

**INTERVENÇÕES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS NO CUIDADO À SAÚDE DE
PESSOAS COM HIV COM BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO**

**COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTIONS IN HEALTH CARE FOR PEOPLE WITH
HIV WITH LOW ADHERENCE TO TREATMENT**

**INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE
PERSONAS CON VIH CON BAJA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n6-298>

Data de submissão: 26/05/2025

Data de publicação: 26/06/2025

Romildo Fellipe do Nascimento Silva

Mestre em Psicologia e Saúde Mental

Universidade de Pernambuco (UPE)

E-mail: fellipepsicologo@live.com

Ana Maria de Santana

Pós-Doutora em Psicologia Clínica

Universidade de Pernambuco (UPE)

E-mail: ana.santana@upe.br

Jacqueline Travassos de Queiroz

Doutora em Psicologia Cognitiva

Universidade de Pernambuco (UPE)

E-mail: jacqueline.queiroz@upe.br

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo contribuir para o cuidado em saúde mental de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) que apresentam baixa adesão ao Tratamento Antirretroviral (TARV). A partir de uma revisão integrativa da literatura, são discutidos os desafios enfrentados por essa população, que envolvem aspectos psicológicos, sociais e relacionais, frequentemente marcados por estigma e sofrimento. Nesse contexto, destaca-se a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como uma abordagem eficaz para intervenções clínicas voltadas à promoção da adesão terapêutica. São exploradas técnicas como a reestruturação cognitiva, voltada à identificação e modificação de pensamentos disfuncionais relacionados ao processo de adoecimento e tratamento; a regulação emocional, que busca melhorar o manejo das emoções desconfortáveis; e a integração da entrevista motivacional, que contribui para a superação da ambivalência quanto ao uso contínuo da medicação e demais procedimentos relacionados ao tratamento. O estudo evidencia a importância da escuta clínica qualificada e da personalização das intervenções psicológicas, reconhecendo a complexidade do processo de adesão ao TARV. Argumenta-se que a atenção em saúde mental, quando orientada por abordagens baseadas em evidências científicas, pode potencializar o vínculo terapêutico e promover o autocuidado, qualificando as práticas em saúde pública. A TCC, nesse cenário, se apresenta como um recurso estratégico e flexível, capaz de responder de forma ética, técnica e sensível às demandas singulares de PVHIV.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental. Cuidado em Saúde Mental. Pessoas Vivendo com HIV. Baixa Adesão ao Tratamento Antirretroviral. Distorções Cognitivas. Desregulação Emocional.

ABSTRACT

This study aims to contribute to mental health care for People Living with HIV (PLHIV) who present low adherence to Antiretroviral Therapy (ART). Based on an integrative literature review, the challenges faced by this population are discussed, involving psychological, social, and relational aspects, often marked by stigma and psychological distress. In this context, Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) stands out as an effective approach for clinical interventions aimed at promoting treatment adherence. Techniques such as cognitive restructuring—focused on identifying and modifying dysfunctional thoughts related to illness and treatment—emotional regulation—aimed at improving the management of uncomfortable emotions—and the integration of motivational interviewing, which contributes to overcoming ambivalence regarding the consistent use of medication and other treatment-related procedures, are explored. The study highlights the importance of qualified clinical listening and the personalization of psychological interventions, acknowledging the complexity of the ART adherence process. It is argued that mental health care, when guided by evidence-based approaches, can strengthen the therapeutic alliance and promote self-care, thus enhancing public health practices. In this scenario, CBT emerges as a strategic and flexible resource, capable of responding ethically, technically, and sensitively to the unique demands of PLHIV.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy. Mental Health Care. People Living with HIV. Low Adherence to Antiretroviral Treatment. Cognitive Distortions. Emotional Dysregulation.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo contribuir al cuidado de la salud mental de Personas que Viven con VIH (PVVIH) que presentan baja adherencia al Tratamiento Antirretroviral (TAR). A partir de una revisión integradora de la literatura, se discuten los desafíos enfrentados por esta población, que involucran aspectos psicológicos, sociales y relacionales, frecuentemente marcados por el estigma y el sufrimiento psíquico. En este contexto, se destaca la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) como un enfoque eficaz para intervenciones clínicas orientadas a la promoción de la adherencia terapéutica. Se exploran técnicas como la reestructuración cognitiva, dirigida a la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales relacionados con el proceso de enfermedad y tratamiento; la regulación emocional, que busca mejorar el manejo de emociones incómodas; y la integración de la entrevista motivacional, que contribuye a superar la ambivalencia respecto al uso continuo de la medicación y otros procedimientos relacionados con el tratamiento. El estudio pone de relieve la importancia de una escucha clínica cualificada y de la personalización de las intervenciones psicológicas, reconociendo la complejidad del proceso de adherencia al TAR. Se argumenta que la atención en salud mental, cuando está guiada por enfoques basados en evidencias científicas, puede fortalecer el vínculo terapéutico y promover el autocuidado, mejorando así las prácticas en salud pública. En este escenario, la TCC se presenta como un recurso estratégico y flexible, capaz de responder de manera ética, técnica y sensible a las demandas singulares de las PVVIH.

Palabras clave: Terapia Cognitivo-Conductual. Atención de Salud Mental. Personas que Viven con VIH. Baja Adherencia al Tratamiento Antirretroviral. Distorsiones Cognitivas. Desregulación Emocional.

