

Mecanismos Psicológicos de Adaptação à Infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana Adquirida(*)

MARIA LUÍSA FIGUEIRA (**)

1. INTRODUÇÃO

O síndrome de imunodeficiência adquirida, doença provocada por um agente viral, tem importantes implicações psicológicas e comportamentais. O papel dos técnicos de saúde mental, quer psiquiatras quer psicólogos clínicos, exerce-se no controlo e tratamento desta doença, pelo menos a dois níveis. Em primeiro lugar, nos programas de prevenção primária. Até ao presente momento, não é conhecida uma vacina ou uma terapêutica antiviral eficaz para o síndrome de imunodeficiência, doença cujo curso é fatal a médio prazo. Por esse motivo, a prevenção primária assume uma enorme relevância. As formas de contágio mais prevalentes envolvem comportamentos de risco, e, após o diagnóstico de seropositividade HIV, a prevenção de novos contágios implica também modificações nos hábitos de vida e no mesmo tipo de comportamentos importantes para o contágio. É por conseguinte, nos programas de prevenção que assume particular importância a implementação de técnicas para modificação de compor-

tamentos que levem à propagação da infecção.

Em segundo lugar a terapêutica psiquiátrica e psicoterapêutica é importante para a diminuição do sofrimento psicológico dos doentes com SIDA ou seropositivos HIV, que, com muita frequência, sofrem de descompensações psicopatológicas. É nesta última área que temos dado o nosso contributo desde 1987, orientando uma equipa de Psicologia Médica no acompanhamento de doentes com SIDA e seropositivos no Serviço de Doenças Infecto-contagiosas do Hospital de Santa Maria (Director: Prof. Carvalho Araújo) e em colaboração com a equipa médica do Serviço.

2. PREVENÇÃO PRIMÁRIA DA INFECÇÃO HIV

Os programas de prevenção primária envolvem a modificação dos comportamentos de risco para a infecção, sendo os mais importantes, no plano epidemiológico, o comportamento *sexual* e a *partilha de seringas* no grupo dos toxicómanos. Por vezes estes diferentes comportamentos de risco coincidem no mesmo sujeito o que torna mais difícil o estabelecimento de planos preventivos. Dois modelos principais têm sido aplicados com relativo êxito, podendo ser conjugados em extensos programas preventivos. O primeiro é um *modelo de intervenção a nível comunitário* fazendo intervir os *media*, os

(*) O presente trabalho é um aspecto parcial da Lição de Agregação apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa. A parte experimental foi realizada em colaboração com os Dr.s Nuno Félix da Costa e Sílvia Ouakinin.

(**) Professora Associada de Psicologia Médica na Faculdade de Medicina de Lisboa.

agentes de ensino, outros agentes comunitários, incluindo grupos de técnicos treinados para intervenções na comunidade, e instituições de saúde. O segundo é um *modelo orientado para a intervenção clínica directa*, com sujeitos individuais ou em grupo, visando a modificação de comportamentos.

Em qualquer dos casos, os programas de intervenção nesta área não podem ser baseados apenas em campanhas informativas e pedagógicas, conducentes a fornecer conhecimentos sobre a doença, sobre as vias de transmissão e sobre as modalidades de prevenção. Este tipo de campanhas, utilizadas desde o início da epidemia em quase todos os países atingidos, só levaram à modificação de comportamentos na sua fase inicial, *fase de impacto informativo*. Embora a informação factual seja necessária, *não é condição suficiente para que um comportamento seja modificado de forma persistente, em largas camadas da população*.

Esta conclusão é tirada de vários estudos longitudinais, entre os quais citaremos os de Joseph e cols. (1987), que verificaram que o conhecimento da SIDA não se correlaciona a longo termo com a redução do risco. Tem sido postulado um «efeito de tecto ou de limiar» — seria necessária uma certa quantidade de informação para mudar um comportamento, mas a partir de um certo limiar informativo poucas mudanças seriam conseguidas (Becker & Joseph, 1980). Conclusões idênticas foram extraídas da avaliação dos resultados da aplicação de técnicas comportamentais à modificação de comportamentos de risco, principalmente sexuais (J.A. Kelly & J.S. St. Lawrence, 1990): a informação factual é necessária, mas insuficiente para produzir uma modificação significativa em padrões comportamentais de risco bem estabelecidos. Os comportamentos nocivos para a saúde podem ser muito difíceis de modificar, principalmente se possuem as seguintes características:

- prolongados no tempo;
- implicarem uma ameaça para a saúde distante no tempo;
- altamente e imediatamente reforçados após a sua emissão;
- socialmente incitados ou reprimidos.

No caso concreto da SIDA, salientemos o

facto dos comportamentos de risco serem imediatamente reforçados de forma positiva por estarem associados à obtenção de prazer. Os comportamentos sexuais estão também dependentes de padrões culturais muito bem estabelecidos e são modulados por normas de grupo.

2.1. *Intervenções a Nível Comunitário para Modificação dos Comportamentos de Risco*

O modelo de intervenção comunitária mais bem estudado, quer em termos de fundamentação, quer de avaliação de resultados foi o aplicado na cidade de S. Francisco, um dos locais de maior incidência da SIDA nos E.U.A. (Coates e col., 1984, 1988, 1990). O êxito deste modelo (derivado da experiência de 20 anos dos seus autores, no trabalho de redução dos comportamentos de risco para as doenças cardiovasculares e para o cancro) deveu-se à planificação das várias fases que incluíram:

- Especificação do grupo-alvo;
- Identificação das características que colocavam esse grupo em risco;
- Selecção dos *media* que poderiam atingir esse grupo;
- Determinação da informação factual a ser transmitida;
- Fornecimento de competências para a redução do risco (competências práticas, competências interpessoais verbais e não verbais);
- Fornecimento de incentivos para a redução do risco (incentivos negativos, incentivos positivos simbólicos ou não);
- Especificação dos parâmetros para a avaliação da evolução (cognitivos — consciência do problema, conhecimento, atitudes; comportamentais — prevenção, redução, eliminação ou manutenção do risco).

A implementação deste modelo, envolveu um conjunto de peritos de várias áreas de intervenção, assim como uma avaliação rigorosa das variáveis envolvidas nos comportamentos de risco. Queremos aqui salientar a importância dos dados de natureza psicológica. Relativamente à identificação das *características que colocavam os sujeitos em risco permanente para*

QUADRO 1

Variáveis Associadas com o Aumento da Probabilidade de Infecção Pelo Vírus HIV ou de Ocorrência de Comportamentos de Alto-Risco (E.U.A.)

| | |
|---|--|
| Etnicidade | Negros e Hispânicos em maior risco para a SIDA e comportamentos de risco |
| Estatuto sócio-económico | Baixo estatuto económico em maior risco para a infecção HIV |
| Idade | Adolescentes mais velhos e jovens adultos com maior probabilidade para os comportamentos de alto-risco |
| Abuso de álcool e droga | Comportamento sexual em combinação com abuso de álcool ou drogas aumenta o risco para comportamentos de alto-risco |
| Conhecimento da doença | Pode estar relacionado com as mudanças comportamentais no início da epidemia |
| Eficácia das orientações em relação à saúde | A redução dos comportamentos de risco depende do grau de confiança sobre a informação transmitida |
| Custos | A dificuldade na mudança comportamental está associada com a percepção de perda do prazer |
| Percepção da ameaça | A susceptibilidade à infecção é predictora de comportamentos de menor risco |
| Percepção de eficácia | A redução do risco está associada à crença de que o próprio possui as capacidades necessárias para modificar o comportamento |
| Apoio dos companheiros | A crença de que os companheiros apoiam os comportamentos de baixo-risco aumenta a probabilidade da sua ocorrência |

(adaptado de T. J. Coates, R. D. Stall, J. A. Catania, S. Kegeles, 1988)

a *infecção HIV*, determinaram-se um conjunto de variáveis associadas com o aumento de probabilidade de ocorrência de comportamentos de alto-risco. São variáveis demográficas, comportamentais e psico-sociais (Quadro 1).

