contendo, ideias sobre a doença e os seus processos	Os resultados não se confirmaram

CPT		com o Stress (SRGS)		
-----	--	---------------------	--	--

Intervenções de grupo onde foi medido CPT

Ref. e Objetivo	Características da amostra	Método	Programa (principais tarefas)	Principais conclusões
Walker-Williams, et al. (2017) Avaliar intervenção de Pontos Fortes no abuso sexual	10 mulheres vítimas de abuso sexual em criança	Avaliação qualitativa de pré e pós-intervenção 6 Sessões de 2 a 3 horas	Intervenção explora 4 eixos-centrais: comportamentos de sobrevivência, CPT e bem-estar psicológico. Por via de desenhos, narrativas e transcrições.	Consciência Emocional, Acção decisiva, identidade pós-traumática e contexto de grupo, foram identificados como elementos chave-facilitadores.
Garlick et. al. (2011) Avaliar CPT e QOL em grupo, com Psycho-Spiritual Integrative Therapy (PSIT).	24 mulheres com cancro	PSIT, 8 Sessões Medição pré e pós; Medidas: FACT-B, POMS, TMD, FACIT-Sp-Ex e CPT	1ª Sessão: Realidade, revalorização valores; propósito, redução de stress; 2ª Sessão: Propósito de vida e padrões sociais; 3ª Sessão: Qualidades, Aceitação de estados internos; auto-consciencialização juízos de valor; 4ª Sessão: Motivação, Obstáculos, Emoções e cognições; Difusão cognitiva, Encorajar experiência; 5ª Sessão: Experiência do sagrado; 6ª e 7ª Sessão: Abertura ao sagrado, aspectos do eu para viver o seu propósito de vida; 8ª Sessão: Estabelecer os próximos passos do seu propósito de vida	Refere que PSIT teve resultados positivos, sugere melhorar bem-estar e estimular CPT.
Garlan et. al (2011) Avaliar intervenção em grupo de Entrevista Life Tape (LTP) e CPT	60 mulheres com cancro de mama	semiestruturada gravada em vídeo de 1-2h FACT-B; FACIT-Sp-Ex; POMS; TMB	Após a gravação da entrevista, o vídeo é demonstrado ao paciente, relatando a sua vida, quais foram as lições aprendidas, a mudança na sua filosofia pessoal, com partilhar remetidas também para entres próximos das participantes.	Os resultados revelaram aumento de CPT. Sobreretudo em domínios de Competências e Valores pessoais, melhor auto-reflexão e coesão na comunicação familiar.

Intervenções em grupo em Pessoas de Vivem com VIH (PVV)

Ref. e Objetivo	Características da amostra	Método	Programa (principais tarefas)	Principais conclusões
Arends, et al. (2022) Avaliar	12 HSH com VIH	10 Sessões Medidas: HAART,	Intervenção de base teórica em princípios da Terapia Dialética Comportamental, mas com	A intervenção revelou que os níveis de

intervenção em grupo para reduzir o comportamento de risco de transmissão sexual (STRB)		rastreios de DST's, SRS, SCS, SSSS, BIS-11, DASS-21) OQ-45)	atuação cognitiva-comportamental, com elementos de: psicoeducação, entrevista motivacional, formação de competências, regulação de impulsos e emoções, cuidados de saúde mental e dependências.	STRB diminuíram.
Biel, et al. (2020) Avaliar intervenção em grupo CBT	18 participantes em programa VIH	4 workshops de 12 horas Entrevista semi-estruturada, Avaliação pré e 1 mês pós intervenção Escala de Estigma associado ao VIH e SIDA, BDI-II, STAI	A principal atuação foi: ênfase ao estigma e discriminação;(em paralelo com auto-estima, capacidades de comunicação e auto-controlo emocional)	Resultados positivos
Bogart, et al. (2020) Avaliar intervenção em grupo de CBT para lidar com a discriminação	28 Seropositivos de minoria sexual, latinos	9 Sessões entrevistas semi-estruturadas Avaliação base e pós-intervenção Escala de Racismo Percebido Escala de Discriminação Múltipla	1ª Sessão: Discriminação e Intersecção das identidades; 2ª Sessão: Identidades Múltiplas e lidar com a discriminação 3ª Sessão: Formas de Compreender a discriminação e lidar com a discriminação 4ª Sessão: Conhecimentos e experiências 5ª Sessão: Identificação de barreiras, eficácia, brainstorming e estratégias; 6ª Sessão: Aspectos médicos 7ª Sessão: Apoio social 8ª Sessão: Discriminação estrutural 9ª Sessão: Fecho e prática futura	Melhor resposta emocional. Menos sentimento de vergonha, tristeza e raiva.
Machtinger, et al. (2015) Avaliar intervenção em grupo de terapia expressiva para desenvolver confiança e aptidões	8 Mulheres com VIH	Durante 1 ano, 3 horas cada, 90 a 120 minutos cada sessão, com apresentação em pública no final)	Escrita sobre: como é que descobriu que tinha VIH (?) Quem sabe que é seropositiva (?) O quê que o sexo significa para si agora (?) Intervenção Medeia: 1º - Irmandade; 2º - Catarse; 3º - Autoaceitação; 4º - Relacionamentos mais seguros e saudáveis; 5º - Ganhar voz.	Resultados eficazes. Melhores níveis de auto-estima, melhor apoio social, sentido de propósito e realização.
Anyagbuna, (2015) Avaliar intervenção em grupo com CPT sobre a consciência de estigma e do apoio social	102 mulheres e 85 homens com VIH	SCQ, PSR 3 dias por semana – grupo Durante 6 meses	Base de intervenção de Gluhoski (1996); terapia cognitiva focada no intuito de alterar a visão do Eu; preocupações com a saúde; relacionamento, visão do futuro, sentido	Resultados eficazes sobre consciência do estigma e de apoio social, bem como funcionamento do sistema imunitário.
Ironson, et al. (2013)	244 (homens e mulheres)	4 Sessões de escrita	Cada sessão tinha uma questão: 1ª Sessão: Como tentou	Resultados positivos,

Avaliar intervenção de escrita de revelação de trauma sobre stress pós-traumático, depressão e sintomas físicos com o VIH	com VIH	expressiva de 30 minutos Avaliação na base, 6 e aos 12 meses com 1 mês após HAART Escala PTSD HAM-D	compreender e dar sentido ao experienciado traumáticamente? 2ª Sessão: Como é que a experiência traumática afecta os seus sentimentos sobre si próprio e sua auto-valorização e sua auto-estima? 3ª Sessão: Como é que a experiência traumática afecta a sua capacidade de resolver problemas, de responder a desafios futuros ou para lidar com o stress do dia-a-dia? 4ª Sessão: Como é que tentou compreender e dar sentido ao trauma?	tendo sido expressivo em revelação emocional, com melhor auto-valorização e resolução de problemas. Diminuição de sintomas de PTSD e depressão.
Sikkema, et al. (2007) Avaliar a eficácia de uma intervenção em grupo para lidar com infecção VIH e abuso sexual	202 (homens e mulheres) com historial de abuso sexual na infância (CSA) com VIH (vivência média de 9-7 anos)	Avaliação pré e pós intervenção Medidas: HIV and Trauma Coping Group Intervention, IES	Resolução de problemas, estratégias de factores de stress mutáveis (e.g. capacidade de comunicação), estratégias centradas nas emoções, reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento	Redução de sintomas de stress. Aumento de valores de suporte de grupo expressivos

Referências

- Anyaeibunam, E. N. (2015). Cognitive therapy, psychosocial variables and immune system functioning of persons with HIV/AIDS. *Psychology in Africa*, 23(1), 143–149. <https://doi.org/10.4314/ifep.v23i1>.
- Arends, R. M., Grintjes, K. J. T., van den Heuvel, T. J., Foeken-Verwoert, E. G. J., Schene, A. H., van der Ven, A. J. A. M., & Schellekens, A. F. A. (2022). Effectiveness of a group intervention to reduce sexual transmission risk behavior among MSM living with HIV: a non-randomized controlled pilot study. *AIDS Care*, 34(4), 515–526. <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.2002252>
- Biel, D., Carrobbles, J. A., & Antón, M. (2021). Reducing stigma, depression, and anxiety in people with HIV through a cognitive behavioral therapy group. *Psicologia Conductual*, 29(2), 237–257. <https://doi.org/10.51668/bp.8321202n>
- Bogart, L. M., Galvan, F. H., Leija, J., MacCarthy, S., Klein, D. J., & Pantalone, D. W. (2020). A pilot cognitive behavior therapy group intervention to address coping with discrimination among HIV-positive Latino immigrant sexual minority men. *Annals of LGBTQ Public and Population Health*, 1(1), 6–26. <https://doi.org/10.1891/lgbtq.2019-0003>