1 INTRODUÇÃO

O HIV continua sendo um grave problema de saúde pública. Aproximadamente 38 milhões de Pessoas Vivem com HIV (PVHIV), sendo 28 milhões em Tratamento Antirretroviral (TARV). Em 2021, houve 1,5 milhão de novas infecções e 680 mil mortes por doenças relacionadas à AIDS. Embora ainda não haja cura, os avanços na TARV têm melhorado a qualidade de vida do paciente (UNAIDS, 2021; OMS, 2022). No Brasil, a Lei nº 9.313/1996 garante o acesso gratuito a tratamentos e medicamentos para HIV e AIDS no SUS (BRASIL, 1996). A adesão ao tratamento é um processo dinâmico e multifatorial, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, exigindo decisões conjuntas entre paciente e equipe de saúde. A não-adesão se caracteriza pelo descumprimento de prescrições e abandono do tratamento. A adesão ao tratamento é um grande desafio para os serviços e profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Desde a década de 1980, o HIV e a AIDS têm sido estudados, incluindo seus impactos na saúde mental, devido à sobrecarga emocional e vulnerabilidade psíquica associadas ao diagnóstico (MALBERGIER, 2000). A PVHIV pode enfrentar alterações psicológicas como negação, ansiedade, depressão, culpa, vergonha, isolamento social e medo. Essas alterações podem surgir quando o paciente considera a possibilidade de infecção devido a comportamentos de risco (REMOR, 1999; MALBERGIER; SCHOFFEL, 2001; FLORES, 2012; BRITO; SEIDL, 2015; POLETO et al., 2015; NOGUEIRA, 2016; KAHHALE et al., 2010; SILVA, SANTANA, 2025).

O adoecimento representa uma ruptura na vida e nos projetos, exigindo que o indivíduo encontre formas de enfrentamento. Esse processo envolve uma dinâmica em que pensamentos, emoções e ações influenciam as formas de lidar com o agravio à saúde (KAHHALE et al., 2010). O Modelo Cognitivo, desenvolvido por Aaron T. Beck destaca que pensamentos, emoções e comportamentos são influenciados pela forma como as pessoas atribuem significados às situações (KNAPP; BECK, 2008; JUDITH BECK, 2022).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) auxilia na reestruturação de pensamentos distorcidos por meio de intervenções terapêuticas, promovendo estratégias focadas no problema e mudanças adaptativas nos padrões cognitivos, emocionais e comportamentais relacionados ao viver com HIV. Padrões cognitivos distorcidos e comportamentos indesejados podem agravar a experiência de adoecimento com o HIV, exacerbando sintomas e dificultando a adesão aos antirretrovirais, comprometendo a produção do cuidado. Intervenções cognitivas e comportamentais têm mostrado eficácia em doenças crônicas, reduzindo alterações psicológicas e psiquiátricas, promovendo adesão ao tratamento e melhorando o quadro clínico do paciente (KNAPP; BECK, 2008; FLORES, 2012;

JUDITH BECK, 2022; POLETTO et al., 2015; BRITO; SEIDL, 2015; ITO, 2004, SILVA, SANTANA, 2025).

A prática psicológica no Serviço de Doenças Infecciosas é necessária devido a possibilidade de evidenciar desregulação emocional, distorções cognitivas e exposição a situações de risco em paciente com HIV. A atuação do psicólogo na equipe interdisciplinar é fundamental para identificar e modificar as cognições disfuncionais relacionadas ao viver com HIV, utilizando estratégias terapêuticas baseadas na TCC. Essas intervenções visam reduzir o impacto psicológico e emocional do diagnóstico e promover a adesão à TARV. Por essa esteira compreensiva, interroga-se: *A TCC pode contribuir com o cuidado em saúde de PVHIV com baixa adesão ao tratamento?*

A TCC é vista como abordagem clínica no âmbito da Psicologia, eficaz no cuidado em saúde mental. Esta comunicação tem a intenção de contribuir com a produção do cuidado junto a PVHIV com baixa adesão ao tratamento, fortalecendo fundamentos teórico-práticos de natureza clínica beneficiando a comunidade de usuários dos serviços especializados em HIV na saúde pública, assim como a ampliação de horizontes compreensivos da prática psicológica. Destaca-se a relevância de ampliar estudos nessa área, dada a escassez de pesquisas sobre o tema. Importa realçar que as informações evidenciadas neste artigo, decorrem de conhecimentos elaborados a partir de estudos realizados no âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Psicologia - Práticas e Inovações em Saúde Mental, da Universidade de Pernambuco (UPE).

2 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura com foco nas contribuições teóricas e procedimentos clínicos da TCC no cuidado em saúde de PVHIV com baixa adesão à TARV. A revisão integrativa é indicada para pesquisas que buscam mapear conceitos, analisar os estudos relacionados ao tema pesquisado e apresentar uma visão geral quando há escassez de estudos específicos ou heterogeneidade metodológica. Dessa forma, essa abordagem permite analisar e integrar diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, proporcionando uma compreensão mais ampla do estado atual do conhecimento. Cabe destacar que apesar da abrangência proporcionada pela revisão narrativa, esta abordagem não tem como objetivo realizar meta-análises e sínteses quantitativas dos dados. Assim, os resultados esperados concentram-se na integração e análise qualitativa das informações disponíveis, proporcionando uma visão ampla e contextualizada sobre o tema (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foram considerados para inclusão estudos que atendiam aos seguintes critérios: artigos em língua portuguesa, publicações em periódicos científicos, livros e capítulos acadêmicos reconhecidos

e com foco no tema pesquisado. Foram excluídos estudos que apresentassem conteúdos não relacionados ao tema central, trabalhos não revisados por pares e publicações duplicadas ou desatualizadas. Optou-se por não delimitar um intervalo temporal para a seleção dos estudos devido à complexidade e escassez de publicações específicas sobre o tema, permitindo assim a inclusão de trabalhos relevantes independentemente do ano de publicação. Entretanto, para minimizar o risco de inclusão de estudos obsoletos, foi realizada uma avaliação criteriosa da atualidade e pertinência dos artigos durante a leitura na íntegra, assegurando que as informações incorporadas refletissem o estado mais recente do conhecimento sobre o tema.

A busca bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: Google Scholar, SciELO, PubMed, LILACS e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Além disso, foram consultadas referências bibliográficas dos artigos selecionados para ampliar a pesquisa. Foram utilizados os seguintes descritores e palavras-chave: Cuidado em Saúde Mental, Pessoas Vivendo com HIV, Baixa Adesão ao Tratamento Antirretroviral, Terapia Cognitivo-Comportamental, Distorções Cognitivas e Desregulação Emocional.

A partir dessa etapa, foi realizada uma triagem inicial por meio da leitura dos títulos e resumos dos estudos encontrados, a fim de verificar sua relevância ao tema proposto. Os materiais potencialmente pertinentes foram submetidos à leitura na íntegra para confirmar sua adequação aos critérios de inclusão, assegurando a consistência e qualidade da amostra final da revisão. A seleção dos estudos foi realizada por um avaliador principal, com a participação de um segundo avaliador para revisar e confirmar a adequação dos artigos incluídos, garantindo maior rigor e confiabilidade no processo de seleção.