Deste estudo salientamos a verificação que o abuso simultâneo de drogas a álcool, prévio aos comportamentos sexuais, é um comportamento preditor de um alto-risco. No plano das variáveis psico-sociais é também de pôr ênfase na verificação que a *probabilidade de comportamentos de alto-risco* aumenta com: (a) a

descrença em relação às medidas preventivas; (b) a percepção de que a supressão dos comportamentos de risco tem um custo afectivo elevado; (c) a não existência de uma percepção de ameaça associada com a susceptibilidade à infecção; (d) uma baixa percepção de auto-eficácia para modificar os comportamentos; (d) uma baixa competência social na assertividade necessária para «negociar» com o companheiro/a o uso de métodos conducentes à prevenção.

Parece ser necessário aplicar à situação um conjunto de cognições caracterizadas por: (1)

um certo tipo de percepção da ameaça constituída pela infecção; (2) uma avaliação de que são reduzidos os custos representados pela mudança de comportamentos; (3) por uma percepção da auto-eficácia necessária para mudar os comportamentos; (4) por uma capacidade afirmativa para impôr esta mudança ao companheiro/a.

Outras variáveis cognitivas, implicadas na probabilidade de mudança ou supressão de comportamentos de risco, têm sido estudadas no próprio contexto das psicoterapias cognitivas e comportamentais desenhadas para corrigir comportamentos ou actividades de risco nos sujeitos susceptíveis.

2.2. *Um Modelo Clínico de Aprendizagem de Competências Sociais para Reduzir o Risco de HIV*

O modelo de intervenção comportamental de Kelly e colaboradores (J. A. Kelly e col., 1990) utiliza uma perspectiva de aprendizagem social. Baseia-se no pressuposto que as pessoas que se auto-avaliam como vulneráveis serão mais capazes de modificar os seus comportamentos de risco se tiverem oportunidade para adquirir um treino comportamental recebendo reforços positivos sistemáticos, relativamente aos esforços de mudança, por parte dos companheiros. Este modelo tem sido utilizado com sucesso em intervenções de grupo programadas com sujeitos com risco de infecção. Antes da terapia são avaliados com um conjunto de medidas, algumas validadas por Kelly (J.A. Kelly, J. St. Lawrence, H.V. Hood & T.L. Brasfield, 1989). De entre estas destacamos: (1) o «*Teste de conhecimento dos comportamentos de risco para a SIDA*» («AIDS Risk Behavior Knowledge Test»); (2) uma *avaliação das competências comportamentais em situações de «role-play»* com simulação de situações sexuais coercivas; (3) uma história passada de comportamentos de risco; (4) a *auto-monitorização de comportamentos de risco*. Noutro estudo utiliza também uma modificação da Escala de Locus de Controlo da Saúde («Health Locus of Control Scale») de modo a torná-la pertinente para a SIDA.

As estratégias de intervenção que utiliza visam *redefinir as normas do grupo* de modo a

desencorajar as práticas de alto-risco e a encorajar socialmente ou reforçar os sujeitos que fazem mudanças comportamentais tendentes a reduzir o risco. É, por conseguinte, feita uma tentativa de modificar as contingências sociais que ocorrem naturalmente e que operam no grupo de companheiros.

Nos procedimentos terapêuticos utilizam-se sessões semanais (durante 7 semanas) com: (1) práticas de educação de risco; (2) treino das capacidades de auto-manejo na resolução de problemas e nas modificações do ambiente e modificações cognitivas; (3) e, treino de comportamentos assertivos em situações simuladas de risco.

As terapias de comportamento feitas com sujeitos em risco de se infectarem pelo facto de serem avaliadas com instrumentos de medida têm permitido identificar alguns factores que influenciam as práticas de risco (Kelly & Lawrence, 1988). Podem ser sintetizados nos seguintes factores: (1) percepção individual de ameaça; (2) tipo e contingências de reforço; (3) pressões coercivas; (4) modulação de companheiros; (5) comportamentos padrão do grupo favorecendo práticas de alto ou baixo risco; (6) crenças pessoais de que as mudanças podem ser feitas com sucesso.

As características dos sujeitos que não se envolvem em práticas de alto-risco foram identificadas numa investigação deste mesmo grupo com os instrumentos de medida mencionados. Podem ser observadas no Quadro 2.

Do mesmo modo pode afirmar-se que a determinante principal de risco é a *necessidade de fazer atribuições pessoais no que se refere ao risco, enfatizar o controlo interno e a escolha pessoal dos comportamentos*.

Após implementação de programas comunitários para modificação de comportamentos de risco (sexuais e partilha de seringas) verificou-se em estudos longitudinais realizados entre os anos de 1985 e 1988, ter havido uma mudança significativa na frequência destes comportamentos (Becker & Joseph, 1988; Stall, Coates & Hoff, 1988). Por exemplo, numa amostra probabilística de homossexuais masculinos, os comportamentos sexuais de risco, modificaram-se numa percentagem de 37,4% em 1985 para 1,7% em 1988 (ausência de protecção) (Gráfico 1). Num outro estudo epidemiológico realizado

QUADRO 2

Características dos Sujeitos (Sexo Masculino) que não se Envolvem em Práticas de Alto-Risco

-
- Consideram o comportamento sexual seguro como uma norma na sua rede social
 - atribuem um valor de segurança ao seu próprio comportamento de baixo-risco
 - atribuem, com menor probabilidade, o comportamento de risco para a SIDA a factores externos, tais como o acaso, a sorte ou o destino
 - têm um maior conhecimento acerca do comportamento de risco
 - avaliam o próprio nível de risco em maior concordância com o seu comportamento actual
 - têm menos parceiros sexuais
 - pertencem ao grupo etário mais elevado
-

também na população da cidade de S. Francisco (Evans, Rutheford & Amory, 1988) com uso de indicadores indirectos, como a incidência de outras infecções sexualmente transmissíveis associadas aos comportamentos de risco *per se* (caso da proctite gonocócica), e em correlação com os progressos educativos, verificou-se uma mudança na prevalência destas infecções de 4.008 casos em 1982 para 390 em 1986.

Os resultados que têm sido obtidos são positivos como pode ser observado nos gráficos seguintes que sintetizam os resultados de dois estudos distintos, um a nível comunitário e outro com intervenção clínica em grupo. Verifica-se uma redução substancial dos comportamentos de risco respectivamente 4 meses e 24 meses após a intervenção (Gráficos 1 e 2).

