

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FFCH – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**PESSOAS CONVIVENDO COM O HIV – CONSTRUINDO RELAÇÕES ENTRE  
VIVÊNCIA DE ESTIGMA E ENFRENTAMENTO**

**Dafne Andrea Vásquez Suit**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da  
Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de  
Mestre em Psicologia.

**Área de Concentração:** Psicologia Social e do Trabalho

**Orientação:** Prof. Dr. Marcos Emanuel Pereira

SALVADOR, 2005

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

*“Senhoras e senhores  
Trago boas novas  
Eu vi a cara da morte  
E ela estava viva - viva!”*

Cazuza

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, *Prof. Dr. Marcos Emanuel Pereira*, por ter acreditado na viabilidade deste projeto, por sua dedicação, incentivo e, principalmente, por sua paciência ao lidar com minhas eternas dúvidas e incertezas.

À *Profª Dra. Eulina Lordelo*, por todo o incentivo e por tudo que me ensinou, ainda na graduação.

Ao *Prof. Dr. Antônio Marques Chaves* pelo seu contagiante otimismo, entusiasmo e dedicação ao meu processo de desenvolvimento neste tão novo caminho.

Às minhas colegas de mestrado, em especial a *Verena e Aldinéia*, pela grande ajuda nos momentos de sufoco.

Ao meu amigo *Ulisses*, por ter me mostrado novos aspectos da vida e por sua autenticidade.

A *minha mãe*, por ter acreditado de maneira incondicional que este sonho podia tornar-se realidade e por toda a sua dedicação nos momentos em que mais precisei.

A “*mamá Esther*”, minha avó psicóloga, que sem perceber me iniciou neste caminho e que também foi a primeira pessoa a entender o que era mesmo que eu queria estudar.

A *Olaya*, pela companhia constante e dedicada, nos altos e baixos.

A *Chau*, meu companheiro de vida, por toda a sua ajuda e paciência, do início ao fim desta jornada.

À minha doce filha *Clara* (Cacae), por todos os momentos em que abriu mão da minha companhia e por ter me acompanhado sempre que necessário (com um monte de revistinhas para ler, embaixo do braço). Nunca esquecerei o seu: “*Mamãe, quantas páginas você já escreveu?*”.

A *Rita Brasil*, por ouvir-me, acompanhar-me e incentivar-me; com paciência e dedicação.

Aos meus amigos, pelos momentos de bom humor, pelas eternas conversas que tão bem me fizeram.

A *Anderson, Moysés, Déo, Jackson e Sr.Rubens*, por toda a ajuda prestada, pelos momentos de bom humor e descontração.

A *Rosária*, companheira e amiga do coração, por seu otimismo, garra e gigantesca ajuda na concretização deste sonho.

A *Nilton, Fabíola e Isadora*, por todas as portas que generosamente me abriram.

À *Rede Nacional de Pessoas Vivendo com o HIV/AIDS*, ao *Movimento Nacional Cidadã Positiv*, aos *Parceiros da Adesão*, à *Conceição Macedo* e ao *GAPA/Ba* pela disponibilidade, ajuda e otimismo contagiante.

A todas as pessoas que, generosamente, compartilharam um pedacinho de suas vidas nesta pesquisa; sem sua disponibilidade e confiança nada aconteceria.

## **SUMÁRIO**

	Pág.
Agradecimentos.....	iii
Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Figuras.....	x
RESUMO.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	14
1.1. Qualidade de Vida e AIDS.....	15
1.2. O Surgimento da AIDS e seu Processo de Estigmatização.....	18
1.3. AIDS e Ativismo.....	23
CAPÍTULO II – O CONCEITO DE ESTIGMA.....	25
2.1. A Reação ao Estigma.....	28
2.2. O Contato com o Meio Externo.....	32
CAPÍTULO III – O CONCEITO DE ENFRENTAMENTO.....	39
3.1. O Papel do Contexto no Processo do Enfrentamento.....	41
3.2. A Nomenclatura do Enfrentamento.....	43
3.3. A Mensuração do Enfrentamento.....	47
3.4. Enfrentamento e Soropositividade.....	48
CAPÍTULO IV – MÉTODO.....	52
4.1. Delineamento da Pesquisa.....	53
4.2. Contexto e Participantes do Estudo.....	54
4.3. Instrumentos.....	54
4.3.1. Questionário Sociodemográfico.....	54
4.3.2. Questionário Médico-clínico.....	55
4.3.3. Escala de Estigmatização para Portadores do HIV.....	55