- Cafaro, V., Iani, L., Costantini, M., & Di Leo, S. (2019). Promoting post-traumatic growth in cancer patients: A study protocol for a randomized controlled trial of guided written disclosure. *Journal of Health Psychology, 24*(2), 240–253. <https://doi.org/10.1177/1359105316676332>
- Garlan, R. W., Butler, L. D., Rosenbaum, E., Siegel, A., & Spiegel, D. (2010). Perceived benefits and psychosocial outcomes of a brief existential family intervention for cancer patients/survivors. *Omega, 62*(3), 243–268. <https://doi.org/10.2190/om.62.3.c>
- Garlick, M., Wall, K., Corwin, D., & Koopman, C. (2011). Psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 18*(1), 78–90. <https://doi.org/10.1007/s10880-011-9224-9>
- Hamidian, P., Rezaee, N., Shakiba, M., & Navidian, A. (2019). The effect of cognitive-emotional training on post-traumatic growth in women with breast cancer in middle east. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 26*(1), 25–32. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9561-z>
- Ironson, G., O’Cleirigh, C., Leserman, J., Stuetzle, R., Fordiani, J., Fletcher, M., & Schneiderman, N. (2013). Gender-specific effects of an augmented written emotional disclosure intervention on posttraumatic, depressive, and HIV-disease-related outcomes: a randomized, controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(2), 284–298. <https://doi.org/10.1037/a0030814>
- Machtinger, E. L., Lavin, S. M., Hilliard, S., Jones, R., Haberer, J. E., Capito, K., & Dawson-Rose, C. (2015). An expressive therapy group disclosure intervention for women living with HIV improves social support, self-efficacy, and the safety and quality of relationships: a qualitative analysis. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC, 26*(2), 187–198. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.05.001>
- Paloma, V., de la Morena, I., & López-Torres, C. (2020). Promoting posttraumatic growth among the refugee population in Spain: A community-based pilot intervention. *Health & Social Care in the Community, 28*(1), 127–136. <https://doi.org/10.1111/hsc.12847>
- Pat-Horenczyk, R., Perry, S., Hamama-Raz, Y., Ziv, Y., Schramm-Yavin, S., & Stemmer, S. M. (2015). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: Constructive and illusory aspects: Constructive and illusory PTG. *Journal of Traumatic Stress, 28*(3), 214–222. <https://doi.org/10.1002/jts.22014>

- Ramos, C., Leal, I., & Tedeschi, R. G. (2016). Protocol for the psychotherapeutic group intervention for facilitating posttraumatic growth in nonmetastatic breast cancer patients. *BMC Women's Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0302-x>
- Roepke, A. M., Tsukayama, E., Forgeard, M., Blackie, L., & Jayawickreme, E. (2018). Randomized controlled trial of SecondStory, an intervention targeting posttraumatic growth, with bereaved adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(6), 518–532. <https://doi.org/10.1037/ccp0000307>
- Sikkema, K. J., Hansen, N. B., Kochman, A., Tarakeshwar, N., Neufeld, S., Meade, C. S., & Fox, A. M. (2007). Outcomes from a group intervention for coping with HIV/AIDS and childhood sexual abuse: reductions in traumatic stress. *AIDS and Behavior*, 11(1), 49–60. <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9149-8>
- Singer, S., Götze, H., Buttstädt, M., Ziegler, C., Richter, R., Brown, A., Niederwieser, D., Dorst, J., Jäkel, N., & Geue, K. (2013). A non-randomised trial of an art therapy intervention for patients with haematological malignancies to support post-traumatic growth. *Journal of Health Psychology*, 18(7), 939–949. <https://doi.org/10.1177/1359105312458332>
- Walker-Williams, H. J., & Fouché, A. (2017). A strengths-based group intervention for women who experienced child sexual abuse. *Research on Social Work Practice*, 27(2), 194–205. <https://doi.org/10.1177/1049731515581627>
- Wang, G., Li, Z., Luo, X., Wei, R., Liu, H., Yang, J., Lyu, J., & Jiang, X. (2022). Effects of nurse-led supportive-expressive group intervention for post-traumatic growth among breast cancer survivors: A randomized clinical trial. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(4), 434–444. <https://doi.org/10.1111/jnu.12752>
- Ye, Z., Yu, N. X., Zhu, W., Chen, L., & Lin, D. (2018). A randomized controlled trial to enhance coping and posttraumatic growth and decrease posttraumatic stress disorder in HIV-Infected men who have sex with men in Beijing, China. *AIDS Care*, 30(6), 793–801. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1417534>
- Zhang, W., Yan, T.-T., Du, Y.-S., & Liu, X.-H. (2014). Brief report: effects of solution-focused brief therapy group-work on promoting post-traumatic growth of mothers who have a child with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 2052–2056. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2051-8>

Anexo O – Diferenças entre GE (n = 21) e GC (n = 21) de Idade e Anos VIH

Tabela 16.

Diferenças entre GE (n = 21) e GC (n = 21) de Idade e Anos VIH

Variável	<i>P</i>	SW	Sk _u	K _u
Idade (<i>M</i> , <i>DP</i>) *	0,772	0,050	0,365	0,717
Anos de Diagnóstico VIH *	0,880	0,023	0,365	0,717

Nota: *p* = Sig. da Estatística de Teste do Teste Mann-Whitney; SW = Sig. do Shapiro-Wilk; Sk_u = Assimetria; K_u = Curtose.

*Verificaram-se diferenças estatísticas no total da amostra (N = 42) para Idade ($t_{(41)} = 25,198$; $p < 0,001$) os anos de diagnóstico VIH ($t_{(41)} = 10,894$; $p < 0,001$).

Anexo P – Caracterização dos participantes por locais de recrutamento

Tabela 17*Recrutamento da Amostra*

Variável	Total (n = 42)		GC (n = 21)		GE (n = 21)	
	n	%	N	%	N	%
Abraço	18	42,9%	8	38,1%	10	47,6%
Positivo	7	16,7%	4	19%	3	14,3%
GAT	12	28,6%	8	38,1%	4	19%
SERES	2	4,8%	-	-	2	9,5%
Cáritas	3	7,1%	1	4,8%	2	9,5%

Nota: n = número observado na amostra de ocorrências; % = Frequência relativa 0-100%.

Anexo Q – Cronograma de Implementação de Avaliação

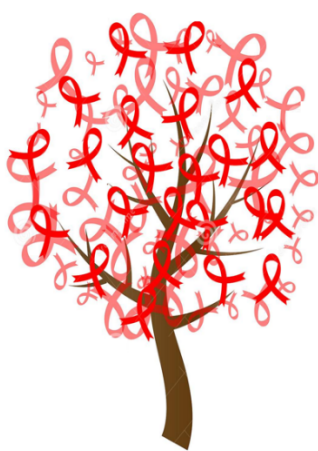
	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
Autorização para aplicação do protocolo	X	X	X	X	X				
Avaliação T1				X	X				
• Entrevista semiestruturada • Questionário Sociodemográfico • Questionário Clínico • Inventário de Crenças Centrais • Nível de Stress Percebido com a vivência VIH • Inventário de Crescimento Pós-Traumático • Escala de Stress Percebido • Escala de Estigmatização de PVV • Indicador de Perceção de Literacia em Saúde VIH • Indicador de Perceção de Capacidades • DDI * • Opener Scale*									
Intervenção									
• 1º Grupo HSH					X	X	X		
• 2º Grupo Mulheres Heterossexuais					X	X	X		
• 3º Grupo Misto Heterossexual						X	X	X	
• 4º Grupo HSH						X	X	X	
Avaliação T2									
• Grupo Experimental							X	X	X
• Grupo Controlo							X	X	X

*Nota: *DDI e Opener Scale foram aplicados no final da 2ª sessão (Anexo D)*

Figura 3. Cronograma de implementação

Anexo R – Material Intervenção: Slides das Sessões do Grupo Psicoterapêutico VIH

1



Grupo psicoterapêutico para pessoas que vivem com VIH

Contacto:
Nuno Tomaz dos Santos: nsantos.ctc@gmail.com

APOIO INSTITUCIONAL

PARCEIRO INSTITUCIONAL

2

- 1ª Sessão: Reações emocionais ao VIH
- 2ª Sessão: Comunicação
- 3ª Sessão: Autorregulação emocional
- 4ª Sessão: Medos e preocupações com o VIH
- 5ª Sessão: Balanço entre ganhos e perdas
- 6ª Sessão: Construção de uma narrativa de vida
- 7ª Sessão: Redefinição de valores e prioridades de vida
- 8ª Sessão: Corpo no VIH
- 9ª Sessão: Operacionalização de objetivos de vida



3

1ª SESSÃO

Reações Emocionais ao diagnóstico VIH



EMOÇÃO



O que é uma emoção?

«Podemos definir emoções como fenómenos cerebrais diferentes do pensamento. As emoções abarcam bases fisiológicas e neuroquímicas. Podem ser caracterizadas como reações psicofisiológicas, subjetivas, por reação a eventos ou circunstâncias externas ou internas.»

«As emoções são conjuntos de respostas químicas e neurais que formam um padrão; todas as emoções desempenham um papel regulador que conduz à criação de circunstâncias vantajosas para o organismo que manifesta o fenómeno; a finalidade das emoções é ajudar o organismo a manter a vida»

Damásio (1995)



O que é uma emoção?

- ❖ Em resposta a determinadas situações, experiências, ideias ou estados de espírito manifesta-se a **emoção**.
- ❖ A emoção é a primeira resposta que alerta o sujeito para o benefício ou o malefício de determinado acontecimento.
- ❖ Exemplo de emoções: raiva, tristeza, medo e alegria.
- ❖ A emoção motiva a ação



O que é uma emoção?