3. OS MECANISMOS PSICOLÓGICOS DE «COPING» PARA LIDAR COM O DIAGNÓSTICO DE SEROPOSITIVIDADE HIV E DE SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

O diagnóstico de seropositividade pelo vírus da imunodeficiência adquirida, contém em si mesmo um forte potencial de ameaça pela natureza letal da doença, num prazo mais ou menos curto. O sujeito enfrenta uma situação de perigo cuja evolução é, em grande parte independente da sua vontade e incontável pelos seus próprios meios. São estas características da situação que criam as condições de intenso *stress* por um lado, ser avaliável cognitivamente como for-

temente ameaçadora, por outro, estar associada à percepção de uma ausência de controlo pessoal. Apesar desta avaliação ser influenciada pelas crenças e pela personalidade do sujeito, pode, com elevada probabilidade, gerar expectativas cognitivas negativas que o afectam, quer emocionalmente, quer no seu comportamento. Uma vez avaliada a situação como potencialmente ameaçadora o sujeito porá em marcha mecanismos e estratégias para lidar com esse perigo e reduzi-lo — mecanismo de «coping». O uso deste tipo de defesas irá, por sua vez, modificar a avaliação feita inicialmente, tendo em conta os resultados da sua aplicação. O sujeito poderá, então, corrigir ou modificar a sua estratégia de «coping». O resultado final será ainda uma situação de *stress* quando, apesar dos mecanismos postos em marcha para lidar e adaptar-se à situação, se verifica um desequilíbrio entre as exigências que lhe são colocadas e a percepção das suas capacidades cognitivo-comportamentais para controlar a situação e reduzir o perigo.

Partimos da suposição de que o *stress* deve ser definido não apenas a partir das características da situação ou da resposta do organismo, mas principalmente da interacção recíproca entre sujeito e situação, mediada por factores ou estruturas cognitivas (modelo transaccional do *stress* de Lazarus: Lazarus, 1966; Aldwin, Folkman, Schaefer, Coyne & Lazarus, 1980; Folkman & Lazarus, 1980; e modelo de controlo de Fisher, 1986).

No caso de um sujeito a quem se faz um dia-

GRÁFICO 1

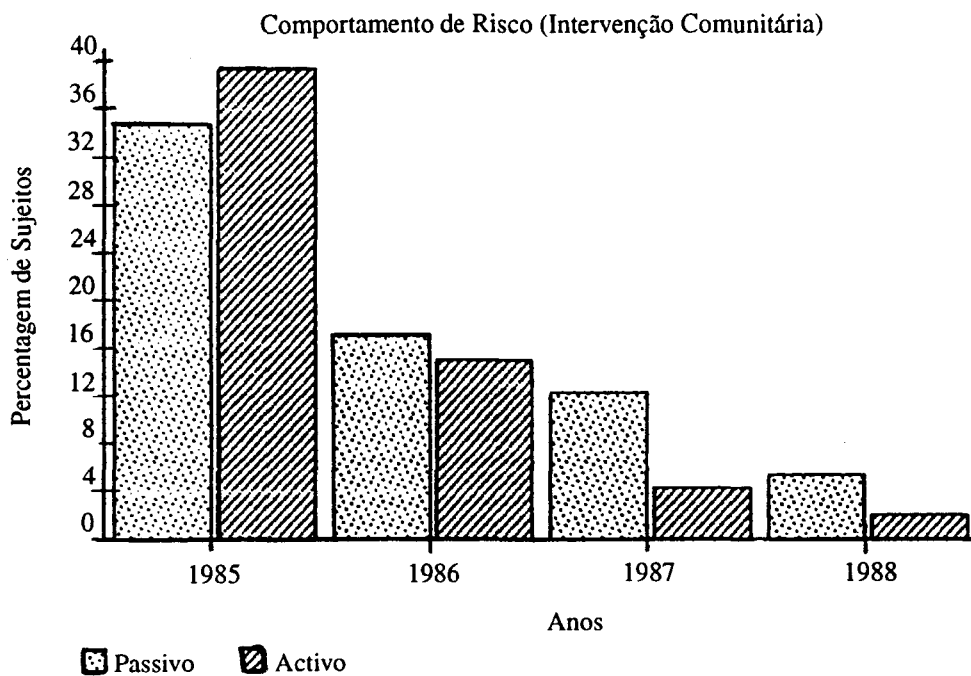
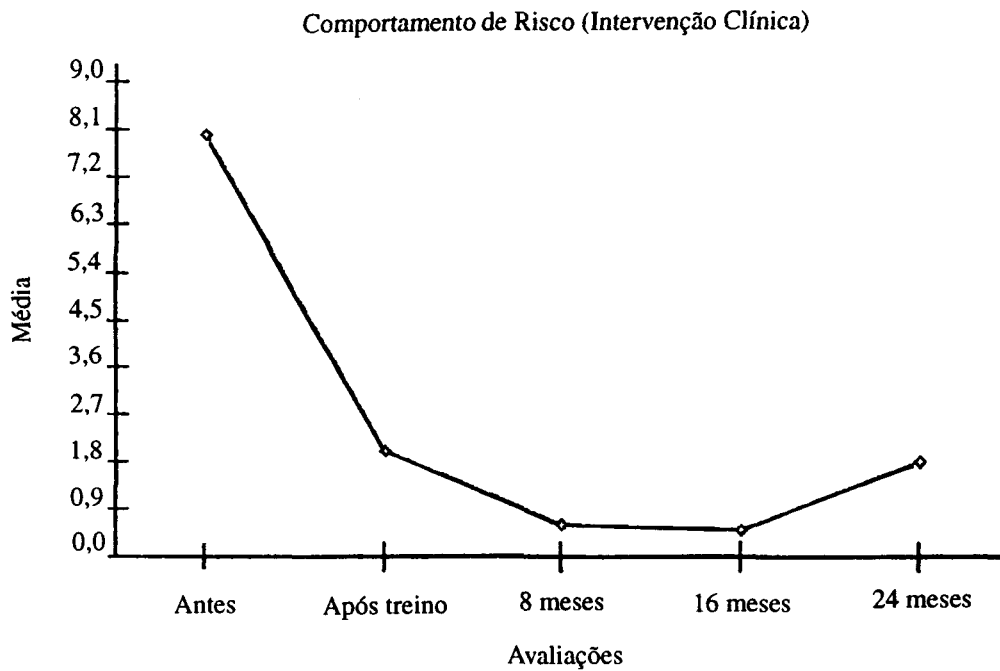


GRÁFICO 2



gnóstico de seropositividade, sendo portador são, ou sofrendo de imunodeficiência temos ainda que considerar fontes adicionais de *stress*, para além das que decorrem do conhecimento da natureza incurável da doença: (a) informação que o sujeito possui acerca das atitudes sociais face à doença; (b) tipo de relação que estabelece com as pessoas significativas do seu meio ambiente e atitude destas em relação à situação; (c) inserção profissional e reacção ao meio socio-profissional; (d) co-ocorrência de outros acontecimentos de vida menores, crónicos ou não, mas que constituem outras fontes de *stress* (problemas familiares, emocionais, etc.)