3 PRODUÇÃO DE CUIDADO ÀS PVHIV: DESAFIOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

A adesão ao tratamento é um processo complexo que envolve tanto a ingestão dos medicamentos quanto o fortalecimento emocional das PVHIV, sendo influenciado por crenças pessoais, características de personalidade e fatores psicossociais e socioambientais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). A TARV promoveu significativa redução da morbidade e mortalidade entre PVHIV no Brasil e no mundo. Contudo, o tratamento impõe desafios aos serviços e profissionais de saúde para garantir a continuidade do enfrentamento ao vírus (MENEZES et al., 2018).

Segundo o Boletim Epidemiológico sobre HIV e AIDS do Ministério da Saúde (2022, p. 12), entre 1980 e 2022 foram notificados 1.088.536 casos de AIDS no Brasil, com 371.744 óbitos causados pela doença. Em 2021, registraram-se 11.238 mortes por AIDS (CID 10: B20 a B24). O acesso ao

tratamento antirretroviral contribuiu para uma redução da mortalidade de 26,4% entre 2014 e 2021. Conforme o levantamento, entre 2007 e 2022 foram notificados 437.803 casos de HIV no Brasil, incluindo 40.880 novos diagnósticos em 2021. Atualmente, aproximadamente 960 mil pessoas vivem com HIV no país, das quais cerca de 727 mil estão em tratamento. A falta de tratamento ou a baixa adesão aos antirretrovirais representam desafios significativos para o controle da epidemia, que só será possível com o diagnóstico e tratamento adequados de todos os infectados.

O principal objetivo da TARV é suprimir a carga viral do HIV, promovendo a reconstituição do sistema imunológico e melhorando a sobrevida e qualidade de vida do paciente. O tratamento transformou o HIV de uma condição letal para uma condição em saúde crônica, exigindo o uso prolongado e contínuo da medicação. O conhecimento e a interpretação do paciente sobre o HIV, sua motivação, resiliência, as expectativas, assim como, o protagonismo no autocuidado são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais, que podem facilitar ou dificultar a adesão ao tratamento (CABRAL et al., 2021).

Mendes (2012, p. 35) entende o autocuidado e o protagonismo em saúde como fenômenos complexos e subjetivos, que demandam avaliação atenta das equipes de saúde sobre o contexto, atitudes, crenças, confiança nos profissionais, motivações, importância atribuída à condição do tratamento, além do suporte social do paciente. Assim, a capacidade de autocuidado e protagonismo pode variar entre insuficiente e suficiente. Os pacientes com capacidade insuficiente de autocuidado frequentemente apresentam pensamentos e expectativas irreais sobre cura rápida, o que pode gerar frustração e desesperança. Esses fatores aumentam a vulnerabilidade e podem levar ao abandono do autocuidado, especialmente em indivíduos com dificuldade de compreensão do tratamento, em negação, isolados socialmente, com baixa autoeficácia, crenças distorcidas sobre si mesmo ou acometidos por transtornos psicológicos e psiquiátricos.

O Ministério da Saúde (2014, p. 117) enfatiza que o fortalecimento do autocuidado e do protagonismo em saúde depende do reconhecimento da singularidade de cada paciente. Mesmo com diagnósticos semelhantes, as necessidades e prioridades variam, exigindo a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com metas realistas e personalizadas. Assim, o autocuidado deve ser visto como construção relevante à saúde. Para tanto, sugerem-se abordagens clínicas centradas na pessoa, assim como, intervenções (individuais ou em grupo), baseadas em métodos Cognitivo-Comportamentais, que possibilitam compreender e atuar nas demandas do paciente. A produção do cuidado em saúde é um processo centrado no paciente, constituído na relação entre ele e os profissionais de saúde. Esses encontros visam promover a autonomia do paciente e o compartilhamento

da tomada de decisões. Cabe aos profissionais exercer acolhimento, responsabilização e oferecer resolutividade ante as demandas de amparo à saúde.

A adesão ao tratamento é essencial para o controle de sintomas, melhora dos resultados clínicos, aumento da qualidade de vida e prevenção de complicações e mortalidade. No entanto, esse conhecimento nem sempre garante que os pacientes sigam corretamente as prescrições médicas. Em casos de doenças crônicas que exigem tratamento contínuo e acompanhamento multidisciplinar, a não adesão pode ser vista como um comportamento disfuncional. Embora o bom senso sugira que uma pessoa tomaria um medicamento que melhora seu bem-estar, isso nem sempre ocorre. Silva e Santana (2025) evidenciam que não é o fato do paciente ter conhecimento acerca do seu diagnóstico e sobre os benefícios dos antirretrovirais que garantem a adesão ao tratamento, alertam sobre a experiência do paciente no seu adoecer. Nesse sentido, vê-se que as distorções cognitivas, desregulação emocional e a relação médico-paciente são fatores que contribuem para a baixa adesão ao tratamento. Os autores realçam sobre a importância de investigar psicopatologias que podem exercer influência relevante nessa dinâmica, agravando a adesão ao tratamento do HIV.

A TCC se destaca por sua eficácia em aumentar a adesão ao tratamento e reduzir comportamentos relacionados a recaídas e a não aderência (WRIGHT et al., 2010, p. 220). Os autores destacam que a adesão é um fator dinâmico que pode variar ao longo do tratamento. Em vez de rotular o paciente como não aderente, propõe classificá-la em três níveis: total, quando há recusa completa do tratamento; parcial, quando o paciente aceita apenas parte das intervenções; e nunca, quando há omissão ocasional de doses ou períodos sem medicação. Segundo Silva e Santana (2025), a não adesão está relacionada ao comportamento de esquiva que o paciente pode apresentar como modo a não experienciar os desconfortos decorrentes ao viver com HIV, por se tratar de um diagnóstico com alta carga de estresse e estereótipos associados que podem vulnerabilizar a saúde mental do paciente.