- ❖ Elevada intensidade emocional pode inibir ou prejudicar o comportamento.
- ❖ A emoção é uma reação afetiva que envolve alterações ao nível cognitivo, comportamental e fisiológico.
- ❖ A emoção implica uma resposta psicofisiológica.(Ex. palidez ou rubor, aceleração do batimento cardíaco, palpitações, tremuras, etc).



Emoção a resposta ao VIH

- ❖ Em situações de crise, stressantes ou perturbadoras (Ex. Após o diagnóstico de VIH), é possível experienciar diversas emoções negativas que fazem parte da resposta individual ao diagnóstico, que cada sujeito consegue manter naquele determinado momento.
- ❖ Ambivalência entre emoções negativas e positivas.

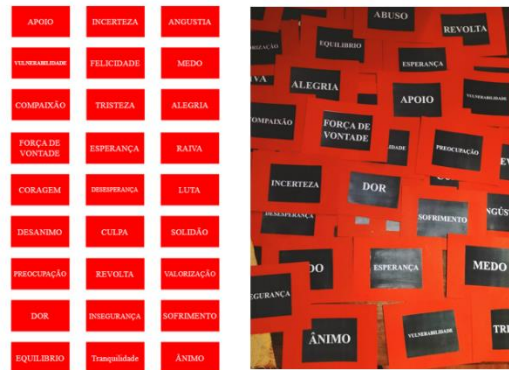


TAREFA:

“Emoções em cartão”



Emoções e/ou Sentimentos sobre a experiência individual com o VIH:



2ª Sessão: Tema

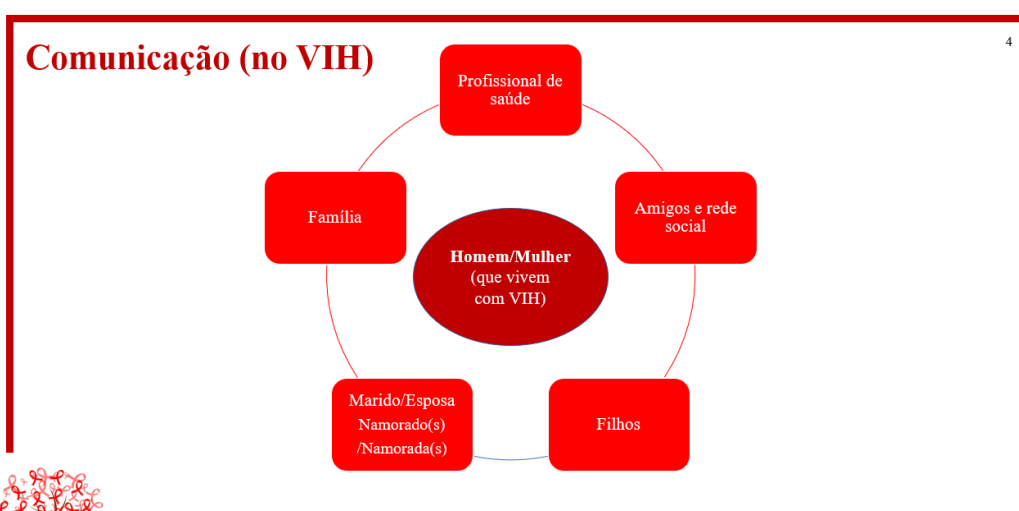
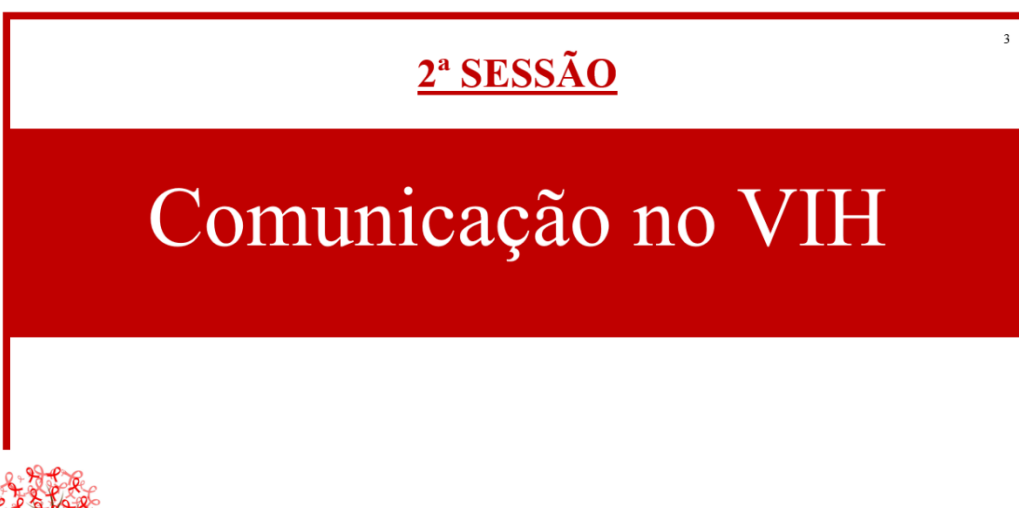
Comunicação no VIH



Grupo psicoterapêutico para pessoas que vivem com VIH

Contacto:
Nuno Tomaz dos Santos: nsantos.ctc@gmail.com





Comunicar com Profissionais de Saúde

5

A Pessoa que vive com VIH precisa de **informações e conhecimentos sobre:**

- o seu diagnóstico e estado de infeção VIH;
- saber qual o melhor e o mais adequado de tratamento para si;
- saber tomar decisões sobre o seu tratamento;
- conhecer eventuais efeitos secundários do tratamento;
- conhecer relações e distinção entre VIH, questões de saúde mental, bem-estar sexual/intimidade, etc...

Quando ocorre uma comunicação eficaz e personalizada à Pessoa que vive com VIH, oferece:

- a possibilidade de ampliar as informações e conhecimentos sobre o plano de prevenção, e respectivo tratamento, à evolução do VIH;
- simplifica a tomada de decisão sobre o tratamento;
- reduz as incertezas e a ansiedade;
- facilita a sensação de segurança e controlo do próprio estatuto serológico.



Comunicar com Profissionais de Saúde

6

❖ Comunicação assertiva:

- Oferecer opiniões; Indicar preferências; Partilhar algumas crenças que se tem associadas com o seu estado de saúde; Propor a discussão de assuntos;

❖ Comunicação emocional:

- Expressar/Manifestar emoções e sentimentos; Confessar/divulgar receios ou preocupações

Nas circunstâncias ou situações que as Pessoas que vivem com VIH sentem que pode existir um maior desconforto, seja físico ou psicológico – nomeadamente sentirem maior ansiedade ou preocupações, bem como mal-estar físico – pode ser uma consequência da sobrecarga a que estão sujeitos(as) (por e.g. pode haver mais exigência cognitiva e emocional que ultrapassa a competência que o próprio(a) julga ter para se adaptar à circunstância ou situação.



Comunicar com familiares

7

O diagnóstico VIH é vivido não apenas pelo próprio(a), mas também com a família. Nem sempre, mas por vezes, essa vivência entre o próprio e a família, pode originar uma comunicação que pode ficar comprometida; nomeadamente:

- ❖ pode-se não saber o que dizer sobre a vivência com VIH (o que pode originar um vazio comunicacional, conduzindo a estereótipos pré-estabelecidos pré-diagnóstico);
- ❖ pode-se rejeitar ou as reações menos positivas dos outros;
- ❖ pode-se evitar ou fugir à expressão dos próprios sentimentos e emoções em relação ao VIH;
- ❖ pode-se rejeitar a evolução da infeção, a SIDA e a morte;
- ❖ pode-se sentir que não existe “permissão” para se falar do assunto da própria infeção VIH;
- ❖ pode-se rejeitar causar dor ao outro;
- ❖ Etc...

A comunicação deficitária pode aumentar o distanciamento entre as pessoas e conduzir ao isolamento.



Comunicar com familiares

Estratégias de evitamento:

- ❖ Omitir ou esconder os receios ou preocupações acerca do VIH;
- ❖ Não expressão ou evitar a todo o custo expressar os sentimentos e as emoções acerca do VIH;
- ❖ Minimizar ou procurar ignorar as preocupações acerca do VIH;

Estratégias de envolvimento ativo:

- ❖ Apoiar no acesso a informação e conhecimentos VIH reciprocamente;
- ❖ Expressar os próprios sentimentos e emoções acerca do VIH;
- ❖ Sentir-se apoiado(a) e disponível pelo outro para ouvir os receios e preocupações mutuamente;
- ❖ Aceitar e validar reciprocamente os receios e preocupações do outro;



Comunicar com Profissionais de Saúde
Comunicar com familiares
Comunicar com amigos e rede social
Comunicar com filhos
Comunicar com marido/esposa ou namorado/a



TAREFA:

“Cartões de Comunicação”



Vivências de comunicação sobre a experiência individual com o VIH:

11

- Distribuição de Cartões
- Cada um deve escolher um cartão com uma situação que trate de qualquer problema de comunicação relacionado com o VIH;



SITUAÇÃO:

Revelar o estatuto serológico a pessoas próximas (e.g. familiares e/ou amigos) ⁽¹⁾

12

COMPORTAMENTO: (-)

Opto por omitir e só em caso muito extremo é que revelo a pessoas muito próximas

COMPORTAMENTO: (+)

Opto por não omitir e sempre que acredito que se justifique, revelo a todas as pessoas necessárias

Efeito/Resultado: (-)

As pessoas próximas a quem revelei estão mais preocupados com o meu diagnóstico

Efeito/Resultado: (+)

A grande maioria das pessoas a quem revelei, foi uma experiência positiva e sinto-me mais apoiado(a)

SITUAÇÃO:

Revelar a toma da medicação antirretroviral ao parceiro(a) afetivo-amoroso ⁽²⁾

13

COMPORTAMENTO: (-)

Não conto logo porque receio que ele(a) rejeite.