Ao iniciarmos o trabalho clínico de apoio aos seropositivos HIV e doentes com SIDA, decidimos avaliar os mecanismos de «coping» com o objectivo de dispôr de um instrumento de diagnóstico das defesas psicológicas e comportamentais dos doentes e, assim, facilitar um aconselhamento mais rigoroso dos comportamentos e cognições a modificar. Desconhecíamos ainda, nesta população com características muito específicas, qual a relação, entre o uso de determinadas defesas e o mal estar psicológico ou mesmo a descompensação psicopatológica. Este aspecto necessitava também de ser avaliado.

Estávamos perante uma situação de *stress* que por si mesma diminui também as defesas imunológicas e podia reduzir consideravelmente as energias adaptativas do sujeito, tornando-o particularmente vulnerável a enfrentar, num futuro próximo, novos acontecimentos *stressizantes*. Esta vulnerabilidade tinha também de ser tomada em conta quando se pretendia fazer um aconselhamento acerca de quais as estratégias de «coping» mais adequadas.

3.1. A Avaliação dos Mecanismos de «Coping»

Disponhamos de pelo menos dois inventários de «coping» validados para populações de doentes psiquiátricos e para a população em geral: o inventário de Folkman e Lazarus (1981) revisto em 1985 por Vitalino e col. (WCCL — «Ways of coping Check List»); e o inventário implementado por Moos, Cronkite, Billings e Finney em 1984 para avaliação do estado de saúde e vida diária em comunidade (HDL — «Health

and Daily Living») e que inclui uma área relativa aos mecanismos de «coping». Quando iniciamos este estudo, o inventário de «coping» de Vaz Serra e col. estava numa fase de validação. A análise dos dois primeiros inventários levou-nos à constatação de que se adaptavam com dificuldade ao tipo especial de população com que iríamos trabalhar. Por um lado, o carácter demasiado genérico em relação ao tipo de *stress*, por outro o facto de estarem desenhados para a aplicação a pessoas sujeitas a *stresses* menores e ocorrendo na vida diária.

O desconhecimento de quais os mecanismos utilizados por estes doentes para enfrentar as ameaças contidas na situação de doença (SIDA) ou no diagnóstico de seropositividade levou-nos à implementação de um inventário de mecanismos de «coping» que passamos a introduzir no protocolo de avaliação dos doentes. Neste inventário, foram cobertas as várias áreas de «coping» em geral consideradas pelos vários autores.

1. Estratégias activas e orientadas para enfrentar o problema: a) *comportamentais activas* — comportamentos manifestos como tentativa de lidar directamente com o problema, b) *activo-cognitivas* — esforço para lidar com a avaliação da natureza *stressizante* do acontecimento.
2. Estratégias que consistem num esforço para reduzir a tensão pelo *evitamento* para lidar com o problema.
3. Estratégias *focadas na emoção* — orientadas para regular o mal estar emocional causado pelo problema.

Os mecanismos de «coping», implicados nos vários itens do inventário que elaborámos podem também ser classificados, tal como em Moos e Billings (op. cit.), de acordo com o *foco de «coping»* em: (1) Estratégias que envolvem uma busca de informação acerca da situação clínica; (2) Estratégias focadas numa tentativa para resolver o problema; (3) Estratégias que envolvem uma tentativa de regulação afectiva e um controlo dos afectos associados; (4) Descarga emocional como forma de lidar com a situação.

Todos os itens que incluímos estão contidos nestas áreas de estratégia e de foco de «coping». Procurámos, ainda, não construir um inventário

QUADRO 3
Características da Amostra (N=123)

| | | | |
|-----------------------------------|---------|----|-------------|
| Homens 110 (89,4%) | | | |
| Mulheres 13 (10,6%) | | | |
| | | N | Percentagem |
| Grupos de Idade (Anos) | <20 | 3 | (2,5%) |
| | 20 - 29 | 42 | (34,1%) |
| | 30 - 39 | 56 | (45,5%) |
| | >40 | 22 | (17,9%) |
| | | N | Percentagem |
| Comportamentos ou Grupos de risco | | | |
| Homossexual | | 60 | (48,8%) |
| Toxicómano | | 31 | (25,3%) |
| Hemofílico | | 5 | (4,1%) |
| Heterossexual | | 24 | (19,5%) |
| Desconhecido | | 3 | (2,3%) |

demasiado longo (o WCCL tem 60 itens) dado os factores de fadiga inerentes à condição física dos sujeitos. Após aplicações preliminares, na sua forma final o inventário ficou constituído por 25 itens. Não pretendíamos validar um inventário de «coping» para esta população. Utilizámo-lo com fins clínicos e prospectivos.

3.2. Resultados da Aplicação do Inventário de Mecanismos de «Coping»

Iremos analisar os resultados da aplicação do inventário de «coping» a amostra de 123 sujeitos (49 seropositivos HIV e 74 com o diagnóstico de síndrome de imunodeficiência adquirida) observados no Serviço de Doenças Infecto-contagiosas (Director: Prof. Carvalho Araújo). As características da amostra podem ser observadas no Quadro 3.

O estudo das médias das respostas e a análise da variância (MULTINOVA, SPSS) dos itens do inventário de «coping» mostram diferenças entre as sub-amostras — sujeitos seropositivos HIV e com SIDA. Assim, no grupo dos seropositivos HIV, verifica-se o uso mais frequente

dos seguintes mecanismos para lidar com a situação (significativo para $p < 0.05$):

- desconfiar das intenções dos outros;
- culpar os outros e revoltar-se;
- irritar-se e agredir os outros;
- dramatizar, fazer cenas para chamar a atenção;
- aumentar o consumo de drogas ou medicamentos;
- gastar mais dinheiro consigo.

Os doentes com SIDA, quando comparados com os seropositivos HIV, utilizam com frequência significativamente diferente (significativo, $p < 0.05$) os seguintes mecanismos: (1) procura de soluções espirituais ou naturistas; (2) reformular a vida com optimismo.

Por este resultado pode colocar-se a hipótese que os sujeitos com síndrome de imunodeficiência teriam, quando comparados com os seropositivos HIV, uma maior tendência para utilizarem estratégias de «coping» cognitivas, focados na procura de uma solução espiritual para o problema e na reestruturação cognitiva e do estilo de vida. Pelo contrário, os sujeitos sero-

positivos HIV teriam uma maior tendência para utilizarem mecanismos comportamentais de redução da tensão emocional através de comportamentos excessivos, focados na descarga emocional com agressividade virada contra o exterior, e na atribuição externa da situação.

3.3 Análise Factorial dos Mecanismos de «Coping»

Dos resultados do inventário de «coping» foi feito um conjunto de análises factoriais (análise em componentes principais, Programa SPSS). O objectivo desta análise era exploratório. Não pretendíamos validar o questionário de mecanismos de «coping», mas obter dimensões ou padrões característicos de respostas ao *stress*, que nos permitisse delinear estratégias terapêuticas. Fizemos três análises factoriais — com a amostra total de doentes (N=123) e com as duas sub-amostras (SIDA-N=74; e HIV-N=49). Dois doentes da amostra total (1 com SIDA e 1 HIV+) foram excluídos da análise por terem respondido de forma incompleta ao questionário.

Na primeira análise factorial com a amostra total foram isolados 9 factores que explicam 67,3% da variância total da amostra. Na análise factorial da sub-amostra de doentes imunodeprimidos (N=74), os quatro primeiros factores explicam 45,7% da variância total da amostra. Na análise factorial dos mecanismos de «coping» dos sujeitos seropositivos HIV verificámos que os quatro primeiros factores explicam 45% da variância total da amostra.

