



ARTIGO

## Prevenção de DST/Aids: uma abordagem junto a famílias de adolescentes

## Prevention of STD/Aids: an approach close to adolescents families

MARCO ANTONIO DE CASTRO FIGUEIREDO<sup>1</sup>, MARIA ROSA RODRIGUES RISSI<sup>2</sup>

### RESUMO

Uma amostra constituída por 40 familiares que cuidam de seus pacientes com Aids a domicilio foi avaliada com base em escalas afetivo/cognitivas de atitude, no sentido de verificar crenças e representações sociais relacionadas à *doença*, ao *paciente* e ao *tratamento* que lhe é dispensado. As escalas, compostas por 17 itens, permitiram avaliar componentes de atitude em seis dimensões, isoladas anteriormente com base em análise fatorial: a) efeitos psicológicos da contaminação pelo HIV, b) formas de contágio, c) tratamento, d) delegação/afastamento, e) agonia/distensão, f) medo de contágio. Os resultados permitiram identificar, nos familiares dos pacientes, cognições bem estabelecidas sobre o exílio que se impõe às pessoas com Aids, o efeito irreversível e desagregador da infecção pelo HIV no convívio familiar, a importância da manutenção de um vínculo com a vida, a esperança, e a necessidade de um suporte psicológico para que o atendimento domiciliar possa ser exercido. Considerando a concepção de programas visando a orientação e o suporte aos familiares dos pacientes, estes resultados apontam para a relevância do acompanhamento psicológico a estas pessoas e a busca da reconstituição das es-

truturas familiares afetadas pela presença do paciente em casa.

**Palavras-chave:** Aids, família, atendimento domiciliar

### ABSTRACT

A sample consisting of 40 family members who care for their patients with Aids at home was assessed on the basis of affective/cognitive attitude scales in order to determine the beliefs and social representations related to the *disease*, the *patient* and the *treatment* he receives. The scales, which consist of 17 items, permitted the evaluation of attitude components in six dimensions previously isolated on the basis of Factorial Analysis: a) psychological effects of contamination with HIV, b) forms of contagion. C) treatment, d) delegation/withdrawal, e) agony/distention, f) fear of contagion. The results permitted us to identify among the relatives of the patients well established cognitions about the exile imposed on persons with Aids, the irreversible and desegregating effect of HIV infection of family coexistence, the importance of maintaining a link with life, the hope, and the need for psychological support so that home care may be provided. Considering the conception of programs aiming at guidance and support for the relatives of the patients, these results indicate the relevance of psychological follow-up for these persons and of an attempt to reconstruct the family structures affected by the presence of the patient at home.

**Keywords:** Aids, family, home care

<sup>1</sup> Professor Associado, Departamento de Psicologia e Educação - FFCLRP USP

<sup>2</sup> Mestranda em Psicologia da FFCLRP USP  
Pesquisa financiada pela FAPESP

## 1. INTRODUÇÃO

O atendimento domiciliar à pessoa com Aids vem se constituindo como uma alternativa importante ao trabalho realizado pelas equipes profissionais nas instituições de saúde<sup>(4) (12) (13)</sup>. Uma vez que se caracteriza pela proximidade e pela manutenção de vínculos afetivos fortemente estabelecidos, independente de sua direção, a família representa uma fonte de recursos que poderiam ser canalizados para amenizar o convívio com a doença, atenuando seus efeitos desagregadores, oriundos de pré-concepções relacionadas ao gênero<sup>(17)</sup>, à sexualidade<sup>(10)</sup>, drogadição<sup>(15)</sup> e homossexualismo<sup>(1) (14)</sup>.

A sobrevida à infecção pelo HIV, dilatada pelo advento de drogas inibidoras da reprodução do vírus no organismo, possibilita aumentar a desospitalização do paciente, o que incide sobre seu retorno à origem, em muitos casos, à família<sup>(2)</sup>. Desta forma o investimento em formação e orientação das pessoas leigas envolvidas no "cuidado" ao paciente com Aids, neste caso os familiares, poderá permitir a criação de recursos paralelos ao atendimento hospitalar<sup>(7)</sup>.