COMPORTAMENTO: (+)

Conto assim que a relação para mim se torne significativa e se possível antes que ele(a) se aperceba da toma diária, para o preparar

Efeito/Resultado: (-)

Ele(a) demonstrou menor confiança em mim, bem como maior preocupação e ansiedade acerca do meu diagnóstico de infeção

Efeito/Resultado: (+)

Maior confiança recíproca, menor preocupação e/ou ansiedade sobre as questões de transmissão (I=I), fortalecimento da relação

SITUAÇÃO: Revelar a estatuto serológico à Entidade Patronal, porque precisa de faltar um dia (ou meio dia) para fazer análises e/ou consultas ⁽³⁾		14
COMPORTAMENTO: (-) Não revelo a razão de faltar a ninguém. Falto e depois invento uma desculpa de que estive adoentado(a) em casa	COMPORTAMENTO: (+) Revelo que necessito de ir ao médico e que tenho indicações expressas para o fazer. Se necessário indico que são exames e que tratei justificação	
Efeito/Resultado: (-) Sou repreendido(a) porque não avisei que ia faltar. Maior preocupação e ansiedade. Mensagem de desleixo e falta de responsabilidade.	Efeito/Resultado: (+) Menor ansiedade e preocupação com o ter que faltar. É transmitida uma mensagem de maior responsabilidade e respeito à Entidade Patronal.	

SITUAÇÃO: Não conseguia/consigo suportar os efeitos colaterais da medicação antirretroviral. Fico com muitas náuseas, tonturas e sinto-me muito prostrado ⁽⁴⁾		15
COMPORTAMENTO: (-) Reduzo a toma dos medicamentos ao mínimo para ver se me adapto	COMPORTAMENTO: (+) Conto ao meu médico infecciologista como me sinto e tento experimentar uma nova adaptação a outra medicação	
Efeito/Resultado: (-) Os meus níveis de carga viral aumentam e diminuem as minhas defesas imunitárias. Sinto-me cada vez pior	Efeito/Resultado: (+) Os efeitos colaterais diminuíram. Sinto-me mais forte e capaz de aguardar este período transitório de adaptação à medicação	

SITUAÇÃO: Tenho/tive dificuldades em ter relações sexuais (por e.g menos desejo ou impulso e alguma dificuldade em atingir o orgasmo) desde que iniciei a toma da medicação antirretroviral ⁽⁵⁾		16
COMPORTAMENTO: (-) Não conto a ninguém e não procuro ajuda. Resolvo sozinho(a). Não tendo relações ou tendo comportamentos de risco e diminuo a toma da medicação antirretroviral	COMPORTAMENTO: (+) Falo com o meu médico infecciologista e peço indicação para ter consulta com um sexólogo(a).	
Efeito/Resultado: (-) Há uma maior preocupação e ansiedade nas relações sexuais. Posso ter comportamentos de risco e vir a diminuir a medicação antirretroviral	Efeito/Resultado: (+) Com a ajuda de técnicas aprendidas em consulta com o sexólogo(a) deixo de ter dificuldades nas relações sexuais	

SITUAÇÃO: Senti-me/Sinto-me triste e isolado(a) com o meu diagnóstico de VIH. Sabia/Sei que o VIH pode ser controlado com a terapia antirretroviral, mas sentia/sinto necessidade de falar e ouvir sobre o que significa viver com VIH ⁽⁷⁾		17
COMPORTAMENTO: (-) Não revelei/revelo a ninguém o que estou a sentir. Procuro superar sozinho(a) estas emoções, sentimentos e pensamentos. Se precisar de informação consulto a internet	COMPORTAMENTO: (+) Procuro uma ou mais pessoas com quem possa desabafar sobre as emoções, os sentimentos e os pensamentos que me ocorrem por viverem com VIH	
Efeito/Resultado: (-) A tristeza e a sensação de isolamento aumentam. Senti/Sinto-me cada vez mais diferente das pessoas que conhecia. Sinto-me mal com essa diferença e tenho cada vez menos prazer nas coisas que faço	Efeito/Resultado: (+) Senti/Sinto-me mais leve quando desabafo, menos triste e menos isolado(a). Percebo que posso ser mais e melhor e que essas emoções, sentimentos e pensamentos, que são perfeitamente normais, mas não me definem na totalidade	

SITUAÇÃO: Senti/Sinto como se estivesse a vivenciar um processo de luto de mim próprio. Como se estivesse a despedir-me de uma visão e sensação de um corpo saudável, passando para um corpo doente ⁽⁸⁾		18
COMPORTAMENTO: (-) Não partilhei/partilho a ninguém o que estava a pensar e a sentir. Não questionei o médico infecciologista sobre esta visão que tinha do VIH no meu corpo.	COMPORTAMENTO: (+) Partilhei/Partilho o pensamento e sensação que tive/tenho ao médico infecciologista e a uma pessoa próxima que sinto que me pode compreender (i.e. um parceiro e/ou um psicólogo)	
Efeito/Resultado: (-) Passei a estar extremamente preocupado com o meu corpo, com os impactos negativos da medicação e com grandes receios sempre que ocorre alguma situação de saúde. Achei/acho sempre que preciso de ter cuidados mais do que redobrados	Efeito/Resultado: (+) Senti-me mais leve por partilhar o que pensava e sentia. Essa partilha ajudou-me não só a sentir-me melhor como o que me devolveram foi informação mais atualizada sobre o que significa viver clinicamente com VIH	

SITUAÇÃO: Senti/Sinto-me zangado comigo mesmo(a) porque me ter deixado enganar. Passei/Passo muitas horas a remoer sobre como poderá ter ocorrido a situação de contágio ⁽⁹⁾		19
COMPORTAMENTO: (-) Passei/Passo a duvidar muito das pessoas e das situações. Passei/Passo a procurar verificar sempre se aquilo que me diziam/dizem é mesmo verdade	COMPORTAMENTO: (+) Assumo/Assumi que estou/estava zangado(a) e que isso é um direito que tenho/tinha. Procuro deixar de remoer a forma de contágio. Procuro perceber qual a melhor forma de viver com VIH	
Efeito/Resultado: (-) Deixei de me permitir surpreender com as pessoas e as situações. Sinto-me ainda mais zangado comigo mesmo e não tenho alguma dificuldade em deixar que alguém goste de mim	Efeito/Resultado: (+) Compreendo que remoer não serve para quase nada. Aprendo a aceitar e a lidar melhor com a situação	

20

SITUAÇÃO:
Comunicar com o a/o minha/meu companheira/o quais as minhas
necessidades e preocupações ⁽⁹⁾

COMPORTAMENTO: (-) Opto por não comunicar as minhas necessidades e preocupações	COMPORTAMENTO: (+) Opto por comunicar as minha necessidades e preocupações
Efeito/Resultado: (-) Fico mais preocupado(a) e sinto cada vez mais que acumulo várias preocupações e necessidades sozinho(a)	Efeito/Resultado: (+) Sinto-me mais aliviado(a). Sinto que posso partilhar as minhas necessidades e preocupações. Sinto-me menos sozinho(a)

21

SITUAÇÃO:
Comunicar alterações da minha auto-imagem e de como percepciono
o meu corpo em relação com os outros ⁽⁹⁾

COMPORTAMENTO: (-) Opto por não partilhar e não comunicar o que percepciono	COMPORTAMENTO: (+) Opto por partilhar o que sinto a alguém de confiança e num ambiente seguro
Efeito/Resultado: (-) Sinto que cada vez mais acumulo este sentimento de alterações da minha auto-imagem e a forma como percepciono o meu corpo	Efeito/Resultado: (+) Sitno que partilhei o que sentia e com a percepção também do outro, consegui também atualizar a minha auto-imagem

22

3ª Sessão: Tema

Regulação Emocional



1



**Grupo psicoterapêutico para
pessoas que vivem com VIH**

Contacto:
Nuno Tomaz dos Santos: nsantos.ctc@gmail.com

 **Ispa**
Instituto
Universitário

 **WJCR** WILLIAM JAMES
CENTER FOR RESEARCH

2



- 1ª Sessão: Reações emocionais ao VIH
- 2ª Sessão: Comunicação no VIH
- 3ª Sessão: Autorregulação emocional no VIH
- 4ª Sessão: Medos e preocupações com o VIH
- 5ª Sessão: Balanço entre ganhos e perdas
- 6ª Sessão: Construção de uma narrativa de vida
- 7ª Sessão: Redefinição de valores e prioridades de vida
- 8ª Sessão: Corpo no VIH
- 9ª Sessão: Operacionalização de objetivos de vida

 **Ispa**
Instituto
Universitário

 **WJCR** WILLIAM JAMES
CENTER FOR RESEARCH

3

Palavras-chave da Sessão:

Autorregulação emocional



 **Ispa**
Instituto
Universitário

 **WJCR** WILLIAM JAMES
CENTER FOR RESEARCH

Stress

O que é o stress?

