

UM ESTUDO DIFERENCIAL SOBRE CRENÇAS DE PORTADORES DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV), RELACIONADAS AO ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO DAS CONDIÇÕES DE CONTÁGIO^(*)

A DIFFERENTIAL STUDY ABOUT BELIEFS OF PERSONS INFECTED BY THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV), RELATED TO THE PSYCHOLOGICAL COPING WITH THE CONDITIONS OF THE CONTAGION

Marco Antonio de Castro Figueiredo¹; Natalia Maria Terenzi² & Alcione Artioli Machado³

¹Docente do Departamento de Psicologia e Educação; ²Bacharel em Psicologia e Psicóloga – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; ³Docente do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

CORRESPONDÊNCIA: Prof.Dr. Marco Antonio de Castro Figueiredo. Av. dos Bandeirantes, 3.900 - CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto - S.P. E-mail : marcoacf@usp.br.

FIGUEIREDO MAC; TEREZI NM & MACHADO AA. Um estudo diferencial sobre crenças de portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), relacionadas ao enfrentamento psicológico das condições de contágio. **Medicina, Ribeirão Preto**, 32: 294-302, jul./set. 1999.

RESUMO: **Modelo do estudo:** estudo diferencial. **Objetivo:** o impacto da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (aids) sobre a integridade afetiva de portadores e pacientes sintomáticos exacerba, na pessoa atendida, sentimentos de insegurança e de perda do domínio sobre a situação em que o atendimento se efetua. Este fato se reflete na resposta do paciente ao tratamento, incidindo de forma negativa sobre sua aderência aos procedimentos prescritos: assim, o conhecimento prévio sobre a maneira com que o paciente avalia as causas da doença e os recursos de que ele próprio dispõe para enfrentá-la constituem um referencial de grande importância para a concepção de estratégias de atendimento. Neste sentido, este estudo foi delineado com o objetivo de verificar as diferentes formas com que o enfrentamento psicológico das condições do contágio pelo HIV se manifesta em pessoas com aids. **Metodologia:** este trabalho foi delineado, compreendendo dois estudos: **a)** trinta (30) portadores do HIV, sintomáticos ou não, com idades variando entre dezenove (19) e cinquenta e nove (59) anos, foram avaliados através da Escala de Controle de Levenson, permitindo classificá-los em três categorias: **internos**, cujo controle é atribuído à própria pessoa, **externos**, cujo controle é exercido por outros mais fortes ou pelo contexto, e **teleológicos**, cujo controle emana de um poder superior ou vontade divina; **b)** posteriormente, quarenta (40) pacientes sintomáticos, atendidos em clínicas públicas e particulares, foram avaliados através de uma adaptação da escala de Levenson, contextualizada para a aids. **Resultados:** para ambos os estudos, considerando os sujeitos definidos pelas variáveis idade e religião, não foram identificados subgrupos diferenciais (**p>.05**). No primeiro estudo, prevaleceram respostas da *externalidade* conjugadas à *teleologia*, nas mulheres, (**.59+.17>.17+.08; p<.001**); no segundo, foi verificada uma menor propensão à *teleologia* entre os usuários de serviços particulares, quando comparados aos de serviços públicos (**-.32<+.12; p<.001**), além de uma maior *internalidade* nestes últimos. (**+.44>+.26; p=.02**). **Conclusões:** tais resultados apontam algumas características distintivas entre os sujeitos quanto à auto-responsabilização e às crenças de razão necessária sobre problemas relacionados à aids. Considerando estas diferenças, foram discutidas algumas características que poderiam nortear futuras estratégias de orientação, subsidiárias ao tratamento clínico da aids.

UNITERMOS: Controle Interno-Externo. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. HIV.

(*) Pesquisa subvencionada pelo CNPq.

1. INTRODUÇÃO

Desde a sua descrição, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), vem sendo amplamente estudada, seja do ponto de vista etiológico^(1,2), envolvendo suas determinações clínicas e biológicas, seja através do enfoque nos seus determinantes psicossociais^(3,4,5). Dentro deste segundo enfoque, alguns estudos relacionados com a responsabilidade pela infecção^(6,7) colocam o portador frente a um universo polarizado⁽⁸⁾ onde, por um lado, a infecção é atribuída a causas relacionadas com o próprio paciente⁽⁹⁾ e, por outro, determinações ideológicas justificam a doença como algo já dado^(10,11).

O impacto da aids exacerba, no paciente, sentimentos de insegurança e de perda de domínio sobre a situação⁽¹²⁾, o que pode implicar em respostas negativas quanto à adesão ao tratamento. O conhecimento prévio sobre como o paciente avalia as causas da doença e os recursos que possui para enfrentá-la são de extrema importância para a concepção de estratégias de atendimento.

