

O Locus de Controlo na Artrite Reumatóide (*)

JUDITE SOROMENHO (**)

1. INTRODUÇÃO E HIPÓTESES

A Artrite Reumatóide (AR), é uma doença psicossomática crónica e invalidante, do foro reumático. A sua manifestação predominante, é a alteração das estruturas articulares, peri-articulares e tendinosas. É uma doença que em geral evolui por surtos, ou seja, que alterna períodos de agudização com períodos de remissão em que a doença está inactiva. Sendo frequente e tendo vastas implicações médicas e sociais, é considerada como a doença reumática mais importante, e o sexo feminino é o mais atingido (3 a 4 vezes mais que o masculino).

A sua etiologia é desconhecida, havendo contudo evidência de uma multicausalidade, que passa por factores genéticos, imunológicos, admitindo-se também a interveniência de factores psicológicos, de personalidade e acontecimentos vitais (Queiroz, 1986).

Efectivamente, o papel dos factores psíquicos na génese e exacerbação da AR, parece um dado adquirido, pois muitos são já os trabalhos que apontam nesse sentido, embora ainda não se saiba de que forma se processa o seu envolvimento.

Esta investigação, procura ser uma aproxima-

ção à problemática psicológica desta doença, estudando uma variável geral da personalidade, que é o Locus de Controlo (LC) e pretende contribuir para o aprofundar do conhecimento nessa área.

O LC, ou Percepção do Controlo Interno-Externo do Reforço ou Expectativa Geral do Controlo (podemos designá-lo por qualquer uma destas formas), é um conceito que foi criado por Rotter, em 1966, e nasce da teoria da aprendizagem social desenvolvida pelo mesmo autor. Define-se como uma variável geral da personalidade que consiste numa crença ou convicção geral de controlo, que resulta do conjunto das sequências comportamento-reforço, e que traduz o grau de representação que o indivíduo tem, acerca da ligação entre os seus comportamentos ou características pessoais e os reforços (acontecimentos) positivos ou negativos que recebe (Dubois, 1987).

Da literatura, baseada na clínica e em experiências empíricas, sabe-se que as pessoas necessitam de exercer um controlo efectivo sobre o seu meio, ou, pelo menos de acreditar nas suas possibilidades de controlar os acontecimentos da sua vida. É dessa crença em tais possibilidades que derivam as expectativas de controlo que, quando não são percebidas pelo indivíduo, podem levar ao aparecimento de consequências nefastas.

A percepção da relação causal entre as condutas e os reforços obtidos, varia de indivíduo para indivíduo, em resultado das experiências vividas

(*) Resumo de uma investigação realizada no âmbito da monografia de fim de curso, apresentada pela autora, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

(**) Psicóloga Clínica.

ao longo do processo maturativo do crescimento, e é susceptível de ser alterada. Pode também ser influenciada pelo estatuto socio-económico e pelo sexo (Relvas, 1985).

Foi também proposta a existência de variações no que se refere aos diferentes graus de relação causal entre as condutas do próprio e os reforços. Assim, se a pessoa percebe os acontecimentos como contingentes ao seu comportamento ou a características permanentes que possui, fala-se em LC interno, e neste caso, tal percepção vai ter efeito sobre as expectativas futuras.

Mas, se o reforço é percebido como seguindo-se a uma acção sua, mas não sendo inteiramente contingente, então ele é interpretado como sendo o resultado da sorte, acaso ou estando sob o controlo de outros poderosos, não tendo efeito sobre as expectativas futuras. Nesta situação, fala-se em LC externo.

Este conceito de expectativas generalizadas, tem permitido encontrar características pessoais aos indivíduos com a mesma orientação LC (interna ou externa), admitindo-se que pessoas com LC diferentes reajam de diferentes maneiras aos acontecimentos (Rotter, 1986).

É nestas características pessoais que diferenciam os dois grupos, que se encontrou alguma similaridade com as características que os investigadores têm referido como caracterizando os doentes de AR.

Assim, considerou-se a possibilidade de que a cronicidade da doença e o agravamento das incapacidades funcionais, com consequente aumento da dependência e diminuição das possibilidades reais de exercer controlo sobre a sua vida, poderia eventualmente levar a uma diminuição da expectativa de controlo do reforço. Daí a formulação da 1.^a hipótese deste estudo:

Hipótese 1: A externalidade aumenta com o tempo e a gravidade da AR.

Por outro lado, considerou-se que seria igualmente interessante investigar se se observam diferenças significativas na percepção da relação conduta-reforço destes doentes relativamente à população normal, tendo daí surgido a 2.^a hipótese:

Hipótese 2: Os doentes com o diagnóstico de AR, apresentam valores mais baixos de internalidade e mais

altos de externalidade do que os sujeitos normais.