Qual o impacto que o stress tem com o VIH?

Quais são alguns dos fatores de stress identificados nas Pessoas que vivem com VIH?



Stress ?

Pode ser definido como a relação entre a Pessoa (biológico e comportamental), o ambiente (social e exterior) e a avaliação cognitiva que exige sobrecarga sobre os recursos que se dispõe (físicos, psicológicos e emocionais), que podem colocam em perigo o próprio bem-estar. (Lazarus & Folkman, 1984)

- ❖ Uma resposta a ameaças, perigos e obstáculos intrínsecos a circunstâncias ou situações que ocorrem ao longo da vida;
- ❖ Acontece num momento de instabilidade entre as necessidades ou imposições do dia a dia com a capacidade de resposta que a pessoa tem;
- ❖ A Pessoa percebe-se com insuficiência em relação às suas capacidade psicológicas e físicas para atender, decidir ou resolver certa circunstância ou situação.

Implica modificações psicológicas (i.e. medo, ansiedade, redução da competência cognitiva), comportamentais (i.e. evitamento, fuga, impulsividade), fisiológicas (i.e. aumento do ritmo cardíaco, tensão arterial e potencial muscular) e bioquímicas (i.e. libertação de hormonas – noradrenalina e cortisol).

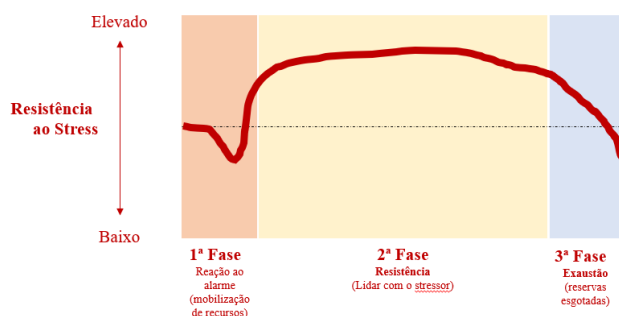
Dificuldade em relaxar, dores nas costas, na cabeça ou pescoço, cansaço, problemas de sono, perda e ganho de peso, maior vulnerabilidade no sistema imunitário

Maior irritabilidade, agitação, mudanças de humor, ansiedade, desassossego, maior facilidade de choro fácil, etc...



Stress

Síndrome Geral de Adaptação (Selye, 1936)

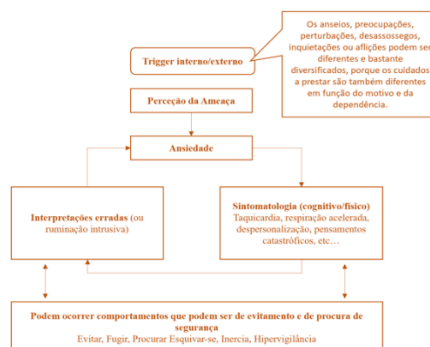


O stress também tem um valor adaptativo. A ausência de stress pode ser uma negação à realidade e é prejudicial para a saúde. A resposta ao stress aparece como uma resposta a uma situação de emergência.



Agentes/fontes de Stress identificadas por algumas pessoas que vivem com VIH/SIDA...⁷

- ❖ Ser confrontado/a com o diagnóstico;
- ❖ Medo ou receio de revelar o estatuto serológico;
- ❖ O sentimento de imprevisibilidade da condição física;
- ❖ A **hipervigilância** em relação a sintomas físicos;
- ❖ Confusão emocional;
- ❖ Planeamento da vida futura constringido;
- ❖ Acesso a tratamentos e opinião médica;
- ❖ Acesso a informação e conhecimentos VIH;
- ❖ Dificuldades financeiras e condições sociais;
- ❖ Condições físicas;
- ❖ Estigma e Discriminação

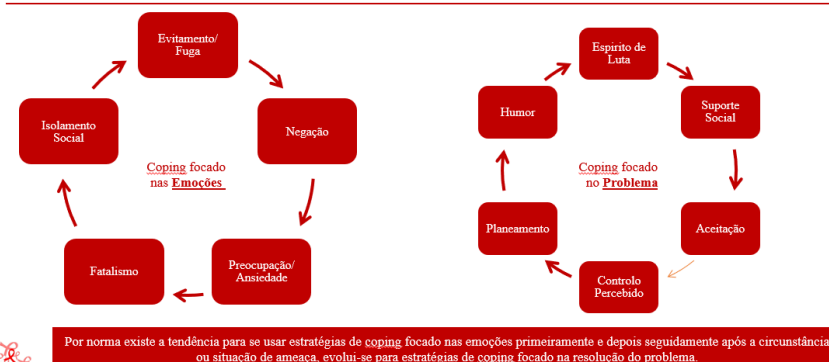


Adaptado de D. M. Clark. A cognitive model of panic attacks, 1988 cit. por Silva (2019, 2021), Cap. Regulação Emocional, Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, Intervenções Clínicas, Volume 1

Coping



Estratégias de Coping



10

Gestão de stress: Relaxamento



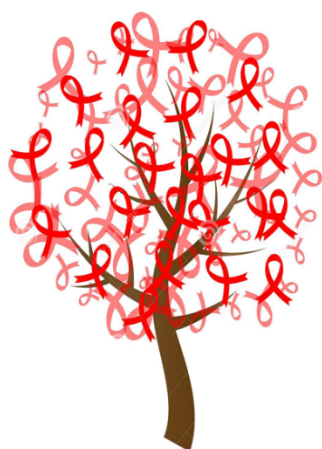
11

4ª Sessão: Tema

Medos e Preocupações com o VIH

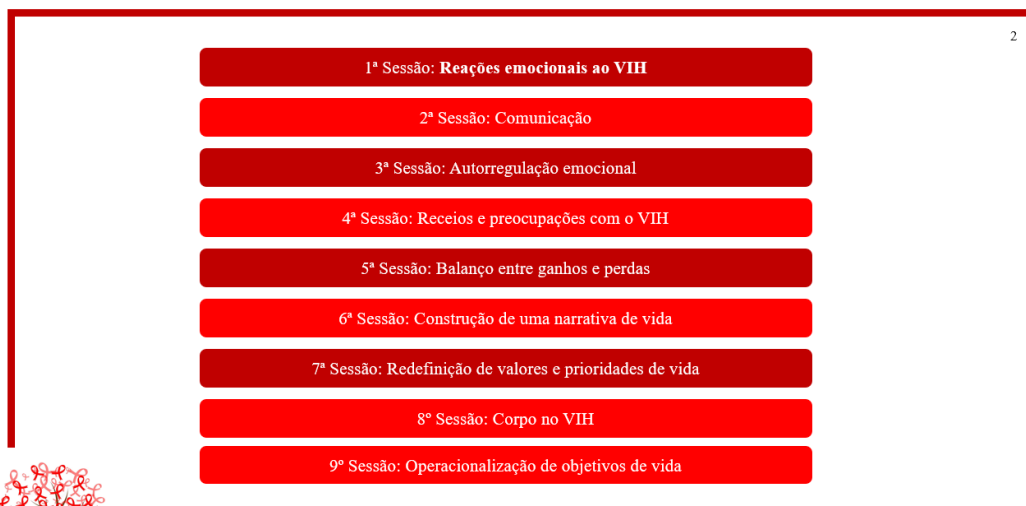


1



Grupo psicoterapêutico para pessoas que vivem com VIH

Contacto:
Nuno Tomaz dos Santos: nsantos.ctc@gmail.com



3

Receios e Preocupações relacionado com o VIH

- ❖ Receios e Preocupações tendenciais relacionados com o VIH:
 - Estereótipos dos anos 80/90 do VIH/SIDA e os mitos que ainda hoje vigoram;
 - Revelação do estatuto serológico e de por isso recar também passar vergonha, ser-se rejeito/a e/ou discriminado/a e não saber lidar com;
 - Os efeitos secundários da medicação antirretroviral (pontual ou toma continuada), alteração corporal e maior gravidade de sintomas físicos;
 - A reinfeção e o contágio a parceiro/a intimo/a;
 - Voltar a confiar nas relações afetivas;
 - A evolução da infeção, a SIDA e o confronto com a finitude;
 - Liberdade e autorresponsabilidade que a terapêutica oferece;
 - Os desafios desconhecidos do lado crónico do VIH em termos de impactos de bem-estar e qualidade de vida a longo prazo;
 - Perceção de vulnerabilidade;



4

Receios e Preocupações relacionado com o VIH

- ❖ Uma possível reação traumática típica no VIH é a dificuldade em lidar com a circunstância ou situação geradora de trauma e integrar as emoções e os vários pensamentos que podem estar junto com essa experiência;
- ❖ Quando existe a perceção e sensação de risco de vida ou violação das suas ideias fundamentais (abuso), é perfeitamente normal o surgimento de ansiedade e stress no que se refere ao presente, ao futuro e há proximidade na relação e intimidade/confiança com outras pessoas;
- ❖ Se o diagnóstico VIH for sentido como abuso, a Pessoa pode sentir-se traída, e é normal que sinta que vive uma mentira continuada como se fosse real, com ausência total de controlo, o que origina mais facilmente a aceitação de estereótipos sobre a sua nossa identidade e inúmeras reações psicológicas e físicas;

```

graph LR
    A[Circunstância ou situação inesperada e sem qualquer controlo] --> B[Sensação de vulnerabilidade]
    B --> C[Transformação do modo como a Pessoa compreende-se a si próprio/a, aos outros e ao mundo em geral]
  
```



Pensamentos/Ruminação Intrusiva

5

- ❖ Erros lógicos por sistema;
 - ❖ Distorção cognitiva da realidade;
 - ❖ Pensamento automático, repetitivo e intrusivo;
 - ❖ Pensamento que não gera adaptação;
- ❖ Após o diagnóstico e caso não se adquira informações e conhecimentos acerca de como funciona o VIH hoje em dia com validação científica, é comum que ocorram inúmeros pensamentos que podem ser mais negativos. Estes pensamentos podem ser recorrentes, o que significa que podem ocorrer de modo automático, sem que seja esse o desejo da Pessoa, e por vezes este pode ter dificuldades em se distrair com outros pensamentos mais deliberados e transformadores.