O presente trabalho busca verificar algumas propensões de portadores do HIV e pacientes com aids, com base no julgamento sobre as determinações e as causas relacionadas ao contágio. Para isso, foi adotado o referencial teórico e metodológico de Levenson sobre *Locus* de Controle⁽¹³⁾, construto concebido para descrever e explicar crenças mais ou menos estáveis no indivíduo quanto ao manejo dos acontecimentos em que estão envolvidos. Neste sentido, Levenson postulou três dimensões: **a) pessoal**, quando o próprio sujeito controla sua vida; **b) social**, nos casos em que os outros ou o contexto é que controlam os acontecimentos que lhe afetam; **c) teleológico**, onde o controle se dá por força de determinantes de razão necessária, como a sorte, acaso ou o destino.

Considerando o fato de que a resposta psicológica à doença é um fator facilitador ou bloqueador da adesão ao tratamento e o *Locus* de Controle está diretamente associado a estas condições afetivas e cognitivas, a identificação do foco do controle concebido pela pessoa contaminada poderá ser um importante subsídio para orientação e suporte ao tratamento clínico da aids.

A elaboração de um instrumento diagnóstico que possa identificar, de forma precoce, os critérios de localização dos pacientes com aids em categorias que permitam uma abordagem individualizada quanto aos recursos psicológicos que acreditam dispor para o en-

frentamento da infecção pelo HIV, além de propiciar informações complementares ao atendimento médico, podem permitir o acesso às crenças associadas aos fatores bloqueadores do atendimento em geral, facilitando intervenções no sentido de viabilizar a adesão do paciente e seu acompanhamento.

2. MÉTODO

Foram realizados dois estudos: **1)** avaliação do *Locus* de Controle com base no protocolo clássico de Levenson⁽¹³⁾; **2)** adaptação deste questionário ao contexto da aids com aplicação em uma nova amostra.

2.1. Primeiro estudo

a) Sujeitos: foi estudada uma amostra de trinta (30) sujeitos, sendo dezoito (18) homens e doze (12) mulheres, portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sem manifestação de sintomas de moléstias oportunistas no momento da aplicação do instrumento e sem o acometimento de problemas neurológicos que pudessem inviabilizar sua participação. A faixa etária dos sujeitos variou entre dezenove (19) e cinquenta e nove (59) anos (média = 35,9; desvio padrão = 9,9). Com relação à forma de contágio relatada, as doze (12) mulheres foram contaminadas pelo parceiro, e, dos homens, um (1) era hemofílico, quatro (4) eram heterossexuais com múltiplas parceiras, sete (7) eram adeptos de drogas de administração endovenosa e seis (6) eram homossexuais.

b) Procedimento: foi utilizado o protocolo para avaliação do *Locus* de Controle proposto por Levenson, adaptado à população brasileira⁽¹⁴⁾. Os questionários foram administrados individualmente, após um “rapport” com o sujeito, visando a familiarização com a situação de aplicação. A fidedignidade das avaliações foi verificada através do coeficiente α de Cronbach⁽¹⁵⁾.

c) Tratamento dos dados: os índices obtidos nesta etapa foram tratados, considerando-se os subgrupos definidos por gênero e idade. Estudos de diferenças entre subgrupos foram realizados através do teste **U**, tomando-se como critério $p < .05$ para rejeição da hipótese de igualdade. A independência entre avaliações sobre as três dimensões do *Locus* de Controle foi verificada através de análises de contingência com base em quadrantes formados pela mediana dos escores obtidos nas três escalas de Levenson, tomados dois a dois, e colocadas em abscissas e ordenadas das tabelas de contingência, conforme o esquema a seguir (Figura 1).

LC ₂ +	A	B
	C	D
Me -	-	+
	Me	LC ₁

Figura 1 - Esquema das Tabelas de Contingência para a verificação da independência entre as avaliações das três dimensões do Locus de Controle, através do questionário de Levenson. **LC₁**: Locus de Controle 1: primeiro elemento da comparação. **LC₂**: Locus de Controle 2: segundo elemento da comparação. **Me**: Mediana da distribuição dos LCs.

Onde:

Quadrante A: representa a área onde se situam os pontos formados pela conjugação entre altos escores no segundo *Locus* de Controle (LC₂) e baixos escores no primeiro *Locus* de Controle (LC₁), ou seja, prevalência de LC₂ sobre LC₁.

Quadrante B: nesta área, situam-se os pontos conjugados por altos valores em LC₂ e LC₁, representando associação entre as duas medidas.

Quadrante C: neste espaço, colocam-se os pontos determinados pela conjugação entre baixos escores nas duas medidas de *Locus* de Controle. Também, como no quadrante B, representam uma associação entre medidas, entretanto de caráter inverso, ou seja, valores pouco expressivos em ambas as escalas de *Locus* de Controle.

Quadrante D: concentra os pontos referentes à conjugação entre baixos escores em LC₂ e altos escores em LC₁, denotando uma prevalência deste sobre o primeiro.