2. METODOLOGIA

2.1 Instrumentos de Avaliação

A recolha dos dados efectuou-se num só momento e foram utilizados os mesmos instrumentos para todos os indivíduos: (1) Entrevista semi-directiva, com o objectivo de estabelecer uma relação empática e um clima de confiança que permitisse a verificação dos critérios de selecção e disponibilizasse os pacientes para a aplicação dos outros instrumentos; (2) Teste de Capacidade Funcional Global de Lee, que avalia a capacidade funcional em relação a aspectos da vida quotidiana num dado momento. Tem 17 itens e fornece um *score* global; (3) Classificação de Steinbrocker, que também avalia a capacidade funcional, possuindo 4 classes, nas quais a capacidade funcional diminui progressivamente da I à IV, e tem um carácter mais definitivo; (4) Escala IPC (Internal, Powerful Others, and Chance) de Levenson, que é uma escala de avaliação do LC, e que constitui o principal instrumento deste trabalho. Esta escala, surge a partir duma revisão da escala LC de Rotter, tendo Levenson, o seu autor, construído 3 novas escalas, que distinguem 3 tipos de expectativas: (a) expectativas num controlo interno (sub-escala I), (b) expectativas num controlo pelos outros poderosos (sub-escala P) e (c) expectativas numa ausência de controlo (sub-escala C).

Estas 3 sub-escalas, são apresentadas ao sujeito como uma escala de atitudes unificada, de 24 itens (8 por cada), apresentados num formato de tipo Likert, permitindo o cálculo de 3 sub-scores (Levenson, 1974).

2.2. Critérios de Selecção

Os pacientes foram seleccionados tendo em consideração os seguintes critérios: (1) Ter o diagnóstico médico de AR: (a) Há 18 ou menos meses; (b) Há 10 ou mais anos; (c) Independentemente do tempo; (2) Ter graus diferentes de evolução da doença; (3) Ter mais de 30 anos, uma vez que é frequentemente a partir dessa idade que a doença surge; (4) Ter como escolari-

dade mínima o ensino básico e (a) revelar boa compreensão das questões colocadas ao longo da entrevista, e (b) ter boa capacidade verbal, também manifestada durante a entrevista; (5) Ter ou já ter tido uma profissão exercida fora de casa que, de algum modo, implicasse contactos interpessoais.

Este critério, deveu-se ao facto de a maioria dos pacientes apresentarem fraca ou nula escolaridade e o principal instrumento ser uma escala de auto-avaliação.

O sexo não foi controlado, mas verificou-se que a(s) amostra(s), resultando inteiramente do acaso, respeitam os dados epidemiológicos (4M:1H) de aparecimento da doença.

2.3 Amostra(s)

Retiraram-se a(s) amostra(s) duma população de sujeitos com diagnóstico médico de AR, que habitualmente frequentam a consulta de reumatologia do Hospital de Santo António dos Capuchos e da consulta e internamento do Instituto Português de Reumatologia.

Assim, formaram-se 2 grupos sujeitos, cada um dos quais constitui uma amostra independente (A e B), que se diferenciam fundamentalmente pelo tempo da doença, que na amostra A é igual ou inferior a 18 meses, e na B é igual ou superior a 10 anos. Estas duas amostras, foram utilizadas para o estudo da 1.^a hipótese.

Em seguida, e para o estudo da 2.^a hipótese, os dois grupos, A e B, foram reunidos num só, e acrescentou-se dois sujeitos para os quais não se teve em conta o tempo de doença. Esta amostra conjunta foi designada por amostra T.

As características das amostras, podem ser observadas na Tabela 1.

2.4. Procedimentos

Para o estudo da *Hipótese 1*, comparou-se os resultados da amostra A com os da amostra B, em relação a cada uma das variáveis I, P e C, obtidos pela aplicação da escala IPC.

Para o estudo da *Hipótese 2*, comparou-se os resultados de cada uma das variáveis, I, P e C da amostra T, com uma amostra N, que representa os resultados obtidos num estudo efectuado na população portuguesa normal, mais precisamente com estudantes universitários dos primeiros anos (Relvas, 1984).

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1. Hipótese 1

Quanto aos resultados encontrados, a hipótese colocada confirma-se, tendo-se concluído que: A externalidade tende a acentuar-se com a duração e a gravidade da doença.

Para explicar estes resultados, admitiu-se a hipótese de que é com o vivenciar da evolução da doença, que o paciente se vai progressivamente consciencializando das suas limitações, da sua dependência, e das implicações que isso acarreta nos planos social, familiar e profissional.

Assim, considerando o curso intermitente da doença, com períodos de remissão/exacerbação, e tendo em conta que ela acaba por se tornar num potencial organizador da vida do indivíduo, é plausível pensar que esses factores possam ter um papel facilitador da diminuição da percepção da relação conduta-reforço, levando progressivamente a sentimentos de incontrolabilidade, que se traduziriam por uma alteração das orientações LC, no sentido duma maior externalidade.

Este aspecto, da dificuldade em controlar os acontecimentos aversivos, pode ajudar também ao aparecimento da ansiedade e da depressão, que são as reacções emocionais mais frequentes a esta doença.

Assim, parece plausível pensar, que os factores apontados, funcionando em círculo vicioso, podem predispor o indivíduo para o aparecimento de novas crises.