Pensamentos/Ruminação Intrusiva no VIH

6

Tudo ou nada ("Tenho diagnóstico de VIH porque alguém me contagiou, logo não posso confiar em mais ninguém")

Abstração seletiva
("A medicação antirretroviral só tem efeitos negativos no meu corpo")

Inferência arbitrária
("O meu médico infectologista do hospital já nem me dá muita atenção nas consultas, é porque sabe que não devo durar muito")

Sobregeneralização
("A partir do momento em que sabemos que temos VIH, as coisas só podem piorar")

Maximização / minimização
("A indetectabilidade do VIH é para os outros e não para mim")

Personalização
("Eles muito calados e não querem interagir comigo...o mais provável é porque sabem que vivo com VIH")



Pensamentos/Ruminação Intrusiva

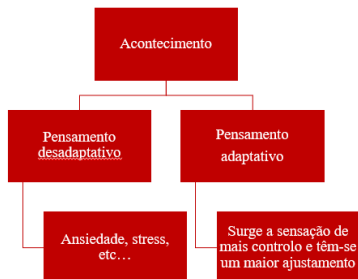
7

- ❖ Ainda que os pensamentos intrusivos possam ser uma resposta inicial natural, se se tornarem contínuos e prolongados ao longo do tempo, geram inadaptação e podem criar inclusivamente sintomas de ansiedade e depressão, entre outros...
- ❖ Por isso, é essencial que a Pessoa compreenda o valor desadaptativo desses pensamentos e aprenda a lidar com eles, seja substituindo-os por pensamentos mais adaptados, seja construindo significados mais amplos e com estratégias que permitam ir além da desadaptação.



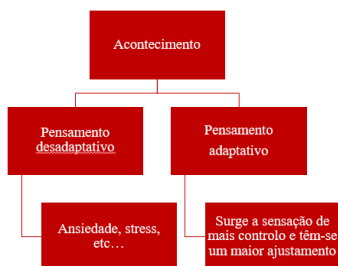
Pensamentos/Ruminação Intrusiva

- ❖ Reconhecer pensamentos intrusivos, negativos ou desadaptados e modificá-los por pensamentos mais adaptativos.



Pensamentos/Ruminação Intrusiva

- ❖ Reconhecer pensamentos intrusivos, negativos ou desadaptados e modificá-los por pensamentos mais adaptativos.



Pensamentos/Ruminação Intrusiva

“Nós não somos tudo o que pensamos. Somos mais do que aquilo que pensamos”.

Pensar é um dom, mas não se pode considerar que tudo o que pensamos é uma hipótese única de um dado estanque, absoluto e fato consumado.

Pensamentos não são factos

- ❖ A mesma situação (ou imagem) pode ser vista e interpretada de forma diversa;
- ❖ É a Pessoa que oferece a compreensão que quer à situação e que escolhe o tipo de pensamento que quer;
- ❖ Os pensamentos são passageiros e assim como surgem, também vão desaparecer;



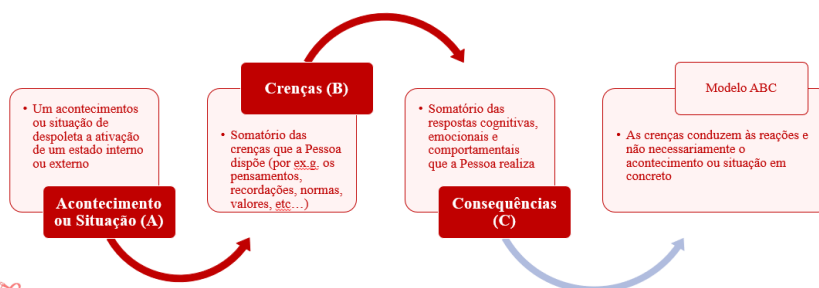
10

Reestruturação Cognitiva



11

Reestruturação Cognitiva



12

Reestruturação Cognitiva

- ❖ A reestruturação cognitiva oferece a quem utiliza uma oportunidade para conhecer-se melhor em relação à natureza das reações emocionais que tem perante um acontecimento específico, possibilitando inclusivamente um maior controlo de si próprio;
- ❖ Para que a alteração ocorra e aja um maior domínio no controlo de si próprio, é necessário uma exploração mais cuidadosa de todas as hipóteses cognitivas que podem estar subjacentes, e, dessa forma atuar depois de forma mais adaptada em emoções e comportamentos;



13

Mindfulness



14

5ª Sessão: Tema

Balanço entre ganhos e perdas



1



Grupo psicoterapêutico para pessoas que vivem com VIH

Contacto:
Nuno Tomaz dos Santos: nsantos.ctc@gmail.com



2

1ª Sessão: Reações emocionais ao VIH

2ª Sessão: Comunicação

3ª Sessão: Autorregulação emocional

4ª Sessão: Receios e preocupações com o VIH

5ª Sessão: Balanço entre ganhos e perdas

6ª Sessão: Construção de uma narrativa de vida

7ª Sessão: Redefinição de valores e prioridades de vida

8ª Sessão: Corpo no VIH

9ª Sessão: Operacionalização de objetivos de vida



3

Balanço individual



4

Balanço individual

❖ Depois do diagnóstico de VIH é comum sentir a necessidade de processar cognitivamente as mudanças que surgiram na sua vida. Prováveis mudanças a nível físico, psicológico, identidade, comportamento, familiar, social e profissional.

❖ Algumas mudanças em termos de:

- Físico;
- Psicológico (emocionalmente e cognitivamente);
- A própria identidade (alteração dos objetivos e das prioridades da vida);
- Comportamento;
- Família e Amigos;
- Profissional



Balanço individual

- ❖ O impacto da recção do diagnóstico VIH pode ser de tal maneira forte, que pode impor-se sobre a forma como a Pessoa se percebe a si própria, aos outros e ao mundo; (i.e. estereótipos)
- ❖ Pode surgir a percepção de mudanças tanto positivos como negativos;
- ❖ A experiência de viver com VIH pode compreender tanto aspetos benéficos como negativos;



Balanço individual: Ganhos & Perdas

Perdas	Ganhos
• Perda de empregos e/ou de carreiras profissionais; • Fracasso de alguns relacionamentos amorosos; • Diminuição de algumas relações de amizade; • Surgimento de comorbidades se a adesão e adaptação à terapêutica demorar (ex. depressão, ansiedade, inibição e mal-estar sexual, etc...); • Perda de alguma ingenuidade perante a vida e os outros; • Percepção de maior imprevisibilidade e incerteza; • Percepção da diminuição de resistências físicas (ex. cicatrizações de feridas e constipações mais demoradas a sarar e a curar; maior propensão para desenvolver doenças crónicas; envelhecimento mais rápido, etc...); • Sintomas físicos de adaptação à medicação (por ex. confusão mental, vômitos e náuseas, diminuição de peso, menor resistência física, etc...) • Maior preocupação com cuidados de saúde e rotinas de exames e consultas;	• Maior valorização das relações pessoais (i.e. com emoções mais profundas de qualidade quando surgem, maior abertura à divulgação de mútuo respeito e compaixão); • Maior percepção de força e capacidade individuais (reconhecer-se mais como sobrevivente, do que como vítima, envolver-se em novos desafios, maior confiança – se sobrevivi a “isto” posso lidar com tudo – maior sentimento de coragem e autossuficiência); • Maior valorização dos momentos do dia-a-dia e grato(a) por se ter “escapado à perda”; • Maior redefinição de prioridades de vida; • Novos interesses e novas oportunidades; • Novos percursos profissionais que podem ocorrer;



6ª Sessão: Tema

Construção de uma narrativa de vida



1



Grupo psicoterapêutico para pessoas que vivem com VIH

Contacto:
Nuno Tomaz dos Santos: nsantos.ctc@gmail.com

2



- 1ª Sessão: Reações emocionais ao VIH
- 2ª Sessão: Comunicação
- 3ª Sessão: Autorregulação emocional
- 4ª Sessão: Receios e preocupações com o VIH
- 5ª Sessão: Balanço entre ganhos e perdas
- 6ª Sessão: Construção de uma narrativa de vida
- 7ª Sessão: Redefinição de valores e prioridades de vida
- 8ª Sessão: Corpo no VIH
- 9ª Sessão: Operacionalização de objetivos de vida