A inconsistência do paciente em seu tratamento pode decorrer de múltiplas razões, muitas vezes associadas a diferentes mecanismos de defesa. Entre os fatores mais comuns estão: negação, como parte do processo de ajustamento ao diagnóstico e à perspectiva de morte ou perda da saúde, podendo gerar sentimentos como raiva e tristeza; rejeição, que se manifesta como extensão da negação, sendo interpretada como uma resposta emocional; experiências pessoais negativas relacionadas ao tratamento, sejam vividas pelo próprio paciente ou por pessoas próximas e esquecimento aliado à desorganização, dificultando a adesão ao regime medicamentoso (WRIGHT et al., 2010, p. 220).

Na dimensão psicoterapêutica, autores destacam a presença de distorções cognitivas, bem como crenças de desamparo, desesperança e desvalor. Na concepção teórica da TCC, esse modo de pensar pode comprometer a adesão ao tratamento, interferindo em condutas como o uso correto de medicação,

o protagonismo no autocuidado e a manutenção do vínculo com profissionais de saúde (JUDITH BECK, 2022, WRIGHT et al., 2010, SILVA, SANTANA, 2025).

A crença de desamparo está relacionada à percepção de falta de controle, o que contribui para a resistência ao tratamento. Nessa perspectiva, o paciente percebe a medicação como instrumento de controle externo, levando a distorções cognitivas sobre estarem sendo controlados por profissionais ou instituições, cultivando o pensamento errôneo de que não exercem controle sobre o que está acontecendo com a sua vida, perdendo a confiança em sua capacidade e sentindo-se fora do controle. Essa percepção pode gerar sentimentos de medo e ansiedade, enfraquecer a autoconfiança e levar à recusa do tratamento. O paciente que associa o tratamento à perda de controle tende a apresentar baixa adesão, a menos que consigam flexibilizar suas crenças e atitudes (WRIGHT et al., 2010, p. 220).

Durante o processo de aceitação do tratamento, ao tomarem consciência da necessidade de conviver com uma condição de saúde crônica, o paciente pode sentir desespero e elaborar pensamentos de desesperança quanto ao futuro. Esses fatores, aliados a obstáculos como efeitos colaterais, fadiga prolongada e estigmatização, podem comprometer a adesão ao tratamento. Tais dificuldades podem levar à redução do esforço terapêutico ou até à desistência. Os problemas de saúde, frequentemente, impactam negativamente a autoestima, levando o paciente a desenvolver auto-afirmações desvalorizantes. Esse padrão de pensamento pode resultar na percepção de inutilidade do tratamento, comprometendo sua adesão (WRIGHT et al., 2010, p. 221, SILVA, SANTANA, 2025). A partir dessas premissas, o passo seguinte será apresentar o modelo psicoterapêutico à luz da TCC e suas contribuições no tratamento clínico em saúde mental as PVHIV.

4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) E AS DISTORÇÕES COGNITIVAS

Aaron Beck, psiquiatra e psicanalista norte-americano, na década de 1950, buscou validar cientificamente os conceitos psicanalíticos para obter reconhecimento da Escola de Psicoterapia Americana e da comunidade científica. Nos anos 1960, ao investigar a hipótese psicanalítica de que a depressão decorre da hostilidade voltada para si mesmo, analisou os sonhos de pacientes deprimidos e constatou que, em vez de hostilidade, predominavam temas de fracasso, perda e privação — conteúdos semelhantes aos pensamentos conscientes desses pacientes (JUDITH BECK, 2022, p. 20).

Os achados de Beck levaram a questionar a ideia psicanalítica de que a depressão está ligada a uma necessidade de sofrer. Diante da possibilidade de que os conceitos psicanalíticos fossem questionados, ele observou que seus pacientes apresentavam dois tipos de pensamento: a livre associação e pensamentos automáticos negativos sobre si mesmos, diretamente relacionados às emoções. Com base nisso, desenvolveu uma abordagem terapêutica voltada à identificação e

modificação desses pensamentos disfuncionais, o que resultou em significativa melhora clínica nos pacientes (JUDITH BECK, 2022, p. 21).

Beck passou a ensinar a abordagem terapêutica a seus residentes de psiquiatria na *University of Pennsylvania*, os quais também observaram melhores respostas dos pacientes. Isso motivou a realização de uma pesquisa científica para comprovar a eficácia do método, que mais tarde seria denominado Terapia Cognitiva (TC). Em 1977, os estudos demonstraram que a TC era tão eficaz quanto os antidepressivos, resultado considerado inovador por representar uma das primeiras comparações diretas entre psicoterapia e medicação (JUDITH BECK, 2022, p. 25).

No final dos anos 1970, Beck desenvolveu a TC, atualmente sinônimo de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Desde então, ele e outros pesquisadores têm demonstrado a eficácia da TCC no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos e problemas psicológicos. O primeiro manual de tratamento com essa abordagem, publicado por Beck e colaboradores em 1979, representou um marco na área da saúde mental (JUDITH BECK, 2022, p. 25).

No mesmo período, Beck e seus colegas iniciaram estudos científicos sobre a aplicação da TCC em diversos transtornos psiquiátricos, como ansiedade, uso de substâncias, transtornos de personalidade e transtorno afetivo bipolar. O processo envolvia observações clínicas, identificação de fatores de manutenção e cognições associadas ao transtorno, seguidos de testes empíricos e adaptações do tratamento por meio de ensaios clínicos controlados e randomizados. Esse método originou as atuais psicoterapias baseadas em evidências científicas (JUDITH BECK, 2022, p. 26).

A TCC tem sido amplamente adaptada para diferentes níveis de escolaridade, renda, culturas e faixas etárias, sendo aplicada em diversos contextos, como clínicas, hospitais, escolas e organizações. Pode ser utilizada em atendimentos individuais, em grupo, com casais e famílias. O tratamento baseia-se em uma formulação cognitiva que considera as experiências de vida do paciente, crenças mal-adaptativas, estratégias comportamentais e fatores de manutenção do sofrimento psicológico (JUDITH BECK, 2022, p. 26).