2.2. Segundo estudo

a) Sujeitos: foi estudada uma amostra de quarenta (40) sujeitos, vinte e um (21) homens e dezenove (19) mulheres, portadores do HIV, faixa etária entre vinte (20) e quarenta e quatro (44) anos (média = 30, 3; desvio padrão = 5,6), vinte e três (23) usuários de serviços públicos de saúde e dezessete (17) pacientes de clínicas particulares. Com respeito à religião, vinte (20) sujeitos eram católicos, dezessete (17) pertenciam a seitas evangélicas e três (3) eram agnósticos. Quanto à forma de

contágio relatada, catorze (14) mulheres foram contaminadas pelo parceiro, dois (2) homens pela parceira, sete (7) sujeitos por uso de drogas injetáveis, oito (8) por práticas homossexuais e nove (9) por intercuro sexual com múltiplos parceiros. Da mesma forma que para o estudo anterior, por ocasião da testagem, os sujeitos não apresentavam manifestação de sintomas de moléstias oportunistas ou problemas neurológicos.

b) Procedimento: foi realizada uma adaptação do questionário de Levenson, com itens adequados ao contexto da aids. Uma lista composta por trinta e nove (39) locuções relacionadas aos três tipos de *Locus* de Controle, com conteúdos contextualizados à infecção pelo HIV, foi analisada por dois juizes de nível universitário, que as classificaram segundo a internalidade, externalidade e teleologia. A fidedignidade dos julgamentos foi verificada com base no coeficiente **kappa**⁽¹⁶⁾, tomando-se, como critério, p<.05 para a aceitação do nível de concordância entre juizes. Foram selecionados trinta e três (33) itens e a forma final do questionário foi composta por doze (12) itens sobre **internalidade**, nove (9) sobre **externalidade** e doze (12) sobre **teleologia**. Os itens foram administrados com o auxílio de escalas do tipo Likert em sete pontos, variando entre +3 (concordo totalmente) e -3 (discordo totalmente), e tendo o zero como ponto central. Uma vez que o número de itens não é o mesmo para internalidade, externalidade e teleologia, os escores foram transformados em dados relativos, calculados com base em proporções entre a somatória dos escores nos itens e o escore máximo possível, expresso em módulo, em determinado *Locus* de Controle:

$$LC = \frac{\Sigma i}{|Tot_i|} \quad \text{Onde:}$$

LC = Escore obtido em determinado *Locus* de Controle

Σ_i = Somatória de escores nos ítems deste *Locus* de Controle

|Tot_i| = Escore máximo possível neste *Locus* de Controle

Da mesma forma que para os estudos anteriores, os questionários foram aplicados individualmente e a fidedignidade das avaliações foi verificada através do coeficiente α de Crombach.

c) Tratamento dos dados: os índices obtidos nesta etapa foram tratados, considerando-se os seguintes subgrupos: católicos/não católicos, masculino/feminino, ≥ 30 anos/< 30 anos, sujeitos atendidos em

serviço público/clientes de clínicas particulares. Estudos sobre diferenças entre estes subgrupos foram realizados através do *teste t*, tomando-se como critério $p < .05$ para rejeição da hipótese de igualdade. Foram também realizados estudos de quadrantes para os casos em que foram detectadas diferenças significativas entre os subgrupos.

3. RESULTADOS

3.1. Primeiro estudo

Considerando a amostra total de sujeitos e os subgrupos definidos por sexo, a Tabela I apresenta os resultados obtidos pela aplicação do teste de Mann-Whitney para verificar as diferenças entre os

escores obtidos nas três escalas de *Locus* de Controle (internalidade, externalidade e teleologia).

Considerando a amostra total, podemos observar a existência de uma tendência geral para a *internalidade* (Int.>Ext., $p < .001$; Int.>Tel., $p < .001$; Ext=Tel., $p = .68$). Com referência aos subgrupos definidos por sexo, os resultados indicam maior *internalidade* por parte dos sujeitos masculinos (Int>Ext., $p < .001$; Int>Tel., $p < .001$) o que não acontece com as mulheres, onde a *internalidade* não prevalece sobre a *teleologia* (Int \cong Tel., $p = .19$). Fazendo uma comparação entre sexos, a Tabela II apresenta os resultados do teste de Mann-Whitney para verificar diferenças entre homens e mulheres quanto aos escores nas três escalas estudadas.

Tabela I - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney para verificar diferenças quanto ao Locus de Controle, para o total de sujeitos e por subgrupos definidos pelo sexo

		Internalidade	Externalidade	Internalidade	Teleologia	Externalidade	Teleologia
Total	M _P	40.2	20.8	36.1	20.9	27.9	29.1
	Z _U		-4.29		-3.48		-.28
	P		<.001*		<.001*		.68
Masculino	M _P	25.2	11.8	25.6	11.3	18.1	18.8
	Z _U		-3.83		4.10		-.24
	P		<.001*		<.001*		.68
Feminino	M _P	16.0	11.8	14.3	10.6	11.7	13.3
	Z _U		-2.42		-1.30		-.58
	P		.01*		.19		.56

n_{total} = 30; n_{masculino} = 18; n_{feminino} = 12; $\alpha = .05$. * Diferença significativa.