3

Narrativa Individual



Narrativa Individual

4

- ❖ A experiência com o VIH pode ser sentida por **paradoxos**, por representar **alterações de identidade e/ou estilos de vida**, sobretudo quando existe uma reflexão profunda sobre o que já foi vivido e se procura um “**padrão**” que se tenha repetido entre as várias experiências significativas ao longo da própria história de vida (por exemplo, nas relações sociais, familiares, íntimas)
- ❖ A **identificação deste “padrão”** pode ajudar a compreender o sentido de existência de algum sofrimento vivido no passado e facilitar uma maior perceção de mudanças que se deseja para o futuro



Narrativa Individual

5

Na adaptação à vivência crónica com VIH, podem surgir a perceção de mudanças como:

- ❖ Reconsideração da identidade (com alteração no estilo de vida, com mudança de perceção também nas capacidades físicas e psicológicas)
- ❖ Reordenação de valores;
- ❖ Redefinição de objetivos;
- ❖ Reconstrução do tempo;
- ❖ A forma como a Pessoa percebe os outros, o mundo e a si própria;
- ❖ A perceção do VIH antes e depois do diagnóstico e/ou antes e depois do início da adaptação ao viver com VIH;



Narrativa Individual

6

- ❖ Quem sou eu antes, após o diagnóstico de VIH e hoje?
- ❖ O que era importante para mim antes, após o diagnóstico de VIH e hoje?



Narrativa Individual

7

Reconsideração da identidade:

Quem sou eu antes, após o diagnóstico de VIH e hoje? Reconheço que adquiri novos conhecimentos, seja de mim, seja da relação com os outros? Reconheço que tornei-me mais cuidadoso(a) de mim próprio(a) e dos outros? Tornou-se mais fácil comunicar sentimentos? Consigo perceber um sentido mais positivo de mim mesmo(a) depois de começar a adaptar-me ao viver cronicamente com o VIH? Sinto-me mais maduro(a), responsável e com mais paciência do que antes do VIH me ser diagnosticado?

Reordenação de valores :

O que é importante para mim hoje, após o diagnóstico de VIH e antes do diagnóstico? Assumi a responsabilidade de cuidar mais de mim motivado pelo diagnóstico de VIH? Tive alterações no meu comportamento em relação à saúde depois de começar a adaptar-me ao viver cronicamente com o VIH, por exemplo, diminui o consumo de álcool, práticas sexuais mais seguras, aumento de exercício físico ou acesso ao apoio aos consumos dependentes? Tornei-me menos materialista? Invisto mais em relações que realmente são significativas?



Escrita Narrativa

8



Escrita Narrativa: conceito

9

Pode ser descrito como um processo de investigação que o próprio exerce sobre si mesmo, sobre o que sente e o que pensa, utilizando a escrita como uma ferramenta de apoio, tendo como intuito desenvolver uma melhor adaptação, bem-estar e crescimento pessoal.

Vários benefícios para a saúde

- ❖ Redução de sintomas e sofrimento psicológico no VIH;
- ❖ Melhores níveis de adaptabilidade no VIH;
- ❖ Melhores níveis de adaptabilidade nas relações sociais no VIH;
- ❖ Redução do número de consultas médicas;
- ❖ Melhoria no humor;
- ❖ Diminuição dos sintomas de stress;
- ❖ Bem-Estar e aumento de comportamentos pró-ativos de saúde;
- ❖ Melhoria no desempenho de atividade física e reinserção no local de trabalho;
- Etc...



10

Escrita Narrativa

A Escrita Narrativa facilita a expressão emocional, significação e a interpretação cognitiva saudável do trauma, bem como potencia as melhores capacidades de ajustamento individual.

Objetivos:

- ❖ Expressão de Emoções
- ❖ Processamento Cognitivo e reinterpretação
- ❖ Atribuição de Significado

Efeitos:

- ❖ Melhoria na saúde
- ❖ Bem-estar subjetivo (sentir-se bem e funcionar bem)



11

Tarefa para Casa



12

7ª Sessão: Tema

Redefinição de Valores e Prioridades de Vida



1



Grupo psicoterapêutico para pessoas que vivem com VIH

Contacto:
Nuno Tomaz dos Santos: nsantos.ctc@gmail.com

2

- 1ª Sessão: Reações emocionais ao VIH
- 2ª Sessão: Comunicação
- 3ª Sessão: Autorregulação emocional
- 4ª Sessão: Receios e preocupações com o VIH
- 5ª Sessão: Balanço entre ganhos e perdas
- 6ª Sessão: Construção de uma narrativa de vida
- 7ª Sessão: Redefinição de valores e prioridades de vida
- 8ª Sessão: Corpo no VIH
- 9ª Sessão: Operacionalização de objetivos de vida



3

Tarefa de Casa – Escrita Narrativa

Partilha e Reflexão...



4

Redefinição dos valores e prioridade da vida



5

Valores e Prioridades de vida

A experiência do VIH pode oferecer a oportunidade de ocorrer :

- ❖ um autorreconhecimento de aquisição de novos conhecimentos (nomeadamente sobre o VIH), sobre as relações com os outros e sobre o mundo;
- ❖ pode haver um maior autocuidado em termos de saúde e bem-estar e por isso diminuir alguns comportamentos que podem ser mais prejudiciais (por exemplo o álcool);
- ❖ pode haver uma noção de que o tempo deve ser mais bem aproveitado e por isso pode ocorrer uma redefinição de prioridades e o estabelecimento de novos objetivos de vida.

Assim, a experiência do VIH oferece a redefinição de valores e prioridades (crenças) de vida...



6

Valores e prioridades de vida (crenças)

Crenças Potenciadoras (ou facilitadoras) são as que apoiam o sentido dos objetivos definidos;

Crenças Limitadoras são as que reduzem as oportunidades, geram um bloqueio na ação e impossibilitam atingir o objetivo que se pretende;

As crenças limitantes muitas vezes têm origem nas experiências passadas e impedem o acesso às oportunidades de aprendizagem de novas formas de crença que podem ser mais potenciadoras.

Ter consciência das próprias crenças é essencial; por exemplo:

- ❖ O quê que eu acredito sobre o quê que significa eu viver cronicamente com VIH?
- ❖ O quê que eu acredito sobre o VIH no mundo?
- ❖ O quê que eu acredito que será no futuro viver com VIH?
- ❖ O quê que eu acredito que por viver com VIH mereço?
- ❖ Quais são os princípios de vida ou crenças que me prejudicam? Quais quero alterar?
- ❖ O quê que é mais potenciador numa pessoa que vive com VIH? (Será o paradoxo entre a vulnerabilidade e força ao mesmo tempo?)



Tarefa

7

“Por favor, pense acerca dos princípios orientadores de vida que tem utilizado ao longo da sua vida”

- Escolha uma questão ou problema/situação em que sente que as suas convicções (crenças) foram importantes e decisivas para a tomada de decisão;
- Indique quais os motivos (crenças) que foram decisivos para agir nessa situação;
- Reflita se atualmente iria agir da mesma maneira? O quê que mudou em termos de crenças;



7ª Sessão: Tema

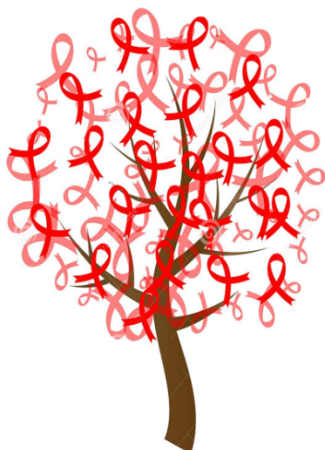
8

Operacionalização de Objetivos de Vida



Grupo psicoterapêutico para pessoas que vivem com VIH

Contacto:
Nuno Tomaz dos Santos: nsantos.ctc@gmail.com



1

2

- 1ª Sessão: Reações emocionais ao VIH
- 2ª Sessão: Comunicação no VIH
- 3ª Sessão: Autorregulação emocional no VIH
- 4ª Sessão: Medos e preocupações com o VIH
- 5ª Sessão: Balanço entre ganhos e perdas
- 6ª Sessão: Construção de uma narrativa de vida
- 7ª Sessão: Redefinição de valores e prioridades de vida
- 8ª Sessão: Corpo no VIH
- 9ª Sessão: Operacionalização de objetivos de vida



3

Palavra-chave da Sessão:

Corpo



4

Corpo VIH

Que perceção temos do nosso corpo atualmente em termos pessoais e sociais?
Que perceção temos do próprio corpo nas relações com os outros?

Onde o meu cérebro vai
e o meu corpo vai atrás?



Corpo VIH

5

Como as crenças e valores que seguimos impactam por emoções, sentimentos e comportamentos, na percepção do corpo da própria pessoa que vive com VIH positivo?

Quando ouvimos Outra pessoa a falar da sua experiência com VIH, o que sentimento no corpo?
Há uma reexperiência das sensações?



Corpo VIH

6

Falta de
sentido

Os valores morais e
culturais seguidos

Impacta nas relações
de intimidade

Como é que esta falta de sentido e
quase isolamento “existencial”
corporal impacta nas relações de
intimidade?