4.3.4. Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP.....	56
4.3.5. Escala de Qualidade de Vida – WHOQOL – bref.....	57
4.4. Etapas.....	58
4.4.1. Seleção do Grupo de Participantes.....	59
4.4.2. Coleta de Dados.....	59
4.4.3. Análise de Dados.....	60
CAPÍTULO V – RESULTADOS.....	61
5.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	61
5.2. Caracterização Médico-clínica.....	64
5.2.1. Tempo Decorrido desde o Diagnóstico.....	64
5.2.2. Sintomatologia.....	65
5.2.3. Medicação.....	66
5.2.4. Revelação do Diagnóstico.....	67
5.3. Vivência do Estigma.....	68
5.4. Enfrentamento.....	72
5.5. Qualidade de Vida.....	75
5.6. Correlações entre as Variáveis em Estudo.....	79
5.6.1. Correlacionando Estigma e Estratégias de Enfrentamento.....	79
5.6.2. Correlacionando Estigma e Qualidade de Vida.....	82
5.6.3. Correlacionando Enfrentamento e Qualidade de Vida.....	83
5.7. Análises de Regressão Linear Múltipla.....	85
5.7.1. Preditores do Estigma.....	85
5.7.2. Preditores do Enfrentamento.....	87
5.7.3. Preditores da Qualidade de Vida.....	90
CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO.....	93
6.1. Caracterização Sociodemográfica e Médico-clínica.....	93
6.2. Vivência do Estigma.....	95
6.3. Enfrentamento.....	99
6.4. Qualidade de Vida.....	101

6.5. Configurando Relações entre as Variáveis.....	102
CAPÍTULO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS.....	110
ANEXOS	
Anexo A – Questionário Sociodemográfico.....	115
Anexo B – Questionário Médico-clínico.....	116
Anexo C – Escala de Estigmatização para Portadores do HIV.....	118
Anexo D – Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP.....	122
Anexo E – Escala WHOQOL – bref.....	126
Anexo F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	131

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de Filhos.....	62
Tabela 2 – Descrição da Situação Trabalhista.....	63
Tabela 3 – Motivos de Ocasionalmente Interrupção da Medicação.....	63
Tabela 4 – Análises Descritivas da Vivência de Estigma.....	69
Tabela 5 – Análise Descritiva do Enfrentamento.....	72
Tabela 6 – Análises Descritivas das Dimensões do WHOQOL – bref.....	75
Tabela 7 – Correlações de Pearson entre os Índices de Estigma, Enfrentamento e Qualidade de Vida.....	81
Tabela 8 – Resultado da Análise de Regressão Linear Múltipla para o Estigma Personalizado.....	85
Tabela 9 – Resultado da Análise de Regressão Linear Múltipla para o Estigma Revelação.....	86
Tabela 10 – Resultado da Análise de Regressão Linear Múltipla para o Estigma Auto-imagem Negativa.....	86
Tabela 11 – Resultado da Análise de Regressão Linear Múltipla para o Estigma Atitudes Públicas.....	87
Tabela 12 – Resultado da Análise de Regressão Linear Múltipla para o Estigma Geral.....	87
Tabela 13 – Resultado da Análise de Regressão Linear Múltipla para o Enfrentamento Focalizado no Problema.....	87
Tabela 14 – Resultado da Análise de Regressão Linear Múltipla para o Enfrentamento Focalizado na Emoção.....	88
Tabela 15 - Resultado da Análise de Regressão Linear Múltipla para o Enfrentamento Busca de Religiosidade/ Pensamento Fantasioso.....	89
Tabela 16 - Resultado da Análise de Regressão Linear Múltipla para o Enfrentamento Busca de Suporte Social.....	89
Tabela 17 - Resultado da Análise de Regressão Linear Múltipla para a Qualidade de Vida no Domínio Físico.....	90

Tabela 18 - Resultado da Análise de Regressão Linear Múltipla para a Qualidade de Vida no Domínio Relações Sociais.....	91
Tabela 19 - Resultado da Análise de Regressão Linear Múltipla para a Qualidade de Vida no Domínio Meio Ambiente.....	91
Tabela 20 - Resultado da Análise de Regressão Linear Múltipla para a Qualidade de Vida no Domínio Otimismo.....	92

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Conceitual do Estudo.....52

## **RESUMO**

Buscou-se com este estudo, ampliar a compreensão da vivência da soropositividade a partir do diagnóstico, identificando as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas soropositivas adultas, correlacionando-as com a percepção que esta população tem sobre sua estigmatização e qualidade de vida, além de buscar a sua caracterização, do ponto de vista sócio demográfico e clínico. Realizou-se um estudo de delineamento transversal, correlacional, constituindo-se num desenho ex-post-facto. A amostra foi de 50 pessoas do gênero feminino e 50 pessoas do gênero masculino, residentes na cidade de Salvador, Bahia; caracterizadas e avaliadas a partir de questionário sócio demográfico e médico clínico, Escala de Estigmatização para Portadores do HIV, Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref). Foram realizadas análises estatísticas descritivas, correlações entre as variáveis e regressão linear múltipla. Encontrou-se uma utilização maior do enfrentamento focalizado no problema e uma utilização menor do enfrentamento focalizado na emoção, estando este último relacionado diretamente a uma maior vivência do estigma. Também foram encontradas diferenças significativas entre os gêneros, sendo que, no gênero feminino, observou-se uma maior vivência de estigma, maior utilização do enfrentamento focalizado na emoção, busca de religiosidade / pensamento fantasioso e busca de suporte social, assim como, menor satisfação na dimensão psicológica e de relações sociais da qualidade de vida. Pessoas que trabalham diretamente com ações voltadas para a soropositividade destacaram-se, apresentando uma menor vivência de estigma, menor utilização do enfrentamento focalizado na emoção e maior satisfação em termos de qualidade de vida no domínio psicológico, relações sociais e otimismo. A vivência de estigma e a menor satisfação, no domínio físico da qualidade de vida, apresentaram-se como preditores do enfrentamento focalizado na emoção, reforçando a hipótese de que as pessoas soropositivas, além da necessidade de enfrentar a condição somática, necessitam enfrentar as