Neste sentido, este trabalho constitui uma tentativa de investigar conteúdos que permitam identificar bloqueios cognitivos e afetivos que dizem respeito à manutenção do doente em casa. Para isso, procurou-se verificar crenças e afetos associados às representações sobre a doença e fatores relacionados às dificuldades de aceitação de procedimentos terapêuticos à domicílio onde, no convívio com a família, o suporte poderia ser realizado de maneira mais efetiva<sup>(8) (10)</sup>.

Para a realização desse trabalho, foi adotado o referencial teórico proposto por Fishbein-Ajzen<sup>(9)</sup> que concebem a atitude como resultante da conjugação de crenças e afetos, associados a um fenômeno qualquer<sup>(3)</sup>, e que representa um avanço no estudo das atitudes sociais<sup>(5)</sup>.

*A família representa uma fonte de recursos que poderiam ser canalizados para amenizar o convívio com a doença, atenuando seus efeitos desagregadores*

Uma vez que a concepção de Fishbein e Ajzen sobre atitudes está fundamentada na diferenciação entre crenças, atitudes, intenções e comportamentos, muitos aspectos do atendimento domiciliar po-

derão ser esclarecidos, sob a ótica da relação entre pacientes e as pessoas da família envolvidas no seu atendimento, viabilizando assim um melhor direcionamento da orientação e acompanhamento a estas pessoas.

## 2. MÉTODO

Escalas de probabilidade (**b**) e de avaliação (**e**) do tipo Likert em 7 pontos foram construídas e associadas a conteúdos definidos por estudos fatoriais<sup>(3) (5)</sup>, possibilitando verificar as atitudes dos sujeitos frente às seguintes dimensões:

Quadro 1 - Dimensões e conteúdos levantados através de estudos fatoriais

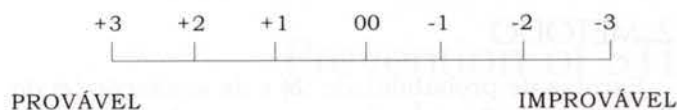
Conglomerado	Conteúdos	Cognição (elenco de itens)
1 (FS) (Fuga/Solidão)	Efeitos Psicológicos Medo de Contágio	a Aids faz as pessoas se afastarem do paciente o paciente com Aids acaba ficando sozinho a Aids causa medo de contágio as pessoas com Aids não assumem sua doença o médico deve tomar cuidado para não contrair Aids do paciente.
2(I/I) (Inconformismo Indignação)	Efeitos Psicológicos Delegação/Afastamento	a Aids causa revolta nos pais de pacientes a pessoa com Aids é uma vergonha que os pais carregam o paciente com Aids causa nojo nas pessoas que cuidam dele a Aids causa efeitos irreversíveis na vida dos pais de pacientes
3 (C/T) (Contágio/ Transmissão)	Formas de Transmissão	a Aids é transmitida pela relação sexual a Aids é transmitida pelas agulhas utilizadas pelos drogados
4 (D/D) ( Desamparo/ Desespero)	Agonia/Distensão	o paciente com Aids sente agonia o paciente com Aids fica alarmado com sua doença
5 (A/E) (Apego/ Esperança)	Filosofia do Tratamento	a fé em Deus cura a Aids a vontade de viver é o melhor tratamento para a Aids
6 (I/T) (Internação/ Tratamento)	Filosofia do Tratamento Agonia/Distensão	internar o paciente com Aids facilita a prescrição do medicamento o tratamento da Aids usa os pacientes como cobaias

Um exemplo das escalas **b** e **e** pode ser visto na figura 1:

**Figura 1** – Modelo de escalas **b** e **e** utilizadas no questionário de atitudes

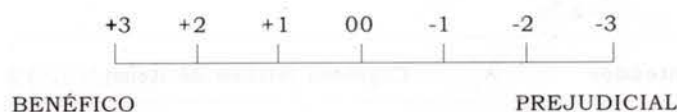
A. Escala **b**, para medidas sobre o componente cognitivo da atitude:

FS<sub>1</sub> A Aids faz as pessoas se afastarem do paciente.