Corpo e Intimidade VIH

A descoberta do diagnóstico pode
ser sentido como um **abuso sexual**,
que não existindo um espaço social
para se dialogar sobre,
pode tornar-se...

...num **ato contínuo**
de auto-agressão
(ocorre a incorporação do abusador,
porque dependemos sempre do
Outro para atualizar a nossa
identidade; **tornamo-nos**
abusadores de nós próprios)



Corpo VIH

7

Tratamentos **anti-retrovirais** são
cada vez mais eficazes na
supressão viral, que tornam as
PVV sexualmente **não infecciosas**

A prevenção global do VIH, tende
a não “normalizar” uma das IST
mais temidas na história –
promove a “**biomedicalização**”
(a sociologia chama de
dependência farmacológica)

Experiências corporais de viver
com VIH
(é necessário **Transformar**
corpos, identidades e socialidade
antes temido como um dos mais
perigosos e contagiosos)

Reimaginar e **re-habitar** o corpo
como não-**infeccioso** e inofensivo



Um teste VIH positivo tem a capacidade de gerar identidades?
Quanto vírus deixamos crescer e matar a identidade que antes fomos e
que hoje podemos ainda ser?
O VIH consegue transformar-se numa poderosa fonte de ansiedade
invasora do corpo?



Corpo VIH

8



Imaginário cultural



Fobia Social

O VIH torna-se o "sexo errado"

Corpo resumido ao "VIH social" e não integrando o "VIH experiencial" perde a intensidade e eficácia, dando lugar a fobias sociais e rituais de exclusão

Os "excessos corporais" são muitas vezes atos de "socorro" desesperados por vitalidade corporal

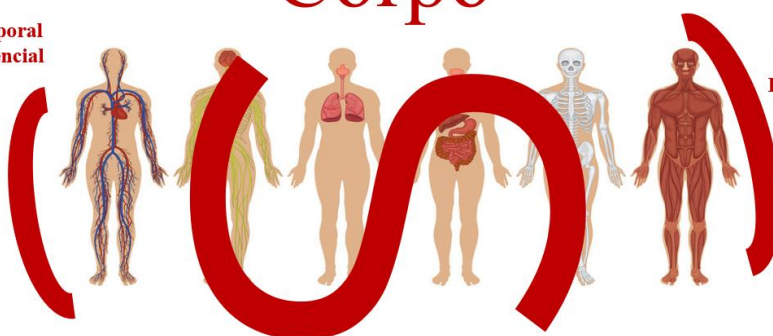
Existe sexualidade errada?



Corpo

9

Eu-Corporal Experiencial



Discursos Dominantes

Que Corpo fica no meio dos discursos dominantes e o Eu-Corporal experiencial?



Corpo VIH

10



Um corpo sem sexualidade é um corpo que abdicou da sua vitalidade, é um corpo...

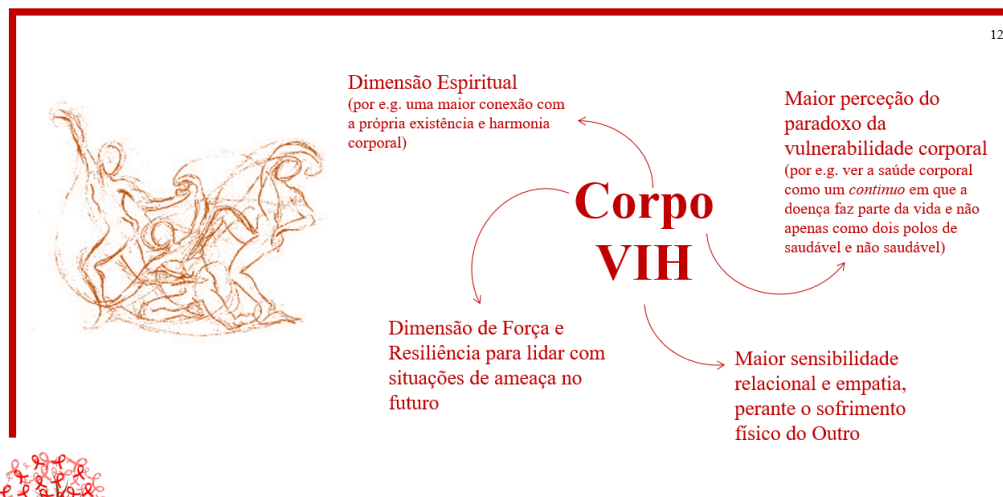


Cede a:

Será que o meu corpo vai tolerar os efeitos secundários da medicação? Será que os medicamentos vão ser sempre eficazes perante o vírus? Qual a duração de tempo de eficácia da medicação? E se houver resistências? Consigo conciliar os efeitos secundários com as minhas várias áreas da minhas vida?

...onde apesar de ter o vírus VIH adormecido, abdica da **força de viver**, da capacidade de **apreciar a vida e o próprio corpo**, permitindo discursos dominantes invasores com sentimentos de **vergonha e culpa**.





13

(Re)sonhar o corpo



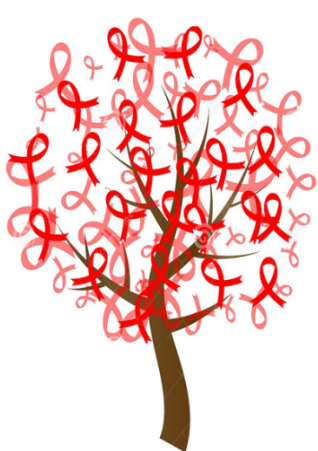
14

9ª Sessão: Tema

Operacionalização de objetivos de vida



1



**Grupo psicoterapêutico para
pessoas que vivem com VIH**

Contacto:
Nuno Tomaz dos Santos: nsantos.ctc@gmail.com

 **Ispa**
Instituto
Universitário

 **WJCR** WILLIAM JAMES
CENTER FOR RESEARCH

2

- 1ª Sessão: Reações emocionais ao VIH
- 2ª Sessão: Comunicação
- 3ª Sessão: Autorregulação emocional
- 4ª Sessão: Receios e preocupações com o VIH
- 5ª Sessão: Balanço entre ganhos e perdas
- 6ª Sessão: Construção de uma narrativa de vida
- 7ª Sessão: Redefinição de valores e prioridades de vida
- 8ª Sessão: Corpo no VIH
- 9ª Sessão: Operacionalização de objetivos de vida



 **Ispa**
Instituto
Universitário

 **WJCR** WILLIAM JAMES
CENTER FOR RESEARCH

3

Palavras-chave da Sessão:

Objetivos de Vida



 **Ispa**
Instituto
Universitário

 **WJCR** WILLIAM JAMES
CENTER FOR RESEARCH

Objetivos de Vida com o VIH

A experiência de viver com VIH pode despoletar a vontade de querer ajudar, se necessário outra pessoa que vive também com VIH;
 A experiência de viver com VIH pode desenvolver a oportunidade de maior compaixão por quem vive com VIH;
 A experiência de viver com VIH pode originar a vontade de querer saber mais sobre o que significa viver cronicamente com o VIH, para usufruir desse conhecimento para si próprio e para partilhar com outros que também vivem com VIH → **e esta aprendizagem pode expandir-se para as várias áreas da vida**

Este “despoletar”, “desenvolver” e esta “vontade” podem conduzir à redefinição de objetivos (*Percebemos que “temos”, que “conhecemos” e que “queremos partilhar” esta nova realidade... por exemplo que é possível viver durante muito tempo com VIH e que é possível viver bem com VIH*)

Esta redefinição começa com a percepção de que é possível explorar novas possibilidades para o próprio, novos compromissos, um novo trabalho por exemplo, etc... ou seja, uma nova identidade pessoal.



Objetivos de Vida com o VIH



- ❖ Implica uma **autoreflexão** exigente;
- ❖ É proposto um desafio sobre os comportamentos menos construtivos;
- ❖ Implica assumir compromissos;
- ❖ Implica confiar nas próprias capacidades.

O propósito de vida deve ser mais do que tentar viver a vida anterior ao diagnóstico de VIH... é necessário observar mais além do que o desespero, a desesperança, do abuso, da ausência de intimidade, da preocupação com o impacto da medicação, do olhar do Outro sobre nós quando referidos que vivemos com VIH... compreender e aceitar que todos estes sentimentos fazem parte, mas não resumem a identidade e podem ser uma oportunidade de transformação...

O que é difícil “tolerar” e que é positivo na forma como tenho reagido lidando com a experiência de viver com VIH ?
 O que a experiência de viver com VIH oferece?



Objetivos de Vida com o VIH

Quando surge esta redefinição da identidade com a missão, ocorre a vontade de querer atingir determinados objetivos;
 Para atingir objetivos é necessário estabelecer objetivos concretos;
 Esses objetivos são uma etapa para alcançar um objetivo maior integrado com a missão.
 Depois de estabelecer-se os objetivos é fundamental elaborar um plano de ação.
 Nesse plano de ação é fundamental identificar e avaliar os obstáculos e reavaliar como o plano definido é eficaz.





8

Tarefa

Identifique e operacionalize objetivos de vida

Isipa
Instituto Universitário

WJCR
WILLIAM JAMES
CENTER FOR RESEARCH

9

Muito obrigado!

Isipa
Instituto Universitário

WJCR
WILLIAM JAMES
CENTER FOR RESEARCH