3.2. Hipótese 2

Relativamente a esta hipótese, ela verifica-se apenas parcialmente: Não se verifica para os homens, que não apresentam diferenças significativas relativamente aos sujeitos normais do mesmo sexo, mas verifica-se na totalidade para as mulheres — elas tendem a ser menos internas e mais externas que as mulheres normais.

Dado os resultados encontrados, parece que o sexo desempenha aqui um papel importante.

O facto das pacientes de AR tenderem a perceber a relação entre os seus comportamentos e as consequências deles resultantes como dependendo de outros mais poderosos ou do acaso, pode dever-se a duas ordens de factores:

TABELA 1

	AMOSTRA A	AMOSTRA B	AMOSTRA T
N	5 (H+M)	8 (H+M)	15 (3H; 12M)
Idade Média	44 anos	51 anos	H=52 anos; M=46 anos
Escol. Média	6 anos	7 anos	H=8 anos; M=8 anos
Class. Steinb.I=1	I=0 II=4 III=0	I=3 II=6 III=2	II=10 III=2

por um lado, ao já referido vivenciar da doença, enquanto factor condicionante da percepção conduta-reforço, que poderá levar ao desenvolvimento de sentimentos de incontrolabilidade; por outro lado, ao papel desempenhado pelo sexo e suas relações com factores socioculturais, tendo em conta que a média das idades das mulheres com AR é de 47 anos, enquanto que as normais, são muito mais jovens. É muito provável que as primeiras, mais do que as segundas estejam ligadas a esteriótipos e modelos tradicionais de conduta feminina (mais submissas, mais dependentes, mais ansiosas, etc, do que os homens), tendentes à sub-valorização deste sexo. Dada a importância destes modelos, até ainda há não muito tempo atrás, as pacientes, mais velhas, identificando-se com eles, dariam mais respostas externas do que as outras.

Por outro lado, os estudos com famílias de origem de mulheres com AR, referem que as práticas educativas utilizadas eram facilitadoras do desenvolvimento de sentimentos de dependência e obediência passiva.

Estes aspectos, a que provavelmente se vem juntar o papel dos acontecimentos vitais, poderiam influenciar a percepção da contingência conduta-reforço, facilitando o desenvolvimento de expectativas de controlo não pessoal, constituindo, para o sexo feminino, mais do que para o sexo masculino, mais um factor de vulnerabilidade à doença.

4. CONCLUSÕES

Dado que se está a abordar uma doença com

substantial impacto psicológico, reveste-se da maior importância todos os contributos que permitam novas abordagens terapêuticas destes doentes, não só numa perspectiva somática, mas também psicoterapêutica.

A percepção do controlo, tem sido apontada como uma das mais relevantes dimensões do processo psicoterapêutico, pois influencia o modo como o paciente entende o seu comportamento e adere a este processo. Vários estudos têm demonstrado haver vantagens nas orientações internas para o sucesso psicoterapêutico, dado que a percepção do controlo como sendo devida ao próprio poderá levar os indivíduos a confiar mais nas suas próprias aptidões para controlar as suas emoções e cognições face a acontecimentos aversivos do que se essa percepção fosse devida ao acaso ou aos outros (Pocinho & Córias, 1988).

Atendendo a que nesta investigação se verifica no geral uma tendência para a externalidade dos indivíduos com o diagnóstico antigo de AR e também nos indivíduos do sexo feminino relativamente à população normal, parece que seria desejável orientar, em termos de acontecimento psicoterapêutico a percepção do controlo destes doentes para níveis inferiores de externalidade. Esse, poderia ser um factor facilitador do ajustamento do indivíduo à doença, diminuindo as suas repercussões psicológicas.

Claro está que este estudo apenas abre algumas pistas a este propósito, sendo necessário complementá-lo com novas pesquisas que

permitam, não só a generalização dos resultados, como a determinação de estratégias de intervenção adequadas e eficazes no sentido de conduzir o indivíduo a ajustar-se à sua doença com expectativas de continuar a usufruir de controlo, não obstante o facto de ter uma doença crónica e progressivamente invalidante.

BIBLIOGRAFIA

- Dubois, N. (1987). *La Psychologie du Contrôle*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38: 377-383.
- Pocinho, F. & Córias, J. (1988). Percepção do controlo e comportamento emocional e de ansiedade. *Psiquiatria Clínica*, 2(9).

Queiroz, V. (1986). *Reumatologia para Clínicos Gerais*.

Relvas, J. (1985). *Locus de controlo e depressão*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Relvas, J., Vaz Serra, A., Saraiva, C. & Coelho, I. (1984). Resultados da aplicação da escala IPC a estudantes universitários. *Psiquiatria Clínica*, 5(3): 119-124.

RESUMO

Neste trabalho, é feita uma breve abordagem teórica ao conceito de Locus de Controlo, variável da personalidade, e apresentam-se os resultados da aplicação duma escala de avaliação de Locus de Controlo (IPC de Levenson), a amostras de pacientes com Artrite Reumatóide. Comparam-se ainda os resultados obtidos com uma amostra de sujeitos normais. Consideram-se algumas explicações possíveis para os resultados encontrados.