B. Escala **e**, para medidas sobre o componente afetivo da atitude:

FS<sub>1</sub> A Aids fazer as pessoas se afastarem do paciente é:



Foram avaliados 40 sujeitos, sendo 36 do sexo feminino, pais e companheiros de portadores de HIV ou pacientes com Aids e atendidos junto à Unidade Especial de Terapia de Doenças Infecciosas (UETDI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). A coleta de dados foi realizada durante visitas domiciliares, o que favoreceu um rapport mais efetivo e uma verificação *in loco* das relações estabelecidas entre “cuidadores” e pacientes.

Foram realizados estudos para verificar diferenças entre subgrupos, definidos por idade e grau de instrução, através do teste **t**, tomando-se como critério  $p < .05$  para a rejeição da hipótese de igualdade. Com o objetivo de verificar a conjugação entre cognições e afetos, determinantes das atitudes avaliadas, foram realizados estudos de quadrantes, técnica que vem sendo utilizada ultimamente em vários estudos semelhantes <sup>(3) (6) (8)</sup>. Esta técnica consiste em localizar os sujeitos em quadrantes formados pela triseção dos escores **b** nas abcissas e nas ordenadas da relação crenças *versus* afetos, tomando-se como critério os valores escalares: -3 e -2 (negativos), -1, 0, +1 (neutros), +2 e +3 (positivos). O diagrama da figura 2 descreve as conjugações **bxe** para os 9 quadrantes:

**Figura 2** – Conjugações **bxe** na tabela de contingência e respectivos significados para a análise de quadrantes ( $n = 3 \times 3$ )

		<b>e</b>			
		-3 / -2	-1 / 0 / +1	+2 / +3	
<b>neutro</b>	-	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	-3 / -2
	0	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	-1 / 0 / +1
	+	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	+2 / +3
-	<b>neutro</b>				+

QUADRO	<b>b</b>	<b>e</b>	Significado da relação <b>bxe</b>	ATITUDES
A	-	+	crenças fracas em atributos negativos	NEGATIVAS
B	0	+	crenças medianas em atributos positivos	LEVEMENTE
POSITIVAS				
C	+	+	crenças fortes em atributos positivos	ALTAMENTE
POSITIVAS				
D	-	0	crenças fracas em atributos neutros	
E	0	0	crenças medianas em atributos neutros	NEUTRAS
F	+	0	crenças fortes em atributos neutros	
G	-	-	crenças fracas em atributos negativos	POSITIVAS
H	0	-	crenças medianas em atributos negativos	LEVEMENTE
NEGATIVAS				
I	+	-	crenças fortes em atributos negativos	ALTAMENTE
NEGATIVAS				

As conjugações foram realizadas distribuindo os sujeitos entre os quadrantes com base nos escores obtidos nas escalas “b” e “e”. O quadrante modal foi comparado com o de segunda maior frequência, tomando-se estudos de diferenças entre duas proporções com critério  $p < .05$  para a rejeição da hipótese de igualdade. Os resultados foram interpretados e discutidos à luz do significado do quadrante modal.

### 3. RESULTADOS

**A. Estudos sobre diferenças entre subgrupos:** Os resultados através do teste **t** podem ser verificados nas tabelas 1 e 2, que apresentam respectivamente os dados para as variáveis *idade* e *graus de instrução*:

**Tabela 1** – Resultados do Teste **t** para os escores de Atitudes relativas (Ar) em função da idade dos sujeitos

Categorias	I		II		VI	
	Menor	Maior	Menor	Maior	Menor	Maior
X	-.01	+.04	-.08	.10	+.24	+.36
Sd	.34	.30	.41	.51	.40	.52
T	.51		-1.30		-.85	
P	.60		.20		.39	

**Tabela 2** – Resultados do Teste t para os escores de Ar de acordo com o grau de instrução dos sujeitos (secundário/primário)

Categorias	I		II		VI	
	Secund.	Primar.	Secund.	Primar.	Secund.	Primar.
X	+06	+01	-.11	+03	+25	+.34
Sd	.29	.33	.35	.48	.34	.50
T	.52	-.88	-.52			
P	.60		.38		.60	

Podemos observar que tais resultados levaram à verificação da não existência de diferenças signifi-

cativas entre os subgrupos testados. Desta forma os estudos descritivos foram considerados para a amostra total, cujos dados são apresentados na tabela 3:

**Tabela 3** – Análise Descritiva para o total da amostra

Categoria	I	II	III	IV	V	VI
X	+02	-.003	-.80	-.60	+70	+.30
Sd	.32	.46	.43	.39	.51	.46
P50	+01	-.02	-1.00	-.66	+1.00	+.24

**B. Análise de Quadrantes:** Considerando os resultados obtidos, e não havendo diferenças entre os subgrupos, foi processada uma análise de quadrantes para as relações **b** e **e** para cada item em particular. O quadro 2 traz a síntese destes resultados:

Categoria	Item	P	Z <sub>p</sub>	α	Q <sub>m</sub>	Interpretação
I	01	50*	2.26	>.01	I	alta força da crença valorizada negativamente de que a Aids faz as pessoas se afastarem do paciente.
	05	.40	1.31	N.S.	I	dados não significantes
	08	.40*	3.68	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids não assume a doença.
	10	.45*	6.19	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids causa medo de contágio.
II	12	.72*	11.02	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que o médico deve tomar cuidado para não pegar Aids do paciente.
	02	.52*	7.30	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids causa revolta nos pais de pacientes.
	03	.47*	5.64	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids causa efeitos irreversíveis na vida dos pais de pacientes.
III	09	.57*	9.15	>.001	G	baixa força da crença, valorizada negativamente de que a pessoa com Aids é uma vergonha que os pais carregam.
	17	.37	2.58	>.01	G	baixa força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids causa nojo nas pessoas que cuidam dele.
	15	.90*	25.34	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que Aids transmitida por relação sexual
IV	11	.80*	18.36	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids é transmitida pelas agulhas utilizadas pelos drogados.
	04	.72*	17.63	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids sente agonia
V	13	.77*	18.36	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids fica alarmado com sua doença.
	06	.75*	18.00	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que a fé em Deus cura a Aids
VI	16	.90*	25.34	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que a vontade de viver é o melhor tratamento para a Aids.
	07	.55*	8.82	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que internar o paciente facilita a prescrição do medicamento
	14	.27	1.27	N.S.	C	Dados não-significantes

**Tabela 2** – Resultados do Teste t para os escores de Ar de acordo com o grau de instrução dos sujeitos (secundário/primário)

Categorias	I		II		VI	
	Secund.	Primar.	Secund.	Primar.	Secund.	Primar.
X	+06	+01	-.11	+03	+25	+.34
Sd	.29	.33	.35	.48	.34	.50
T	.52	-.88	-.52			
P	.60		.38		.60	

Podemos observar que tais resultados levaram à verificação da não existência de diferenças signifi-

cativas entre os subgrupos testados. Desta forma os estudos descritivos foram considerados para a amostra total, cujos dados são apresentados na tabela 3:

**Tabela 3** – Análise Descritiva para o total da amostra

Categoria	I	II	III	IV	V	VI
X	+02	-.003	-.80	-.60	+70	+.30
Sd	.32	.46	.43	.39	.51	.46
P50	+01	-.02	-1.00	-.66	+1.00	+.24

**B. Análise de Quadrantes:** Considerando os resultados obtidos, e não havendo diferenças entre os subgrupos, foi processada uma análise de quadrantes para as relações **b** e **e** para cada item em particular. O quadro 2 traz a síntese destes resultados:

Categoria	Item	P	Z <sub>p</sub>	α	Q <sub>m</sub>	Interpretação
I	01	50*	2.26	>.01	I	alta força da crença valorizada negativamente de que a Aids faz as pessoas se afastarem do paciente.
	05	.40	1.31	N.S.	I	dados não significantes
	08	.40*	3.68	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids não assume a doença.
	10	.45*	6.19	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids causa medo de contágio.
II	12	.72*	11.02	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que o médico deve tomar cuidado para não pegar Aids do paciente.
	02	.52*	7.30	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids causa revolta nos pais de pacientes.
	03	.47*	5.64	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids causa efeitos irreversíveis na vida dos pais de pacientes.
III	09	.57*	9.15	>.001	G	baixa força da crença, valorizada negativamente de que a pessoa com Aids é uma vergonha que os pais carregam.
	17	.37	2.58	>.01	G	baixa força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids causa nojo nas pessoas que cuidam dele.
	15	.90*	25.34	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que Aids transmitida por relação sexual
IV	11	.80*	18.36	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que a Aids é transmitida pelas agulhas utilizadas pelos drogados.
	04	.72*	17.63	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids sente agonia
V	13	.77*	18.36	>.001	I	alta força da crença, valorizada negativamente de que o paciente com Aids fica alarmado com sua doença.
	06	.75*	18.00	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que a fé em Deus cura a Aids
VI	16	.90*	25.34	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que a vontade de viver é o melhor tratamento para a Aids.
	07	.55*	8.82	>.001	C	alta força da crença, valorizada positivamente de que internar o paciente facilita a prescrição do medicamento
	14	.27	1.27	N.S.	C	Dados não-significantes