Numa síntese da análise factorial dos mecanismos de «coping», verificámos que na amostra total existem factores gerais de «coping» e, nas amostras tratadas isoladamente, várias estratégias comuns aos sujeitos seropositivos HIV e aos doentes com SIDA. Encontrámos, ainda, outros padrões de lidar com a situação mais específicos dum ou de outro grupo de doentes.

3.3.1. Factores de «Coping» Comuns ou Específicos aos Doentes com SIDA ou HIV+

(a) Em ambas as amostras encontra-se um factor de «coping» centrado na *procura de soluções ou na expectativa de soluções*. Nos sero-

positivos HIV há uma separação factorial entre os mecanismos de «expectativa» de soluções e de «procura activa» de soluções surgem associadas num único factor. Nos sujeitos seropositivos HIV a busca de soluções espirituais surge, ainda, associada a uma percepção de ausência de controlo externo da situação, ao evitamento das relações interpessoais e ao confronto com a situação.

(b) Um factor de mecanismos de *redução da tensão emocional*. Em qualquer dos grupos esta redução é feita através de comportamentos excessivos. No entanto, enquanto nos doentes seropositivos HIV é um factor mais homogéneo, com generalização de comportamentos, nos doentes com SIDA surge associado a mecanismos de utilização instrumental das emoções.

(c) Um factor de *descarga emocional* de dois tipos: (1) ou associado a uma agressividade externalizada, ou (2) associado a uma procura de apoio ou de pedido de ajuda aos outros.

(d) Nos doentes com SIDA encontramos como forma isolada de *evitamento comportamental activo*: a tentativa de estar sempre ocupado, e um factor específico de *culpabilidade e tensão interpessoal*, factor complexo que associa mecanismos de vários tipos: (1) atribuição interna da culpabilidade, (2) evitamento e modificação das relações interpessoais, (3) procura de redução da tensão emocional por comportamento excessivo de ingestão de drogas ou fármacos.

Finalmente, é de notar que a *atribuição de responsabilidade e culpa* pelo problema, embora não surja como factor isolado, é um mecanismo com diferente expressão nas duas populações. Nos seropositivos HIV predomina a *atribuição externa* das responsabilidades e nos doentes com SIDA a *atribuição interna*. No entanto este resultado é apenas um indicador para futuras explorações dado que não aplicámos a estes doentes nenhuma escala específica de mecanismos de atribuição ou de *locus* de controlo.

3.3.2. Factores Gerais de «Coping»

De entre os factores comuns às duas amostras salientamos: (a) *Factor de aceitação e confronto* com a situação com *percepção de ausência de controlo externo* do problema (SIDA e HIV +, Factor 1, lado positivo); (b) *Factor de evitamento passivo* da situação (SIDA e HIV+, Factor

2, lado positivo). São factores de dois tipos gerais de «coping» — orientados para enfrentar o problema, centrados na emoção associada ao problema, e, focalizados em tentativas de evitamento do problema.

3.4. Os Mecanismos de «Coping» e a Perturbação Emocional

Esta relação é um aspecto parcelar do problema mais geral da associação entre diferentes padrões de mecanismos de «coping» e a perturbação psicopatológica ou sofrimento psicológico. Correlação entre a escala de depressão de Beck e o inventário de «coping».

Para quantificar o grau de depressão auto-avaliada pelos seropositivos HIV e doentes com SIDA utilizámos o inventário de Beck. Com este inventário podemos obter uma nota total de depressão, que nesta amostra constatámos que não ultrapassa o grau médio (amostra total: média — 19,6 e D.P. — 10,85; doentes HIV+: média — 21,32 e D.P. — 12,78; doentes com SIDA: média — 18,49 e D.P. — 8,76). A nota total de depressão é ligeiramente mais elevada nos sujeitos seropositivos HIV do que nos doentes com SIDA. No entanto, esta diferença não é significativa (Teste T de Hotelling, para $p > 0,05$). Procedemos seguidamente a correlação entre a nota total de depressão auto-avaliada e os itens do inventário de «coping».

Esta correlação revela resultados interessantes por possibilitar uma discussão das relações entre as estratégias para lidar com a doença e a depressão auto-avaliada. Podemos analisar separadamente este tipo de correlações nas duas sub-amostras (Quadros 4 e 5).

Podemos verificar que *nos seropositivos HIV as estratégias de «coping» que mais se correlacionam com a depressão são comportamentos activos visando a redução da tensão emocional. Estes comportamentos estão associados à atribuição externa da responsabilidade da situação. Pelo contrário, as estratégias de regulação afectiva, predominantemente cognitiva, de aceitação passiva da situação associadas a uma expectativa de solução vinda da Medicina correlacionam-se negativamente com a depressão.*

No sub-grupo de doentes com SIDA a culpabilidade interna é o único mecanismo correlacionado com a depressão de um modo estatisticamente significativo.

QUADRO 4

Correlação Entre a Nota Total do Questionário de Beck e os Itens do Inventário de «Coping» (Coeficiente de Pearson, $P < 0,05$, SPSS)

| HIV+ | |
|---|----------|
| Correlação Positiva | |
| Dramatizar/Fazer cenas | 0,5008* |
| Culpar os outros/Revoltar-se | 0,4905* |
| Comer/Beber/Fumar mais | 0,4465* |
| Gastar mais dinheiro | 0,4451* |
| Correlação Negativa | |
| Aceitar realisticamente e viver o melhor possível | -0,4989* |
| Ter esperança numa solução médica eficaz | -0,4524* |

Estas correlações não implicam um sentido de causalidade. Não é possível determinar se a perturbação emocional é ou não parcialmente secundária ao uso de determinadas estratégias cognitivo-comportamentais de lidar com uma situação de *stress*.

QUADRO 5

Correlação Entre a Nota Total de Questionário de Beck e os itens do Inventário de «Coping» (Coeficiente de Pearson, $P < 0,05$, SPSS)

| SIDA | |
|------------------------------|----------|
| Correlação Positiva | |
| Culpar-se/Responsabilizar-se | +0,4430* |

Em síntese, podemos apenas afirmar que os doentes emocionalmente perturbados com humor depressivo, se são seropositivos HIV em comparação com os doentes com imunodeficiência, têm uma tendência para se envolverem em estratégias de descarga emocional e em

tentativas de controlar e reduzir a tensão emocional através de comportamentos excessivos e, ainda, para atribuir ao exterior a responsabilidade e a culpa da situação. Pelo contrário, os doentes com SIDA e que estão deprimidos têm uma tendência mais elevada para atribuir a si mesmos a culpa da situação.

3.5. Os Mecanismos de «Coping» e os Sintomas Psicopatológicos hetero-avaliados com o AMDP

A partir dos dados da escala AMDP condensada em dimensões psicopatológicas fizemos uma correlação com os itens do inventário de «coping» (coeficiente de Pearson, SPSS), nas sub-amostras de seropositivos HIV e de doentes com SIDA (Quadros 6 a 8). Tal como tinha sido feito em relação à depressão auto-avaliada, o nosso objectivo era avaliar as relações entre os mecanismos de lidar com a situação e a perturbação psicopatológica. Os itens do AMDP estavam condensados em quatro dimensões: itens de «depressão ou humor depressivo», itens de «ansiedade», itens de «disforia» ou irritabilidade, itens de «redução da sociabilidade». Dado que tinha sido verificada uma diferença entre estes itens condensados nas sub-amostras de doentes seropositivos HIV e com SIDA estudámos as duas populações separadamente. Fizemos, apesar disso uma análise exploratória das correlações na amostra total.