O Modelo Cognitivo propõe que pensamentos automáticos disfuncionais afetam diretamente o humor e o comportamento, sendo comuns em diferentes formas de sofrimento psicológico. Ao aprenderem a avaliar esses pensamentos de forma mais realista e adaptativa, o paciente tende a melhorar sua relação com as suas emoções e comportamentos (JUDITH BECK, 2022, p. 51).

A TCC auxilia o paciente a validar seus pensamentos, identificando possíveis distorções cognitivas e permitindo uma nova perspectiva sobre suas experiências. Isso favorece uma melhor relação com os sentimentos e comportamentos mais funcionais, facilitando a conquista de objetivos de

vida mais saudáveis. Para uma melhora duradoura no humor e no comportamento, é essencial trabalhar os diferentes níveis das cognições no tratamento (JUDITH BECK, 2022, p. 52).

Os pensamentos automáticos são cognições superficiais, rápidas e espontâneas, que não resultam de um raciocínio consciente. O Modelo Cognitivo propõe que emoções, comportamentos e reações fisiológicas são influenciados pela interpretação dos eventos. Assim, a forma como o paciente se sente e age está relacionada à maneira como interpreta determinada situação, embora muitas vezes ele não perceba esses pensamentos, estando mais atento às reações que se seguem (JUDITH BECK, 2022, p. 52).

Mesmo quando conscientes dos pensamentos automáticos, o paciente tende a aceitá-los sem questionamento, considerando-os verdadeiros. Por sua natureza automática, esses pensamentos não passam por avaliação crítica. A TCC busca promover a identificação e avaliação desses pensamentos, observando também as alterações no afeto, comportamento e fisiologia. Ao perceber que suas interpretações são equivocadas, o paciente frequentemente relata melhora do humor, comportamentos mais funcionais e redução de reações fisiológicas desconfortáveis. Esses pensamentos estão ligados a crenças subjacentes e podem ser classificados segundo distorções cognitivas específicas (JUDITH BECK, 2022, p. 52).

Segundo Judith Beck (2022, p. 53), desde a infância, as pessoas desenvolvem crenças sobre si mesmas, os outros e o mundo. As crenças centrais, ou nucleares, são compreensões profundas e duradouras, vistas como verdades absolutas. Indivíduos ajustados tendem a manter crenças realistas e positivas, mas todos possuem crenças negativas latentes que podem ser ativadas diante de situações estressantes ou de vulnerabilidades.

As Crenças Nucleares Adaptativas são ideias flexíveis e realistas sobre si mesmo, que refletem eficiência, agradabilidade e valores pessoais. Envolve uma visão equilibrada do mundo, reconhecendo tanto previsibilidade quanto incertezas e uma percepção precisa das pessoas, reconhecendo suas qualidades e possíveis riscos. Quanto ao futuro, incluem a crença na possibilidade de experiências positivas e na capacidade de enfrentar adversidades, se necessário. Essas crenças expressam eficiência, amabilidade e valorização pessoal e interpessoal (JUDITH BECK, 2022, p. 53).

As Crenças Nucleares Disfuncionais são ideias extremas, negativas e irrealistas, frequentemente associadas a sentimentos de desamparo, desamor e desvalor. Os indivíduos podem apresentar uma ou mais dessas categorias de crença. Entre os pensamentos automáticos e as crenças nucleares situam-se as Crenças Intermediárias, que envolvem atitudes, regras e pressupostos, influenciando a forma como as crenças mais profundas se manifestam (JUDITH BECK, 2022, p. 53).

A TCC busca atuar sobre os pensamentos automáticos disfuncionais e as crenças nucleares e intermediárias, uma vez que há evidências de que esses padrões cognitivos podem ser modificados. O tratamento visa promover o desenvolvimento de crenças mais realistas e funcionais, além de fortalecer estratégias saudáveis de enfrentamento. Dessa forma, o paciente tende a interpretar suas experiências de maneira mais construtiva e adaptativa (JUDITH BECK, 2022, p. 53).

Desde sua publicação inicial em 1977, a TCC tem sido amplamente pesquisada e aplicada clinicamente, com estudos que comprovam sua eficácia no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos, problemas psicológicos e condições médicas com componentes emocionais. A TCC também tem se mostrado eficaz na prevenção e redução da gravidade de episódios futuros. As teorias desenvolvidas por Beck continuam sendo estudadas, adaptadas e utilizadas em diferentes contextos clínicos, consolidando a TCC como a abordagem psicoterapêutica mais praticada no mundo e amplamente ensinada em programas de pós-graduação, especialmente nos Estados Unidos (JUDITH BECK, 2022, p. 54).

Nos últimos anos, observa-se um movimento em busca de inovações na área da saúde, incluindo a saúde mental, com ênfase em abordagens voltadas à recuperação de paciente com condições crônicas — perspectiva que fundamenta a proposta deste estudo. Nesse contexto, destaca-se a TCC voltada para a recuperação, uma vertente da TCC tradicional que prioriza a formulação cognitiva centrada em crenças adaptativas, estratégias comportamentais, qualidades pessoais, habilidades e recursos do paciente, em vez de focar exclusivamente nos sintomas e na psicopatologia (JUDITH BECK, 2022, p. 55).

Segundo Leahy (2019), as distorções cognitivas estão frequentemente na origem de diversos problemas psicológicos, intensificam a vulnerabilidade do paciente ao interpretar experiências de vida de forma negativa, o que contribui para disfunções comportamentais e sofrimento. Poletto et al. (2015) analisam distorções cognitivas e crenças nucleares mais comuns relacionados ao HIV e à AIDS, destacando que o diagnóstico torna o paciente mais vulnerável a sentimentos como negação, raiva, culpa, rejeição e autopunição. A intervenção psicológica, nesse contexto, pode favorecer a construção de estratégias de enfrentamento e a reformulação de percepções sobre a nova condição de saúde. Contudo, podem emergir comportamentos que comprometem a integridade física e emocional, afetando valores e crenças pessoais. Os autores enfatizam que o diagnóstico de HIV carrega um estigma depreciativo, sustentado por julgamentos morais impostos pela sociedade.