## 4. DISCUSSÃO

A análise fatorial isolou componentes de fortes conotações psicossociais envolvendo os efeitos psicológicos da doença, tanto nos pacientes como nos familiares e na comunidade em geral. Também, conteúdos relacionados com a filosofia de tratamento, angústias com referência à condição de portador do HIV e representações sobre a delegação de responsabilidades e afastamento do paciente da sua casa. Por outro lado, conteúdos relacionados com questões associadas a informações relevantes do ponto de vista técnico (como formas de transmissão, prevenção, prognóstico, etc;) apresentaram uma baixa incidência denotando, por um lado, uma pobreza de representações a respeito do nível técnico do atendimento e, por outro, uma maior preocupação com as condições psicossociais, muito mais próximas do seu universo de representação.

A análise dos dados veio confirmar a adequação da metodologia utilizada através dos resultados observados. Uma vez que o referencial teórico possibilita uma observação da conjugação entre crenças e valores, os dados finais apontaram significados interessantes sob aspectos relativos ao convívio direto com o portador do HIV.

a) Examinando os fatores que envolvem aspectos ligados aos prováveis *efeitos psicológicos* e ao *medo de ser contaminado pelo HIV* pode-se observar por exemplo que as pessoas próximas ao paciente percebem uma *dificuldade deste em assumir sua condição de portador*, provavelmente reforçada pelo *medo da rejeição* e do preconceito evidenciados na *percepção de que as pessoas acabam se afastando deste*. Isto parece ser visto como algo bastante prejudicial, uma vez que tais atitudes apontam no sentido de uma tendência ao isolamento voluntário ou de uma exclusão social imposta pela sociedade.

Quanto à percepção da condição emocional do portador, *os sujeitos observam a angústia e o alarme do paciente* diante da "realidade da possibilidade de estar condenado". No entanto, eles acreditam que existem perspectivas, justificadas pela *fé em Deus* e *fé na força interior*. Tais representações são reforçadas, atualmente com o aumento da expectativa de vida do paciente com o advento dos novos medicamentos, em que a noção fatalista do "morrer com Aids" está sendo pela visão mais otimista do "viver com Aids" <sup>(16)</sup>.

Já com relação aos aspectos ligados ao contato direto com o paciente e ao perigo de se contaminar, as atitudes indicam uma postura de reconhecimento do medo num primeiro momento, contraposto a uma responsabilidade que envolve um contato direto e implicitamente ameaçador. Estas crenças confirmam mudanças observadas na família em relação

ao surgimento da epidemia, quando era comum ver os próprios familiares e companheiros de doentes evitarem a proximidade <sup>(11)</sup>, e não raros casos onde estes ficavam às portas dos quartos de hospital rejeitando ou abandonando os pacientes no momento de sua alta <sup>(17)</sup>. Considerando a delegação da responsabilidade do cuidado do paciente para os profissionais de saúde, observa-se que está amparada em crenças quanto ao alívio da angústia originada pelo medo e pelos efeitos imediatos da manutenção do doente em casa, envolvendo sensações de perda, falta de recursos econômicos e regime alimentar inadequado. Além disso os cuidados por parte do profissional para não contrair o HIV é visto como algo positivo pelos familiares do paciente que embora estejam informados a respeito das formas de transmissão ainda apresentam dúvidas sobre aquilo que é potencialmente fator de risco para aqueles que cuidam do paciente. Para o familiar que cuida do paciente os cuidados para não se contaminar estão revestidos por uma ambivalência: o valor positivo de evitar o contágio se associa ao receio de ser tomado como preconceito o fato de estar tomando os devidos cuidados para não se contaminar.