M_P = Média dos postos atribuídos durante o procedimento do cálculo do teste U de Mann-Whitney.

Tabela II - Resultados da aplicação do teste de Mann-Whitney para verificar diferenças quanto ao Locus de Controle, para o total de sujeitos e por subgrupos definidos pelo sexo

Sexo	Internalidade		Externalidade		Teleologia	
	M	F	M	F	M	F
M _P	12.7	19.6	10.1	23.6	12.3	20.2
Z _U		-2.29		-4.13		-2.43
P		.02*		> .001*		.01*

n_{masculino} = 18, n_{feminino} = 12; $\alpha = .05$, * Diferença significativa.

M_P = Média dos postos atribuídos durante o procedimento do cálculo do teste U de Mann-Whitney.

Comparando-se com os sujeitos do sexo masculino, verifica-se uma maior *expansividade* de respostas, dentro de cada categoria, por parte dos **sujeitos femininos**. Quanto à idade, os resultados obtidos não apresentam diferenças, não havendo, portanto, relações entre idade dos sujeitos e os resultados obtidos no questionário sobre *Locus* de Controle.

A análise de contingência, realizada através do estudo de quadrantes, revelou para o subgrupo do sexo feminino uma associação significativa entre externalidade e teleologia, conforme ilustram as Figuras a seguir (Figuras 2 e 3).

3.2. Segundo estudo

Considerando a amostra total dos sujeitos estudados e os subgrupos definidos pelo tipo de serviço (público/particular), a Tabela III apresenta os resultados obtidos através da aplicação das escalas de *Locus* de Controle adaptadas ao contexto da aids.

Considerando a amostra total, observamos que existe uma prevalência de internalidade sobre os outros *Locus* de Controle (Int>Ext, $p < .001$; Int>Tel, $p < .001$; Ext=Tel, $p = .32$). Com relação aos subgrupos definidos pelo caráter público/particular do local de atendimento, os resultados mostram uma relação Int>Ext=Tel para os sujeitos usuários do serviço público, sugerindo uma prevalência de internalidade para tais pacientes. A mesma relação não acontece com os usuários de clínicas particulares pois, além da in-

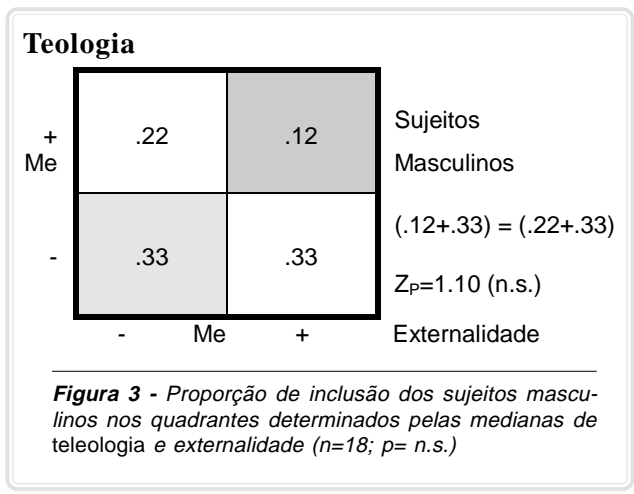
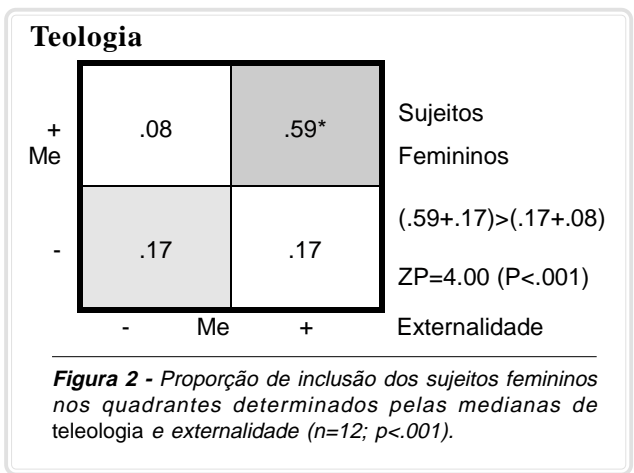


Tabela III - Resultados do teste t para diferença de médias entre Locus de Controle, para a amostra total e de usuários de serviços públicos/particulares, através do questionário adaptado