Os autores destacam a prevalência de distorções cognitivas em PVHIV, como: catastrofização, rotulação, abstração seletiva, personalização, culpa, leitura mental e adivinhações. Além disso, apontam crenças ligadas à impureza, inadequação, desvalor e desamor como vulnerabilidades

cognitivas que intensificam emoções desconfortáveis e favorecem comportamentos de risco, contribuindo para o adiamento do tratamento adequado.

Os achados de Poletto et al. (2015) são reforçados pelo estudo de Silva e Santana (2025), que identificaram distorções cognitivas e outros fatores associados à baixa adesão à TARV. Entre as principais distorções observadas estão: uso de "deveria", catastrofização, previsão do futuro, tendência de se culpar, rotulação, pensamentos do tipo "e se...?" e conclusões precipitadas. Além disso, fatores como tristeza, desmotivação e a relação insuficiente entre médico-paciente foram relacionados à baixa adesão ao tratamento.

Silva e Santana (2025) propõem um Modelo Cognitivo para compreender a baixa adesão ao tratamento do HIV, com base nos pressupostos da TCC. Segundo os autores, ao receber o diagnóstico e diante da exigência de um tratamento contínuo, o paciente pode intensificar as suas distorções cognitivas a partir da interpretação negativa da experiência de adoecimento, o que influencia o humor e gera emoções como tristeza, desmotivação e ansiedade. Além disso, alterações fisiológicas também podem estar relacionadas a esses estados emocionais, e não apenas aos efeitos dos antirretrovirais. Nesse contexto, o paciente recorre a comportamentos de esquiva, evitando situações que provocam desconforto físico e psicológico, o que resulta na baixa adesão ao tratamento e no não cumprimento das orientações da equipe de saúde.

Diante da diversidade de abordagens consolidadas na psicologia ao longo do tempo, diferentes perspectivas teóricas e práticas têm sido consideradas por pesquisadores como estratégias viáveis para promover cuidado em saúde mental no contexto dos serviços públicos. Nesse cenário, a TCC se destaca como uma abordagem recomendada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Intervenções terapêuticas serão apresentadas visando favorecer a reestruturação cognitiva, a regulação emocional e o fortalecimento da motivação para a mudança de comportamento, com o apoio da entrevista motivacional em saúde. Espera-se que tais práticas contribuam para uma ressignificação da experiência de adoecimento, favorecendo o protagonismo em saúde do paciente e adesão ao tratamento antirretroviral.

5.1 REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

A TCC oferece um conjunto de procedimentos e técnicas voltadas ao manejo das distorções cognitivas, com destaque para a reestruturação cognitiva. Esse processo visa ensinar o paciente a identificar, examinar e modificar pensamentos disfuncionais. Ao se apropriar dessas distorções,

acredita-se que o paciente possa desenvolver uma relação mais consciente, racional e funcional com a experiência de viver com HIV. Dessa forma, a TCC pode favorecer a adesão a TARV e demais procedimentos no cuidado em saúde.

Dentre os procedimentos clínicos da TCC voltados à reestruturação cognitiva, destacam-se técnicas como: registro da situação, pensamento, emoção e comportamento; distinção entre pensamento, sentimento e fatos; categorização das distorções cognitivas; verificação dos pensamentos; exame de evidências; análise das vantagens e desvantagens de pensamentos ou comportamentos; exercício do advogado de defesa; diferenciação entre comportamento e pessoa; uso do comportamento para reformular pensamentos disfuncionais; e dramatizações terapêuticas (LEAHY, 2019). Nos procedimentos clínicos voltados à reestruturação cognitiva, são selecionadas estratégias terapêuticas complementares como a de regulação emocional. Acredita-se que, na prática psicológica, a combinação dessas técnicas pode beneficiar os pacientes, promovendo um cuidado mais eficaz em saúde mental em PVHIV.

5.2 REGULAÇÃO EMOCIONAL

Assim como os pensamentos automáticos, todos experienciamos emoções diversas, agradáveis ou desconfortáveis, como ansiedade, medo, raiva, nojo e tristeza. No entanto, emoções desconfortáveis não devem ser vistas como um problema em si, mas como experiências que requerem estratégias para serem reconhecidas, aceitas e enfrentadas. Por vezes, o paciente se sente sobrecarregado, teme suas emoções e adota comportamentos autodestrutivos, como esquiva, fuga ou paralisação. Tais reações comprometem atitudes eficazes e resolutivas. Leahy, Tirch e Napolitano (2013) destacam que as emoções são essenciais para dar significado à vida, orientar mudanças e conectar às necessidades e aos outros.

Nesse contexto, é essencial compreender que pacientes vivendo com HIV, diante de situações estressoras e da necessidade de adesão a um tratamento contínuo, podem manifestar respostas emocionais desproporcionais, caracterizando um quadro de desregulação emocional. Essa intensificação emocional pode gerar sofrimento, estresse e comportamentos disfuncionais, como a resistência à adesão ao tratamento. Leahy, Tirch e Napolitano (2013) definem a desregulação emocional como a dificuldade de processar e lidar com emoções, categorizando-a em dois tipos: intensificação excessiva — quando a emoção é sentida como opressora, intrusiva e desproporcional — e desativação emocional — que envolve reações dissociativas, como entorpecimento, despersonalização ou cisão. Os autores destacam a regulação emocional como uma habilidade

essencial para enfrentar emoções de forma adaptativa, favorecendo atitudes mais assertivas e alinhadas com os objetivos pessoais do paciente.

As emoções exercem um papel fundamental na vida humana, ao influenciar decisões, impulsionar mudanças e fortalecer relações interpessoais. As técnicas de regulação emocional visam desenvolver habilidades para reconhecer, nomear e utilizar as emoções de forma funcional, auxiliando na tomada de decisões e na definição de valores e metas. Tais estratégias promovem a compreensão da natureza emocional, a reestruturação de interpretações disfuncionais e o aprendizado de formas adaptativas de gerenciamento emocional (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013).

A seguir, apresentam-se técnicas terapêuticas voltadas à regulação emocional, com o objetivo de contribuir para o cuidado em saúde mental de PVHIV: acesso às emoções por meio do diário emocional e identificação de emoções evitadas, livre expressão e aceitação das emoções, além da psicoeducação voltada ao reconhecimento de esquemas e crenças emocionais, utilizando-se da Escala de Esquemas Emocionais de Leahy-II (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013; LEAHY, 2019).