b) Fatores relacionados às **conseqüências desagregadoras para a vida dos pais**, acarretadas pela presença de um filho portador, denotam por um lado uma dificuldade em lidar com o fato de ter um ente com Aids e, por outro, uma necessidade de ultrapassar os limites reais da situação imposta na eminência de apoiar o filho neste momento de dificuldade. Contudo, a hipótese de que o filho doente se torne uma vergonha para os pais não encontra suporte dentro desta amostra, assim como não tem força a hipótese de que estes filhos causem nojo naqueles que cuidam dele. Ao que tudo indica, o reconhecimento do estigma dentro de casa parece ser muito difícil para os familiares. Em trabalhos de aconselhamento psicológico realizados junto a pacientes soropositivos é possível verificar a percepção destes em relação a esta ambivalência dos familiares (negação do estigma /assunção do medo e do preconceito) <sup>(7)</sup> que indica a necessidade de um suporte para as famílias que apontem na direção de trabalhar o reconhecimento e superação do estigma, tornando assim mais transparente e efetiva a relação estabelecida em casa.

c) Quanto a conteúdos relacionados as **formas mais conhecidas de aquisição do vírus**, parece ficar bastante evidente o conhecimento destas; Ao que tudo indica, esta cognição, superaprendida pela repetência de sua evocação, já é um tanto banalizada nas atuais circunstâncias.

Assim sendo e contextualizando, em especial, a proposta de um atendimento domiciliar para o paci-

ente HIV, é importante destacar alguns aspectos intrínsecos às políticas desiguais de saúde no Brasil; muitas vezes, o acesso à assistência médica adequada é restrita, principalmente nas zonas rurais e nos grandes centros urbanos; além disso, a falta de recursos nos hospitais, desde o pessoal envolvido diretamente no atendimento até as limitações de espaço físico e recursos materiais, não garantem o tratamento para toda a população atingida<sup>(12)</sup> faz-se então necessária a busca de novas estratégias de enfrentamento da epidemia; neste sentido a proposta de atendimento domiciliar vem de encontro a estas demandas uma vez que o fato de manter o paciente em casa já sugere um barateamento de custos, enquanto não há as despesas de internação; e por outro lado, há maior aproveitamento de espaços nos hospitais, o que acaba favorecendo o atendimento àqueles pacientes que necessitam de um tratamento mais intensivo. Um trabalho articulado e que não perca de vista as várias frentes do atendimento ao paciente HIV, deve ultrapassar os muros dos hospitais. Por outro lado, e talvez em se tratando de seu potencial mais efetivo, o atendimento domiciliar enfatiza questões mais humanas ligada ao relacionamento interpessoal do paciente. É no seio da família e amparado pela segurança de estar em seu lar que o paciente pode se sentir mais seguro e protegido, e é ali que ele, muitas vezes encontra suporte emocional para reagir à doença, saindo da passividade diante da morte como sentença, muito mais eminente se seu cotidiano estivesse restrito a vida de um hospital. O próprio paciente reconhece um forte sentimento de solidariedade e segurança quando está amparado pelos familiares, e é capaz de perceber a importância destes vínculos para o resgate e a manutenção das condições psicológicas para fazer frente à infecção<sup>(10) (11)</sup>.

Desta maneira, estes elementos apontam na direção da necessidade de um suporte emocional mais efetivo para aquelas pessoas que se envolvem no "cuidado" do paciente HIV em casa, assim como para aquelas pessoas que fazem parte da equipe de profissionais que atendem os vários desdobramentos da doença, no sentido de melhor estruturação para lidar com as próprias angústias e assim tornar mais efetiva a disponibilidade para estar com o paciente. A dificuldade de lidar com o estigma da Aids, vinculada desde o início a alguns comportamentos considerados desviantes (homossexualidade e uso de drogas injetáveis) torna essencial um atendimento a nível psicológico à família e aos profissionais que possibilite a estes refletir e confrontar-se com seus medos e preconceitos<sup>(18)</sup>, em busca de tornar mais efetivo e produtivo o vínculo com o soropositivo. À luz destes primeiros resultados e conseqüentes ques-

tionamentos, espera-se que futuros trabalhos possam ser desenvolvidos no sentido de subsidiar o atendimento psicossocial da Aids como um todo, incluindo uma melhor verificação do complexo de circunstâncias sociais, culturais e políticas circunscritas à epidemia e o oferecimento de assistência psicológica, social e jurídica, necessárias e de direito dos soropositivos enquanto cidadãos.