		Internalidade	Externalidade	Internalidade	Teleologia	Externalidade	Teleologia
Total	Média	+ .36	+ .01	+ .36	- .07	+ .01	- .07
	SD	.25	.31	.25	.34	.31	.34
	t	5.70		< 8.95		1.00	
	p	< .001*		< .001*		.32	
Serviço Público	Média	+ .44	+ .06	+ .44	+ .12	+ .06	+ .12
	SD	.28	.37	.27	.30	.37	.30
	t	< .8.95		3.61		-.56	
	p	< .001*		< .001*		.58	
Clínicas Particulares	Média	+ .26	+ .08	+ .26	- .32	- .08	- .32
	SD	.19	.18	.19	.19	.18	.19
	t	5.31		8.95		3.91	
	p	< .001*		< .001*		< .001*	

N_{Total} = 40; N_{Serviço Público} = 23; N_{Serviço Particular} = 17, $\alpha < .05$.
* Diferença significativa.

ternalidade, observam-se, nestes sujeitos, baixos índices de teleologia. Considerando os três *Locus* de Controle estudados, a Tabela IV apresenta os dados comparativos entre usuários de serviços públicos e particulares através do teste *t*.

Tais resultados mostram que a internalidade prepondera entre os usuários do serviço público ($+ .44 > + .26$; $p = .02$). Com relação à teleologia, aparecem marcadas diferenças entre os subgrupos, onde os clientes de clínicas particulares apresentam índices inversos de teleologia, ou seja, resultados negativos significativamente diferentes dos obtidos pelos pacientes de serviço público ($+ .12 > - .32$); $p < .001$).

Levando em conta a religião dos sujeitos, os estudos sobre diferença de médias entre católicos e evangélicos não apresentaram resultados significantes para internalidade (Cat = $+ .40 \cong Ev = + .36$; $t = .67$), externalidade (Cat = $- .06 \cong Ev = + .09$; $t = .12$), e teleologia (Cat = $- .05 \cong Ev = - .08$; $t = .82$).

Finalmente, com referência aos estudos sobre a fidedignidade das escalas, ambos os instrumentos demonstraram níveis aceitáveis de confiabilidade: no primeiro estudo, *homogeneidade* do questionário original, considerando as três escalas ($\alpha = + .37$; $p = .85$); no segundo, bom *coeficiente de concordância* entre juízes, na análise de conteúdo para a adaptação das escalas originais ao contexto da aids ($\kappa = + .89$; $Z_k = 30.54$; $p < .0001$), *homogeneidade dos itens* ($\mu_{Tot} = + .53$; $\mu_{Int} = + .39$; $\alpha_{Ext} = + .22$; $\alpha_{Tel} = + .56$) e *segregabilidade entre medidas* de internalidade, externalidade e teleologia ($F = 19.74$; $p < .0001$).

4. DISCUSSÃO

Após a análise dos dados colhidos em ambos os estudos, constata-se a prevalência de **Internalidade**,

independente da idade e do sexo dos sujeitos, no primeiro estudo, realizado com base no modelo clássico de Levenson. Este fato pode levar a uma perspectiva, por parte do paciente, do próprio controle sobre a situação, o que não o isenta de apresentar uma tendência à responsabilidade pela infecção quando esta vem acoplada a tendências deterministas e teleológicas. Também, na aplicação do segundo instrumento, o questionário adaptado ao contexto da aids, encontraram-se padrões de **Internalidade** em todos os subgrupos, determinados pelas variáveis estudadas: **sexo, idade, religião e local de atendimento** sendo que, com os clientes de **clínica particular**, a relação entre os níveis de controle adquire características marcadamente hierárquicas. Considerando esta tendência à **Internalidade** em conjugação com propensões à auto-responsabilização, muito comuns entre portadores sintomáticos⁽¹⁷⁾, alguns projetos de intervenção poderiam adotar procedimentos visando o fortalecimento do ego, além de mudanças no componente cognitivo de atitudes frente ao fato de se estar contaminado pelo HIV, **deslocando, do indivíduo para a relação entre pessoas**, a atribuição de causalidade associada às vicissitudes do contágio, buscando, neste movimento de socialização, uma retomada do equilíbrio afetivo/cognitivo do sujeito. É importante salientar também que os sujeitos, independente do sexo, são marcadamente **internos**, o que provavelmente é um reflexo da ideologia da livre iniciativa, em nossa sociedade^(18,19), onde as pessoas são incentivadas a adquirir maior autonomia sobre seus atos, e, portanto, sobre decisões que, geralmente, não estão na relação entre as pessoas, mas na escolha pessoal.