Dando continuidade aos procedimentos clínicos voltados à regulação emocional de PVHIV, destacam-se as técnicas de meditação baseadas em atenção plena (*mindfulness*), frequentemente utilizadas na TCC. Essas práticas têm se mostrado eficazes no contexto psicoterapêutico, auxiliando os pacientes a lidar com suas emoções de forma mais consciente e funcional.

A prática da atenção plena (*mindfulness*) contribui para o aumento da consciência, atenção e aceitação das experiências internas, favorecendo uma nova relação do paciente com suas emoções. Ao promover o não julgamento e o acolhimento, reduz a culpa associada às emoções desconfortáveis, incentivando sua vivência plena em vez de evitá-las ou controlá-las. Nesse sentido, o treino em *mindfulness* é indicado como estratégia terapêutica para desenvolver a atenção ao momento presente e melhorar a regulação emocional. Dentre as técnicas utilizadas destacam-se: relaxamento muscular progressivo, atenção plena à respiração diafragmática, ampliação de espaço (aceitação consciente das emoções), respiração de três minutos e *mindfulness* nas atividades cotidianas (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013; LEAHY, 2019). No contexto do tratamento em saúde mental para PVHIV, a TCC pode ser enriquecida pelo referencial teórico e prático da Entrevista Motivacional, a qual será apresentada a seguir.

5.3 ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)

Com os avanços científicos, houve mudanças significativas no cenário da saúde, incluindo a cura de algumas doenças, o desenvolvimento de novos tratamentos e estratégias para controle de infecções, o que elevou a expectativa de vida dos pacientes. Contudo, apesar desse progresso, observa-

se uma tendência de negligência quanto a comportamentos e estilos de vida saudáveis. Dessa forma, a mudança de comportamento torna-se um elemento essencial no tratamento em saúde, englobando atitudes que as pessoas podem adotar para promover seu próprio bem-estar. Portanto, é difícil conceber um tratamento eficaz sem que a mudança comportamental do paciente seja considerada fundamental para a prevenção, o tratamento e a manutenção da saúde (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

A Entrevista Motivacional (EM), desenvolvida em 1983 como uma modalidade de aconselhamento clínico, é uma abordagem eficaz para promover mudanças em comportamentos relacionados à saúde. Sendo uma abordagem com foco na motivação dos pacientes para iniciar, manter e concluir o tratamento, além de incentivar a participação nas consultas de acompanhamento e a redução de comportamentos prejudiciais à saúde (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

A EM surgiu da percepção de que a motivação do paciente frequentemente constitui um obstáculo para a mudança, sendo aplicada com sucesso em diversos contextos, inclusive no tratamento e prevenção do HIV (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). De acordo com Silva e Santana (2025) a desmotivação do paciente e a falta de uma relação médico-paciente empática e motivacional são fatores relevantes que dificultam a adesão à TARV, representando uma preocupação para profissionais e serviços de saúde.

A EM é um modelo que busca compreender as motivações dos pacientes para promover mudanças comportamentais em prol da sua saúde. Fundamentada em uma abordagem colaborativa, evocativa e centrada no respeito à autonomia do paciente. A EM é guiada por quatro princípios: resistir ao reflexo de consertar as coisas, compreender as motivações do paciente, escutar atentamente e fortalecer o paciente (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

A EM destaca três estilos de comunicação fundamentais na relação com o paciente: direcionar, orientar e acompanhar. Além disso, enfatiza habilidades comunicativas como perguntar, informar e escutar, que, quando combinadas, potencializam a efetividade do direcionamento, da orientação e do acompanhamento do tratamento (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Por fim, os autores destacam que as três habilidades — escutar, perguntar e informar — são empregadas em todos os estilos de comunicação da EM: acompanhar, orientar e direcionar. No entanto, no estilo diretivo predomina a informação; no de acompanhamento, a escuta; e no de orientação, há um equilíbrio entre as três habilidades. Por outro lado, o paciente pode apresentar ambivalência quanto à mudança, pois pode estar confortável com seu estilo de vida, mesmo que prejudicial à saúde, percebendo desvantagens em alterá-lo (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

Mudar atitudes em busca de um comportamento saudável pode ser desconfortável ou até doloroso para o paciente, especialmente no tratamento do HIV, que envolve precisar lidar com um

diagnóstico com alta carga de estresse, suportar efeitos colaterais dos antirretrovirais, administrar medicações diárias, frequentar consultas e realizar exames para monitoramento da carga viral, dentre outros. O paciente pode antecipar esses desafios e compromissos exigidos pela mudança. Embora o diagnóstico de HIV seja um evento capaz de motivar mudanças significativas em prol da qualidade de vida, no processo de atribuição de significados, o paciente pode desenvolver pensamentos e comportamentos contrários à mudança.

Segundo Rollnick, Miller e Butler (2009), as motivações do paciente para a mudança podem ser conflitantes, manifestando simultaneamente o desejo e a resistência à mudança. A ambivalência é um aspecto esperado e comum no tratamento, caracterizado por oscilar entre razões para mudar e para não mudar, podendo levar à paralisação. Assim, durante o processo terapêutico, o paciente pode experimentar situações que tanto se aproximam quanto afastam a possibilidade de mudança comportamental. Esse entendimento é corroborado por Silva e Santana (2025), que identificaram que PVHIV com baixa adesão à TARV tendem a adotar comportamentos de esquiva e paralisação diante da possibilidade de mudança, devido ao desconforto físico e psicológico associado ao adoecimento.