Estas análises revelaram uma estrutura de correlações extremamente interessante e interpretável.

Correlações positivas só se encontram nos doentes seropositivos HIV, os quais, eventualmente dada a melhor condição física, dispõem de um maior âmbito de mecanismos comportamentais para lidar com a situação de *stress*. Nestes sujeitos a dimensão «ansiedade» correlaciona-se positivamente com a *tendência a culpabilizar-se*, a atribuir a si próprio a causa do problema. Como tínhamos verificado este mecanismo estava correlacionado com a depressão auto-avaliada nos doentes com SIDA. Surge agora significativamente relacionado com a ansiedade nos seropositivos HIV. Efectivamente, a tendência para fazer atribuições internas parece ser muito pouco protectora em relação às perturbações emocionais, como de resto tem

QUADRO 6

Correlação Positiva — Itens do AMDP Condensados em Dimensões Psicopatológicas e os Mecanismos de «Coping»

| HIV+ Mecanismos de «coping» | Itens do AMDP Condensados | |
|--------------------------------|---------------------------|----------|
| | Ansiedade | Disforia |
| Culpar-se | | |
| Responsabilizar-se | +0,59* | |
| Desconfiar das intenções | | +0,60* |
| Consumir drogas, medicamentos | | +0,59 |

QUADRO 7

Correlação Negativa — Itens do AMDP Condensados em Dimensões Psicopatológicas e os Mecanismos de «Coping»

| HIV+ Mecanismos de «coping» | Itens do AMDP condensados | |
|---|---------------------------|--|
| | Depressão | |
| Fazer de conta que nada mudou e viver do mesmo modo | -0,64* | |

sido demonstrado por outros autores, embora em contextos muito diversos no plano metodológico. Nesta mesma população, a *desconfiança em relação às intenções dos outros e os comportamentos de redução da tensão emocional* por aumento do consumo de drogas ou medicamentos, estão positivamente correlacionados com a «disforia», isto é: com a tendência para um estado de humor instável, de impaciência, mal-estar, irritabilidade, susceptibilidade exagerada com possibilidade de reacções explosivas e agressivas desproporcionadas. São relações de

QUADRO 8

Correlação Negativa — Itens do AMDP Condensados em Dimensões Psicopatológicas e os Mecanismos de «Coping»

| SIDA Mecanismos de «coping» | Itens do AMDP condensados | |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| | Depressão | Redução da Sociabilidade |
| Fazer de conta que nada mudou | -0,64* | |
| Modificar a relação com os outros | -0,52* | -0,61* |
| Evitar pensar no problema | | -0,57* |

desproporcionadas. São relações de associação que podem ser descritas com uma grande compreensibilidade psicológica.

Correlações negativas entre sintomas psicopatológicos e mecanismos de «coping» foram encontradas nas duas populações. Curiosamente, estas correlações são idênticas nos seropositivos HIV e doentes com SIDA, no que se refere ao comportamento de evitamento da situação — «fazer de conta que nada mudou e viver do mesmo modo». Este mecanismo de negação do problema estava, na amostra total, também negativamente correlacionado com a depressão auto-avaliada o que constitui um resultado bastante consistente. Os outros mecanismos, que nos doentes com SIDA se associam negativamente à perturbação psicopatológica, são a estratégia de modificar a relação com os outros e o evitamento cognitivo do problema. De novo, é um mecanismo de negação e evitamento que surge negativamente correlacionado com a «depressão» e com a tendência excessiva para reduzir o contacto com os outros.

Numa síntese das duas análises de correlação (inventário de Beck e AMDP com mecanismos de «coping»), podemos concluir que as estratégias que correspondem à opção de utilizar comportamentos excessivos de consumo ou abuso

de substâncias com vista a reduzir a tensão emocional, a descarga emocional e a tendência para atribuir a responsabilidade da situação, a si próprio ou aos outros como um meio para lidar com a situação, estão correlacionadas com as perturbações da afectividade, quer sejam depressivas, ansiosas ou disfóricas. Por outro lado, mecanismos com a tendência a utilizar um conjunto de estratégias de evitamento, quer cognitivas (não pensar no problema) quer comportamentais (viver como se nada tivesse acontecido), associadas a uma modificação protectora da relação com os outros e a uma expectativa passiva de solução vinda do exterior (da Medicina) estão negativamente correlacionados com as perturbações da afectividade e do comportamento social.

É interessante constatar que Vaz Serra e col. (1988) tinham verificado que a tendência para evitar o confronto e a resolução activa dos problemas, assim como a percepção de ausência de controlo sobre a situação e o envolvimento mais frequente em estratégias de controlo das emoções, se correlacionava positivamente com a perturbação emocional. Numa breve revisão da literatura (ver Holaban & Moos, 1987) podemos constatar que têm sido encontradas por outros autores várias relações entre estratégias de «coping» e tipos de adaptação psicológica. Podemos sintetizá-las do seguinte modo:

- a proporção de estratégias de «coping» focadas no problema em relação aos esforços totais do «coping» foram associadas a uma redução da depressão (Mitchell, Cronkite e Moos, 1983);
- as estratégias de «coping» que envolvem negociações e comparações optimistas estão ligadas a reduções no *stress* concorrente e a um menor número de problemas futuros (Menaghan, 1982);
- as estratégias de «copping» activas e orientadas para o problema teriam um efeito moderador sobre as influências adversas dos acontecimentos de vida negativos para o funcionamento psicológico (Bellings & Moos, 1981; Pearlines & Schooler, 1987).

É necessário, no entanto, assinalar que a população por nós estudada está numa situação de *stress* inescapável e irresolúvel. Neste

contexto, o evitamento da situação é uma estratégia protectora da perturbação emocional. Neste tipo de situações de *stress*, não pensar nos acontecimentos *stressizantes* pode ser uma resposta de «coping» mais adaptativa. Lazarus em 1984, escreve sobre o valor adaptativo da negação em situações em relação às quais não é possível exercer um controlo. Nestas situações a negação pode ser auto-protectora e facilitar a exposição gradual ao *stressor*. É uma forma de exposição lenta e gradual ao significado da situação. Insistir para que os doentes enfrentem a realidade das situações irresolúveis ou que exprimam as suas emoções pode ser potencialmente nocivo.

4. PROGRAMA DE ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO PARA SEROPOSITIVOS HIV

Este programa baseia-se genericamente no modelo da abordagem interactiva-unificada proposto por Schwartz (1982). O protocolo de tratamento foi implementado para a população dos seropositivos HIV por A. Batista e M. L. Figueira (1989). Aos seropositivos (sintomáticos ou não) que apresentam sinais excessivos de desajustamento emocional é oferecido aconselhamento psicológico com uma duração prevista entre 20 a 25 sessões. Do ponto de vista dos procedimentos terapêuticos baseia-se em protocolos de tratamento desenvolvidos na área da Medicina Comportamental em doenças crónicas, como por exemplo a diabetes (Lammers e col., 1982), lombalgias (Turk, Meichenbaum & Genest, 1983), neoplasias (Spiegel e col., 1989), e doenças cardiovasculares (Eysenck & Grossath-Maticek, 1991), designamos por «Treino de manejo ou de inoculação ao *stress*». Foram igualmente consideradas as terapêuticas psicológicas com eficácia demonstrada para as perturbações ansiosas (Clark, 1989), obsessivas (Salkovkis & Kirk, 1989), depressivas (Beck e col., 1979) e de somatização (Salkovkis, 1989).