Outro aspecto que deve ser salientado se refere à **Externalidade** associada à **Teleologia** por parte das mulheres, encontrado na análise dos dados do

Tabela IV - Resultados do teste t para diferenças de médias entre Locus de Controle para usuários de serviço público e clínicas particulares, através do questionário adaptado à aids

Subgrupos	Internalidade		Externalidade		Teleologia	
	Público	Particular	Público	Particular	Público	Particular
Média	+ .44	+ .26	+ .06	- .08	+ .12	- .32
SD	.27	.19	.37	.18	.30	.19
t	-2.38		1.47		5.34	
P	.02*		.15		< .001*	

N_{Serviço Público} = 23, N_{Clínica Particular} = 17, $\alpha = .05$.
* Diferença significante.

primeiro estudo. Este fato pode ser interpretado como uma resposta determinada pela condição de mulher na nossa sociedade, que a incentiva ao conformismo, à sujeição e à crença em um destino de força maior^(20,21,22). Estes dados poderão ser relevantes para a compreensão de dificuldades da mulher no convívio afetivo, familiar e profissional, possibilitando a explicitação de alguns componentes de sua vulnerabilidade social, no sentido de desenvolver assertividade quanto à negociação do sexo seguro, aleitamento ou na luta pelos seus direitos no trabalho⁽²³⁾.

É importante salientar que, no segundo estudo, o subgrupo definido por clientes de clínicas particulares apresentaram um aspecto único. Este subgrupo apresentou, além de **Internalidade**, baixos níveis de **Teleologia**. Estes dados têm que ser interpretados com parcimônia, uma vez que outras variáveis, associadas ao poder aquisitivo, possam estar interferindo nos resultados. Se levarmos em conta que os sujeitos usuários de serviços particulares de saúde podem pertencer a estratos sociais de maior poder aquisitivo, teoricamente, poderiam também, apresentar níveis mais altos de escolaridade. Desta forma, estes dados poderiam também ser interpretados como decorrentes de maior escolaridade e status sócio-econômico, onde estes indivíduos atribuem a causalidade a aspectos mais concretos, racionais e mais centrados **em si**.

Pelo contrário, a sub-amostra de sujeitos usuários de serviços públicos de saúde apresenta um perfil que se caracteriza pela associação entre medidas de **Internalidade** e **Teleologia**. Da mesma forma, este fato poderia ser interpretado como uma decorrência de status sócio-econômico subprivilegiado e conseqüente nível de escolarização mais elementar destes sujeitos. Neste caso, o determinismo pode se associar à atribuição, ao mesmo tempo, de uma auto-responsabilização e de uma postura contemplativa sobre sua condição, onde um destino de força maior é quem decide o seu futuro.

É importante salientar que os estudos envolvendo a variável religião foram feitos separando sujeitos católicos dos de outras religiões, e os sujeitos sem credo foram retirados. Futuros estudos poderão ser feitos levando em conta subgrupos agnósticos, o que, talvez, possa levar a diferenças relevantes.

Um outro aspecto que poderia ter sido visualizado no presente trabalho se refere às diferenças entre comportamentos de risco, quanto às características afetivas, cognitivas e conativas^(24,25). Alguns limi-

tes de delineamento impossibilitaram, no primeiro estudo, uma caracterização mais precisa dos sujeitos estudados. No segundo, devido à participação de pacientes de clínicas particulares, algumas informações não estavam disponíveis como, por exemplo, o comportamento de risco. Desta forma, algumas variáveis importantes, relacionadas a comportamentos, não puderam ser contempladas nos estudos.

Uma vez que o objetivo deste estudo é verificar algumas cognições associadas à atribuição de causalidade da doença na visão do próprio paciente, o *Locus* de Controle, enquanto instrumento, viabiliza projetos de inspiração direcionada ao tratamento individualizado. Este fato representa um ganho do ponto de vista psicossocial, por considerar cada paciente nas suas necessidades particulares, além do desenvolvimento de estudos a respeito de propensões comportamentais características a cada subgrupo, incluindo cada paciente em um grupo de referência.

Sendo que a orientação do trabalho dos profissionais de saúde vem adquirindo formas rígidas e inadequadas em função da especialização^(26,27,28), a prática poderá ser reorientada na direção de uma síntese entre necessidades, buscando uma melhora tanto para pacientes quanto para profissionais envolvidos no atendimento à aids.

Há também que salientar alguns limites do presente trabalho. A complexidade do fenômeno aids e a multiplicidade de incidências que a infecção pelo HIV e os sintomas das doenças oportunistas já instalados têm sobre o paciente são desafios constantes para os estudos e as intervenções psicossociais. Mesmo tendo a garantia da ausência de problemas físicos e psicológicos nos nossos sujeitos, no momento da coleta de dados, há que se considerar, também, questões de ordem sobre a história individual e a heterogeneidade das características psicossociais dos sujeitos. Desta forma, um estudo comparativo com pessoas não infectadas pelo HIV poderia adicionar elementos importantes para a discussão dos resultados obtidos nos dois instrumentos utilizados. Ainda que possamos considerar alguns resultados de trabalhos que mostram, com clareza, alterações afetivas determinadas por infecção pelo HIV^(29, 30, 31), nossos dados poderiam ser complementados por um grupo controle, para verificar a questão especificamente para os instrumentos utilizados no presente trabalho.