Assim sendo, outros patamares de significados cognitivos e valorativos encontrados junto a essa população em específico ainda necessitam ser analisados, o que deixa a perspectiva de um campo de trabalho rico e de essencial importância para a busca de melhores condições de vida tanto para pacientes com Aids ou portadores do HIV quanto para todas as pessoas que convivem diretamente com estes.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIRMAN, J. A sexualidade entre o mal e as maledicências. In: LOYOLA, M.A. (org) **Aids e sexualidade**. Dumará, Rio de Janeiro, 1994.
2. BROWN, M.A.; Family caregiving in HIV infection: Courrent knowledge development and a vision for the future. In: **HIV/Aids nursing care summit**. American Academy of Nursing, Washington, DC, 1994.
3. FIGUEIREDO, M.A.C. **Profissionais de Saúde e Atitudes frente à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**. Um estudo diferencial com base no modelo afetivo/cognitivo de Fishbein e Ajzen. Tese de Livre-Docência. Departamento de Psicologia e Educação, FFCLRP USP, Ribeirão Preto, 1994.
4. FIGUEIREDO, M.A.C. ; COELHO, W.F. Atitudes frente à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e o Atendimento Domiciliar ao paciente. Um estudo comparativo entre mães de portadores e não portadores do HIV; **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 8 (1): 29-37, 1996.
5. FIGUEIREDO, M.A.C. Escalas afetivo/cognitivas de atitude. Construção, validação e interpretação dos resultados. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ed. Legis Summa, Ribeirão Pre-to, 1998 (p.51-70)
6. FIGUEIREDO, M.A.C.; et al. Crenças prevalentes modais sobre Aids: Um estudo comparativo entre pais de portadores e não-portadores do vírus". **XXIII Reunião Anual de Psicologia da SBP.**, p.373, 1993.
7. FIGUEIREDO, M.A.C.; et al. A família do paciente. **Boletim do Grupo de Atendimento Psicossocial à Aids, Ribeirão Preto**. v.2 (10): 3, 1997.
8. FIGUEIREDO, M.A.C.; et al. Profissionais de saúde e Aids. Um estudo diferencial. **Medicina, Ribeirão Preto**. v.26, (3): 393-407, 1993.
9. FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief Attitude, Intention and Behavior: an introduction to theory and research**. Massachusetts, Addison-Wesley, 1975.
10. FOLEY, M; et al. Family support for heterosexual partners in HIV-serodiscordants couples. **Aids**. v.8, p.1483-7, 1994
11. FRIERSON, R.L.; et al. Psychological stresses on the family. **Psychosomatics**. v.28, 65-70, 1987.
12. JOHNSON, A.M.; et al. Pattern of hospital care for patients with HIV infection and Aids. **Journal of Epidemilogy and Community Health**. v. 47, p.232-7, 1993.
13. KALEEBA, N. Um compromisso familiar. **Ação Anti-Aids**. v.7, p.4-5, 1989.
14. KELLY, J.A. Stigmatization of Aids patients by physicians. **Am. J. Pub. Health**. v.77, (7): p.189-91, 1987.
15. MESQUITA, F.C. Aids e drogas injetáveis. In: **Saúde e loucura**. HUCITEC, São Paulo, v.3, p. 47-53, 1991.
16. RIBEIRO, D.F.; FIGUEIREDO, M.A.C. A devolução do diagnóstico positivo do exame anti-HIV e o ponto de vista da pessoa infectada. Monografia de Bacharelado. **Departamento de Psicologia e Educação, FFCLRP USP**, Ribeirão Preto,

**Endereço para correspondência:**

**Marco Antonio de Castro Figueiredo**

Av. dos Bandeirantes 3.900 – Ribeirão Preto CEP 14.040-901

E-mail: marcoac@usp.br