Embora o protocolo seja individualizado, os objectivos gerais terapêuticos são a reconceptualização e o controlo de sintomas de desajustamento emocional, a aprendizagem de aptidões para manejo dos sintomas, o reforço ou aprendizagem de estratégias de «coping» mais protectoras da perturbação emocional, o treino de

afirmação social, a aprendizagem de técnicas de manejo do *stress*, e o aumento das expectativas de controlo pessoal.

O programa de aconselhamento processa-se nos seguintes estadios: (1) avaliação inicial; (2) reconceptualização dos sintomas de desajustamento emocional; (3) aprendizagem de aptidões específicas para manejo dos sintomas de depressão e ansiedade (incluem planos individualizados para aumento das actividades agradáveis, técnicas de reestruturação de problemas em situações de *stress*); (4) generalização, manutenção e prevenção das recaídas; (5) e, finalmente, sessões de seguimento.

A escolha destes procedimentos terapêuticos dependeu do que nos pareceu serem as competências psicológicas necessárias para estes doentes lidarem com a situação de doença. Duas fontes de informação: revisão da literatura dos programas de tratamento psicológico para pessoas vivendo em situações de *stress* (Gil, 1984), e a nossa experiência com os seropositivos sem grave perturbação emocional. A reestruturação cognitiva foi incluída pelos seus efeitos na diminuição dos sintomas de perturbação emocional em geral (ansiedade, depressão e somatização); o treino de auto-afirmação pela necessidade que estes doentes têm de manejar situações interpessoais de rejeição e melhorar o seu suporte social; a relaxação pelos efeitos redutores da ansiedade e pela possibilidade de ter um efeito benéfico ao nível do sistema imunitário (Kiecolt-Glaser e col., 1984); finalmente, as estratégias de resolução de problemas são ensinadas como um guia prático para ajudar o sujeito a lidar com as situações de *stress* do seu quotidiano. As técnicas são introduzidas de modo sequencial, ensaiadas de modo repetido em várias situações. O doente é encorajado a utilizá-las de modo sistemático nas situações quotidianas, sendo os resultados desta prática analisados e reavaliados. Durante o tratamento são ensinadas um conjunto vasto de aptidões de confronto, e, pela natureza crónica e inescapável da doença, são encorajados os mecanismos de «coping» que, no nosso estudo, se revelaram mais protectores da perturbação emocional.

5. CONCLUSÃO

A avaliação e intervenção terapêutica, psiquiá-

trica e psicológica, nos doentes seropositivos e com SIDA, envolve um conjunto de dimensões complexas. Sendo uma perturbação que envolve praticamente todas as áreas de funcionamento — normativas, afectivas, comportamentais e cognitivas — só pode ser abordada numa perspectiva multidisciplinar, em estrita colaboração com os colegas internistas.

A avaliação dos doentes implica competências psiquiátricas, psicológicas, neuro-psicológicas e neurológicas. Do mesmo modo, o tratamento implica não apenas métodos biológicos, mas o uso de técnicas de aconselhamento e de modificação das cognições e comportamentos, altamente especializadas. Mercê do tipo de orientação da cadeira de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa, foi-nos possível orientar uma equipa com competências técnicas diversificadas e adequadas às exigências da situação. Não intervimos na área de prevenção — onde seria necessário integrar uma equipa muito mais alargada envolvendo epidemiologistas, psicólogos sociais, e agentes comunitários — por ser uma tarefa excessiva para o nosso grupo, em termos organizativos de custo/eficácia. Pensamos, no entanto, que seria importante constituir uma equipa para essa tarefa, manifestamente insuficiente se utilizar apenas os meios de comunicação social.

A atitude de investigação constante dos instrumentos de medida, que têm sido a nossa preocupação desde o início desta tarefa, parece-nos a única forma de contribuir para o conhecimento psicológico e, simultaneamente, otimizar as estratégias e procedimentos de intervenção terapêutica.

BIBLIOGRAFIA

- Beck, A., Rush, J., Hollon, S. & Shaw, B. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Becker, M.A. & Joseph, J.G. (1988). AIDS and Behaviour Change to Reduce Risk: a Review. *American Journal of Public Health*, 78: 394-410.
- Billings, A. & Moos, R. (1981). The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4: 139-157.
- Clark, D.M. (1989). Anxiety States: Panic and Generalized Anxiety. In *Cognitive and Behaviour Therapy for Psychiatric Problems* (K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark, Eds.), Oxford: Oxford University Press.
- Coates, T. (1989). Strategies for Modifying Sexual Behaviour for Primary and Secondary Prevention of HIV Disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 57-69.
- Coates, T.J., Stall, R.D., Catania, J.A. & Kegels, S. (1988). Behavioral Factors in the Spread of HIV Infection. *AIDS*, 2 (suppl 1): S239-S246.
- Coates, T.J., Temoshok, L. & Mandel, J. (1984). Psychosocial Research is Essential to Understand and Treating AIDS. *American Psychologist*, 39: 1309-1314.
- Cooper, C.L., Cooper, R. & Faragher, B. (1985). Stress and Life Events Methodology. *Stress Medicine*, 1: 287-289.
- Eysenk, H.J. & Grossarth-Maticek, R. (1991). Creative Novation Behaviour Therapy as a Prophylactic Treatment for Cancer and Coronary Heart Disease: Part II — Effects of Treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 29: 17-31.
- Fisher, S. (1986). *Stress and Strategy*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21: 219-239.
- Gil, K.M. (1984). Coping Effectively with Invasive Medical Procedures: a Descriptive Model. *Clinical Psychology Review*, 4: 339-362.
- Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1987). Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 5, 946-955.
- Kelly, J.A. & St. Lawrence, J.S. (1990). The Impact of Community Based Groups Help Persons Reduce HIV Infection Risk Behaviours. *AIDS CARE*, 2, 1: 2536.
- Kelly, J.A., St. Lawrence, J., Brasfield, T. L., Lemke, A., Amidei, T., Roffman, R.E., Hood, H. V., Smith, J. E., Kilgore, H. & McNeill, Jr. C. (1990). Psychological Factors that Predict AIDS High-Risk Versus AIDS Precautionary Behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 1: 117-120.
- Kelly, J.A., St. Lawrence, J., Betts, R., Brasfield, R.T.T. & Hood, H.V. (1990). A Skills-Training Group Intervention Model to Assist Persons in Reducing Risk Behaviours for HIV Infection. *AIDS Education and Prevention*, 2(1): 24-35.
- Kelly, J.A., St. Lawrence, J., Hood, H.V. & Brasfield, T.L. (1989). An Objective Test of AIDS Risk Behaviour Knowledge: Scale Development, Validation, and Norms. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.*, 20(3): 227-234.