Considerando as características técnicas deste trabalho, o instrumento estudado poderá servir como um elemento para o prognóstico sobre a adesão ao

tratamento, uma vez que depende de respostas oriundas em três níveis de concepção: social, teleológica e pessoal. Desta forma, cada uma dessas dimensões poderá estar determinando diferentes níveis de aderência e encerrando diferentes níveis de intervenção. Assim, a possibilidade de estabelecer relações entre os resultados sobre *Locus* de Controle e outras avaliações psicológicas, abre a perspectiva de contribuir para a composição de um “quadro” mais completo dos casos estudados, aumentando seu valor prognóstico e

diagnóstico. Em outras palavras, a conjugação dos resultados sobre *Locus* de Controle com outras medidas psicológicas poderia contribuir como uma aproximação, quanto à complexidade dos fenômenos que determinam, à adesão ao tratamento. Com base nos resultados do presente trabalho, estudos mais aprofundados deverão ser realizados, tendo em vista a formação dos profissionais de saúde e conseqüente aperfeiçoamento do atendimento ao portador do HIV e paciente com aids.

FIGUEIREDO MAC; TERENCEZ NI & MACHADO AA. A differential study about beliefs of persons infected by the human immunodeficiency virus (HIV), related to the psychological coping with the conditions of the contagion. *Medicina, Ribeirão Preto*, 32: 294-302, july/sept. 1999.

ABSTRACT: Study Model: a differential study. **Objective:** the impact of Acquired Immunodeficiency Syndrome (aids) on the affective integrity of carriers and symptomatic patients exacerbates patient feelings of insecurity and of loss of control over the situation during which care is provided. This fact reflects on patient response to treatment, with a negative influence on his compliance with prescribed procedures: thus, previous knowledge about the way the patient evaluates the causes of the disease and his own resources to cope with it represents a reference framework of great importance for the conception of care strategies. In this respect, the present study was designed in order to determine the different forms of psychological coping with HIV contagion by persons with aids. **Methodology:** the present investigation consisted of two studies: A) 30 patients with HIV, symptomatic or not, ranging in age from 19 to 59 years were evaluated by the Control Locus Scale of Levenson which permitted their classification into three categories: **internal** (whose control is attributed to the person itself), **external** (whose control is exerted by stronger others or by the context), and **teleologic** (whose control emanates from a superior power or divine will). B) In a second study, 40 symptomatic patients seen at public and private clinics were evaluated by an adaptation of the Levenson scale contextualized for aids. **Results:** differential subgroups were identified ($p > .05$). In the first study there was a prevalence of *externality* responses conjugated with *teleology* among women ($.59 > .17 > .08$; $p < .001$); in the second there was less propensity to *teleology* among users of private services compared to users of public services ($-.32 < .12$; $p < .001$), as well as a greater *internality* among the latter ($+.44 > .26$; $p = .02$). **Conclusions:** these results indicate some distinctive characteristics among subjects in terms of self-responsibility and beliefs of a necessary reason about problems related to aids. Considering these differences, some characteristics are discussed which may guide future subsidiary orientation strategies for the clinical treatment of aids.

UNITERMS: Internal-External Control. Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BARRÉ SINOUSSE F; CHERMAN J C; REY F; NUGEYRE M T; CHAMARET S; GRUEST J; DAUGUET C; AXLER-BLIN C; VÉZINET-BRUN F; ROUZIOUX C; ROZENBAUN W & MONTAGNER L. Isolation of a T-Lymphotropic retrovirus from a patient at risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Science* 220: 868-877, 1983.
- 2 - BOLOGNESI D P. Aids Vaccines. In: DEVITA Jr VT; HELLMAN S & ROSENBERG SA orgs. *Aids etiology, diagnostics, treatment and prevention*, J.B. Lippincot, Philadelphia, p 479-488, 1992.
- 3 - CALABRESE LH; KELLEY DM; CULLEN RJ & LOCKER G. Physicians' attitudes, beliefs and practices regarding AIDS Health Care Promotion. *Arch Intern Med* 151: 1157-1160, 1992.
- 4 - CARSON V; SOEKEN KL & TERRY L. Hope and spiritual Well-Being: essentials for living with AIDS. *Perspect Psychiatric Care*. 26: 28-34, 1990.
- 5 - KELLY JA; St LAWRENCE J E; SMITH Jr; WOOD HV & COOK DJ. Stigmatization of Aids patients by physicians. *Am J Public Health* 77: 789-791, 1987.
- 6 - HERECK M G & GLUNT E K. An epidemic of stigma. Public reactions to Aids. *Am Psychol* 43: 886-891, 1988.