Rollnick, Miller e Butler (2009) destacam que o primeiro passo para apoiar a mudança do paciente é sua capacidade de reconhecer e discutir a necessidade dessa mudança. Para isso, seis temas são fundamentais na conversa: desejo, capacidade, razões, necessidade, comprometimento e passos iniciais. O paciente inicialmente expressa o que deseja fazer (desejo), por que mudaria (razões), como faria (capacidade) e a importância da mudança (necessidade). Quando esses aspectos são evocados, o paciente se aproxima da mudança. Na fase de pré-comprometimento, é crucial explorar seus argumentos, valores e esperanças. O comprometimento cresce gradualmente, tornando o paciente mais propenso a dar os primeiros passos, que são essenciais para uma mudança comportamental duradoura.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa de consideração, a TCC tem se mostrado uma abordagem eficaz no manejo psicológico de PVHIV que apresenta baixa adesão ao TARV. Uma das contribuições relevantes diz respeito quando informa sobre a reestruturação cognitiva, que visa identificar e modificar pensamentos disfuncionais relacionados ao estigma e crenças negativas sobre o tratamento e o processo de adoecimento. Esses pensamentos podem afetar a motivação para seguir o TARV de forma consistente. Além disso, a regulação emocional é uma estratégia essencial no processo terapêutico, já que muitos pacientes enfrentam ansiedade, culpa e depressão, o que pode interferir na capacidade de tomar decisões saudáveis e manter hábitos de autocuidado. A TCC oferece técnicas às práticas clínicas, como o monitoramento de pensamentos automáticos, a resolução de problemas e o treinamento em habilidades

de enfrentamento, que promovem autonomia e autoconfiança no paciente frente à adesão ao tratamento.

Outra relevância vista da TCC no âmbito da saúde, é o procedimento clínico da entrevista motivacional como recurso valioso para lidar com a ambivalência comum em pessoas com baixa adesão ao TARV. Essa técnica, foca na exploração de natureza empática da motivação interna, fortalecendo o compromisso pessoal do paciente com o tratamento por meio de metas claras e reforço da autoeficácia. Ao integrar a entrevista motivacional à TCC, o psicólogo pode facilitar um ambiente colaborativo, não confrontativo, no qual o paciente se sente acolhido para refletir sobre suas resistências e encontrar razões pessoais para aderir ao TARV. Essa combinação de abordagens potencializa os efeitos terapêuticos, promovendo mudanças no comportamento e uma melhora significativa na qualidade de vida de PVHIV, corroborando no cuidado a esta população nos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

BRITO, H. L.; SEIDL, E. M. F. Intervenções cognitivo-comportamentais em pacientes com HIV/AIDS: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 17, n. 2, p. 66-77, 2015. Disponível em: <https://rbtcc.com.br/RBTCC/article/view/751/441>. Acesso em: 30 jun. 2024.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre o acesso gratuito ao tratamento e medicamentos às pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e de doenças relacionadas à AIDS no Sistema Público de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm. Acesso em: 30 jun. 2024.

CABRAL, J. R.; MORAES, D. C. A.; CABRAL, L. R.; FREIRE, D. A.; ABRAÃO, F. M. D.; OLIVEIRA, R. C. Adesão à terapia antirretroviral em mulheres: Influência do perfil clínico e comportamental de saúde. *Ciência e Enfermagem*, v. 27, e191221, 2021. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532021000100221&script=sci_arttext. Acesso em: 30 jun. 2024.

FLORES, C. A. Terapia cognitivo-comportamental e tratamento psicológico de pacientes com HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 8, n. 1, p. 55-60, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v8n1/v8n1a08.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

ITO, L. M. Terapia cognitivo-comportamental na clínica médica. In: KNAPP, P. (org.). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 421-429.

JUDITH BECK, S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

KAHHALE, E. P.; CHRISTOVAM, C.; ESPER, E.; SALLA, M.; ANÉAS, T. *HIV/AIDS: enfrentando o sofrimento psíquico*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, n. 2, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/HLpWbYk4bJHY39sfJfRJwtn/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2024.

LEAHY, R. L. *Técnicas de terapia cognitiva*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A. *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MALBERGIER, A. *AIDS e psiquiatria: um guia para os profissionais de saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MALBERGIER, A.; SCHOFFEL, A. C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 23, n. 3, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/4pCVNRXN5WLbvpPYqJf69bJ/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2024.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. A.; GALVÃO, C. M. A. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4ZyGkQqgkZpKZ8HxyB9b8mK/?lang=pt>. Acesso em: 29 maio 2025.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. 1. ed. Brasília/DF: Organização Pan-Americana de Saúde (OPA) e Organização Mundial da Saúde (OMS), 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 30 jun. 2024.

MENEZES, E. G.; MELO, G. Z. S.; TORRENTE, G.; PINTO, A. S.; GOIABEIRA, Y. N. L. A. Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. *Revista Paulista de Enfermagem*, v. 31, n. 3, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/y7VFMfdmBYdFVgQFYrSK3Zs/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. 1. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf. Acesso em: 30 jun. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf/view>. Acesso em: 30 jun. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de atenção básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. 1. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 30 jun. 2024.

NOGUEIRA, G. S. Efeitos de intervenção cognitivo-comportamental sob a percepção de doença de pessoas que vivem com HIV/AIDS. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília/DF, 2016. Disponível em: http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/21046/1/2016_GrazielaSousaNogueira.pdf. Acesso em: 30 jun. 2024.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. *Entrevista Motivacional no cuidado da saúde: ajudando paciente a mudar o comportamento*. 1. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Sobre a infecção: HIV. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hiv/aids>. Acesso em: 30 jun. 2024.

PROGRAMA DO CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV E AIDS. Estatísticas globais sobre HIV. Brasília/DF, 2021. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 30 jun. 2024.

POLETTO, M. P.; HECK, C.; CALSA, D. C.; MOSKOVICS, J. M. Pensamentos automáticos e crenças centrais associados ao HIV/AIDS em indivíduos soropositivos. *Temas em Psicologia*, v. 23, n. 3, p. 243-253, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v23n2/v23n2a01.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2024.

REMOR, E. A. Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 12, n. 1, p. 89-106, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/s6HMzFVmdnJPbMykwZvTwBC/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2024.

SILVA, R. F. N.; SANTANA, A. M. Inovação na produção do cuidado em saúde mental às pessoas vivendo com HIV com baixa adesão ao tratamento antirretroviral. *Revista Caderno Pedagógico*, v. 22, n. 5, p. 01-22, 2025. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/14935/8344>. Acesso em: 29 maio 2025.

WRIGHT, J.; TURKINGTON, D.; DICKINGDON, D. G.; BASCO, M. R. *Terapia Cognitivo-Comportamental para doenças mentais graves*. 1. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2010.