- Kielcolt-Glaser, J. & Glaser, R. (1988). Psychological Influences on Immunity: Implications for AIDS. *American Psychologist*, 43: 892-899.
- Kielcolt-Glaser, J., Garner, W., Speicher, C., Penn, G., Holliday, J. & Glaser, R. (1984). Psychosocial Modifiers of Immunocompetence in Medical Students. *Psychosomatic Medicine*, 50: 7-14.
- Lammers, C.A., Naliboff, B.D. & Staatmeyer, A. J. (1984). The Effects of Progressive Relaxation on Stress and Diabetic Control. *Behaviour Research and Therapy*, 6: 641-650.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Marzuk, P.M., Tierney, H., Taaredigg, K., Gross, E.M., Morgan, E.B., Hsu, M.-A. & Mann, J. J. (1988). Increased Risk of Suicide in People with AIDS. *JAMA*, 259: 1333-1337.
- Menaghan, E. (1983). Individual Coping Efforts: Moderators of the Relationship between Life Stress and Mental Health Outcomes. In *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research* (H.B. Kaplan, Ed.), pp.: 157-191, New York: Academic Press.
- Mitchell, R.E., Cronkite, R.C. & Moos, R.H. (1983). Stress, Coping, and Depression among Married Couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 92: 433-438.
- Moos, R.H., Cronkite, R.C., Billings, A.G. & Finney, J.W. (1983). *Health and Daily Living Form Manual*. (available from Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA 94305).
- Salkovskis, P.M. (1989). Obsessional Disorders. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark (Eds.). *Cognitive and Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P.M. (1989). Somatic Problems. In *Cognitive and behaviour therapy for psychiatric problems* (K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark, Eds.), Oxford: Oxford University Press.
- Schwartz, R.M. (1982). Cognitive-Behaviour Modification: a Conceptual Review. *Clinical Psychology Review*, 2: 267-293.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C. & Gotheil, E. (1989). Effect of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast Cancer. *Lancet*, 14: 888-891.
- Stall, R.D., Coates, T.J. & Hoff, C. (1988). Behaviour Risk Reduction for HIV Infection among Gay and Bisexual Men: A Comparison of Published Results from the Unites States. *American Psychologists*, 43: 859-864.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D.H. & Genest, M. (1983). *Pain and Behavioral Medicine: a Cognitive-Behavioral Perspective*. New York: Guilford Press.
- Vaz Serra, A. (1988). Um Estudo sobre «Coping»: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9(4): 301-316.
- Vaz Serra, A., Ramalheira, C. & Firmino, H. (1988). Mecanismos de «Coping»: Diferenças entre População Normal e Doentes com Perturbações Emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 9(4): 323-328.
- Vitalino, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R. D. & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20: 3-26.

RESUMO

O presente trabalho é um aspecto parcial da experiência de coordenação de uma equipa de Saúde Mental de apoio psiquiátrico a doentes infectados com o vírus HIV, no Serviço de Doenças Infecto-contagiosas do Hospital de Santa Maria (Director: Prof. Carvalho Araújo e Prof. Francisco Antunes). A uma amostra de 123 doentes (110 homens e 13 mulheres) seropositivos e com o síndrome de imunodeficiência adquirida foi aplicado um inventário psicológico que visa avaliar os modos de lidar com a doença (Mecanismos de «coping»), e escalas de avaliação de perturbação psicopatológica (escala de depressão de Beck e escala AMDP condensada em itens psicopatológicos). O estudo das médias das respostas e a análise da variância (MULTINOVA, SPASS) revelaram diferenças significativas entre as sub-amostras (sujeitos seropositivos HIV e doentes com SIDA) no que se refere aos mecanismos de «coping» e ao padrão de perturbação emocional. As relações entre os mecanismos de «coping» e a perturbação emocional são analisadas com um modelo de correlação. Finalmente é apresentado, em síntese, um programa de aconselhamento psicológico aos seropositivos.

ABSTRACT

This study concerns part of the experience in coordinating a team for psychiatric help of HIV infected patients of the Department of Infectocontagious Diseases of Hospital Santa Maria (Head of Department: Professors Carvalho Araújo and Francisco Antunes). A sample of 123 seropositive AIDS patients (110 Males and 13 Females) was psychological assessed in relation to different ways of coping with the disease. Scales for evaluating psychopathological disturbances were also used (Beck's scale for depression and AMDP system of psychopathological items).

The observation of mean answers and the analysis of variance (MULTINOVA, SPSS) has shown significant differences between the two sub-samples (seropositive subjects and AIDS patients), concerning both coping mechanisms and emotional disturbance. A correlation model was used in order to analyse the relations between ways of coping and psychopathological symptoms. A synthesis of a counselling programme for the seropositive subjects is also presented.



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Torne-se leitor da Biblioteca do ISPA

(Rua Jardim do Tabaco, n.º 44, 1100 Lisboa, Telef. 86 31 84/5/6)

Últimas publicações periódicas recebidas:

- **EDUCATIONAL AND PSYCHO. MEASUREMENT** — Vol. 52(2), 1992
- **ENFANCE** — N.º 3, 1992
- **ERGONOMICS** — Vol. 35(11), 1992
- **ETA EVOLUTIVA** — N.º 42, 1992
- **EUROPEAN JOURNAL OF COGNITIVE PSYCHOLOGY** — Vol. 4(3), 1992
- **EUROPEAN J. OF PSYCHOLOGY OF EDUCATION** — Vol. 7(2), 1992
- **EUROPEAN JOURNAL OF SOCIAL PSYCHOLOGY** — Vol. 22(5), 1992
- **EUROPEAN J. OF SPECIAL NEEDS EDUCATION** — Vol. 7(2), 1992
- **EUROPEAN REVIEW OF APPLIED PSYCHOLOGY** — Vol. 42(3), 1992
- **FOR THE LEARNING OF MATHEMATICS** — Vol. 12(1), 1992
- **HARVARD BUSINESS REVIEW** — Vol. 70(5), 1992
- **HEALTH PSYCHOLOGY** — Vol. 11(4), 1992
- **INTERN. J. OF BEHAVIOURAL DEVELOPMENT** — Vol. 15(3), 1992
- **INTERN. JOURNAL OF PSYCHO-ANALYSIS** — Vol. 73(3), 1992
- **INTERN. REVIEW OF PSYCHO-ANALYSIS** — Vol. 19(3), 1992
- **JORNAL DE PSICOLOGIA** — Vol. 10(3), 1992
- **JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY** — Vol. 101(4), 1992
- **JOURNAL OF THE AMER. PSYCHOANALYTIC ASS.** — Vol. 40(3), 1992
- **JOURNAL OF APPLIED PSYCHOLOGY** — Vol. 77(5), 1992
- **JOURNAL DES PSYCHOLOGUES** — N.º 102, 1992
- **JOURNAL OF CHILD LANGUAGE** — Vol. 19(3), 1992
- **JOURNAL OF COM. & APPLIED S. PSYCHOL.** — Vol. 2(3), 1992
- **JOURNAL OF EARLY ADOLESCENCE** — Vol. 12(3), 1992
- **JOURNAL OF EDUCATIONAL PSYCHOLOGY** — Vol. 84(3), 1992
- **JOURNAL OF INSTRUCTIONAL PSYCHOLOGY** — Vol. 19(3) 1992

HORÁRIO: das 10.00h às 14.00h e das 15.30h às 20.30h