- 7 - MELBY V; BOORE JRP & MURRAY M. Acquired Immuno Deficiency Syndrome: knowledge and attitudes of nurses in Northern Ireland. **J Adv Nurs** 17: 1068-1077, 1992.
- 8 - LESERMAN JL; PERKINS DO & EVANS DL. Coping with the threat of Aids: the role of social support. **Am J Psychiatry** 149: 1514-1520, 1992.
- 9 - DOWELL KA; LO PRESTO CT & SHERMAN M F. When are Aids patients to blame their disease? Effects of patients' sexual orientation and mode of transmission. **Psychol Rep** 69: 211-219, 1991.
- 10 - DANIEL H. **Vida antes da morte**. Tipografia Jabuti, Rio de Janeiro, 1989.
- 11 - FIGUEIREDO MAC. Aids, ciência e sociedade: a dicotomia entre conhecimento técnico e competência social no trabalho do profissional de saúde. **Programa de Pós Graduação em Psicologia. FFCLRP USP**, Ribeirão Preto, 1997. (apostila)
- 12 - FIGUEIREDO MAC & MACHADO AA. Traços afetivos e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV): um estudo diferencial. **J Bras Doenças Sex Trans** 8: 28-33, 1996.
- 13 - LEVENSON H. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. **J Consult Clin Psychol** 41: 397-404, 1973.
- 14 - DELA COLETA MF. Escala multidimensional de locus de controle de Levenson. **Arq Bras Psicol** 39: 79-97, 1987.
- 15 - GUILFORD JP. **Psychometric methods**. Mc Graw-Hill, New York, 1954.
- 16 - COHEN JA. A coefficient of agreement for nominal scales. **Educ Psychol Meas** 20: 37-47, 1960.
- 17 - FIGUEIREDO MAC. Profissionais de saúde e atitudes frente à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids): um estudo diferencial com base no modelo afetivo-cognitivo de Fishbein e Ajzen (1975) Tese de Livre Docência. Departamento de Psicologia e Educação, **Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP**, Ribeirão Preto, p 1-73, 1994.
- 18 - GORZ A. Divisão do trabalho na empresa e técnica do poder. In: GORZ A org. **Divisão social do trabalho e modo de produção capitalista**. Publicações Escorpião, Porto, p. 187-218, 1976
- 19 - LUKÁCS G. **História e consciência de classe. Estudos de dialética marxista**. Publicações Escorpião, Porto, 1974.
- 20 - PARKER R G. Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: Implicações para intervenções em face do HIV/Aids. **Physis, Rev Saúde Coletiva** 7: 99-108, 1997
- 21 - SMITHSON A. Girls will be women. **Nurs Times** 88: 46-48, 1992.
- 22 - LAURENTI R. Perfil epidemiológico da saúde do homem na região das Américas: uma contribuição para o enfoque de gênero. In: Anais. **V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. ABRASCO, Rio de Janeiro, p. 91-100, 1997.
- 23 - MANN J. aids e direitos humanos. In: MANN J; TARANTOLA DJM & NETTER WN, orgs. **A aids no mundo**. Dumará Distribuidora de Publicações, Rio de Janeiro, cap. 10, p. 241-272, 1993.
- 24 - GELLIN BG & ROGERS DE. Technical successes and social failures: Approaching the second decade of the Aids epidemic. In: DEVITA Jr VT; HELMAN S & ROSENBERG S, orgs. **AIDS etiology, diagnosis, treatment and prevention**. J.B. Lippincot, Philadelphia, p. 497-502, 1992.
- 25 - KELLY P J & HOLMAN S. The new face of Aids. **Am J Nurs** 93: 26-32, 1993.
- 26 - CAMARGO JR KR. (Ir)racionalidade médica. Os paradoxos da Clínica. **Physis, Rev Saúde Coletiva** 2: 203-228, 1992.
- 27 - DWORKIN J. Aids education for health care professionals in an organizational or systems context. **Publ Health Rep** 107: 668-674, 1992.
- 28 - FIGUEIREDO MAC; SOUZA LB & MORAIS KC. Atitudes frente à Aids. Análise da adequação de um modelo afetivo-cognitivo para estudos diferenciais com profissionais de saúde. **Medicina, Ribeirão Preto**, 26: 393-407, 1993.
- 29 - BENNETT L. Aids Health Care. In: SHERR L, org. **Grief and Aids**. John Wiley & Sons, New York, p 87-102, 1995.
- 30 - DEAN L. The epidemiology and impact of Aids-related death and dying in New York 's gay community. In: SHERR L, org. **Grief and Aids**. John Wiley & Sons, New York, p. 29-44 , 1995.
- 31 - FIORONI LN & FIGUEIREDO MAC. Levantamento de perfis psicológicos em pessoas com Aids, através da técnica de Rorschach. In: Resumos. **III Encontro da Sociedade Brasileira de Rorschach**. Sociedade Brasileira de Rorschach, Ribeirão Preto, p. 96, 1998.

Recebido para publicação em 06/04/99

Aprovado para publicação em 14/09/99