questões relativas à estigmatização, o que pode originar dificuldades na concretização de um enfrentamento mais ativo da situação.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS, Estratégias de Enfrentamento, Coping, Estigma e Qualidade de Vida.

## **ABSTRACT**

This study was aimed at widening the understanding of how subjects experience HIV seropositivity from its diagnosis by detecting HIV-positive adults' coping strategies and correlating them with that population's realization of their stigmatization and quality of life as well as identifying the subjects' social, demographic and clinical characteristics. For this cross-sectional, correlational and *ex post facto* study, 50 female and 50 male subjects, all dwelling in Salvador (Bahia, Brazil), were characterized and assessed by means of a social, demographic and clinical questionnaire, the Stigmatization Scale for HIV-Positive Subjects, the Brazilian version of the Ways of Coping Scale (EMEP) and the Quality of Life Scale (WHOQOL-bref). Descriptive statistical analyses, correlations among variables and multiple linear regression were carried out. Problem-focused coping was found to be more employed than the emotion-focused one, being the latter directly related to higher levels of stigmatization experience. Significant gender differences were also found with female subjects experiencing more stigmatization, using more emotion-focused coping, seeking religion/fantasies, searching for social support and presenting less quality of life satisfaction concerning the psychological and social relations dimensions. Those who work directly with seropositivity-oriented actions were shown to have lower levels of stigmatization experience, less emotion-focused coping and more quality of life satisfaction concerning the psychological, social relations and optimism domains. Stigmatization experience and less quality of life satisfaction in the physical domain proved to be predictors of emotion-focused coping, which reinforces the hypothesis that, in addition to dealing with their somatic status, HIV positive subjects need to cope with stigmatization issues, which may make it difficult to face the situation in a more active way.

**Key words:** HIV/AIDS, coping, stigma, quality of life.

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUÇÃO**

Este estudo origina-se na experiência com o atendimento clínico a pessoas portadoras do HIV, quando fica muito clara a forma como elas vivenciam, além das dificuldades associadas à realidade somática de sua condição, a necessidade de lidar com o estigma, discriminação e preconceitos relativos à soropositividade.

Lidar com esta população é uma aprendizagem rica que mostra diferentes nuances a cada momento. Não existem histórias iguais, assim como não existem formas de enfrentar que se encaminhem da mesma maneira, mas há algo em comum entre estas pessoas, que é o fato da necessidade de sobrepor-se à dificuldade, da melhor maneira possível, dentro do seu contexto.

Desde os primeiros casos diagnosticados como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), uma questão que sempre ficou sem resposta absoluta é o que causaria o desenvolvimento da doença, de maneira mais ou menos rápida. Naquele primeiro momento, não se contava com medicamentos que controlassem o vírus e já se percebia como algumas pessoas não evidenciavam sinais de adoecimento, mesmo infectadas.

Hoje, contando com medicamentos anti-retrovirais, ainda se percebem diferenças nítidas entre os caminhos que o vírus assume em diferentes pessoas. As variáveis que originam as diferenças parecem numerosas, mas se tornou claro que as emoções, e todas as questões referentes ao psíquico têm um forte papel nesse processo. Não se trata de um vírus que se instala no ser humano e apenas se desenvolve, mas parece importante *em que* ser humano ele se instala, *em qual* contexto ele acontece.

Assim, neste estudo, a questão que permeia o processo da pesquisa é como as pessoas passam a se perceber a partir do diagnóstico; de que maneira uma maior ou menor vivência dos estigmas relativos à sua condição se encontraria relacionada à escolha por determinadas estratégias de enfrentamento, que, por sua vez, poderiam facilitar ou dificultar o encaminhamento de ações que propiciem uma maior sobrevida, e como o próprio tempo transcorrido desde o

diagnóstico atuaria de maneira a originar uma imagem de sua situação diferenciada, facilitando comportamentos menos passivos.

Cabe ressaltar que não se trata da tentativa de dar respostas a uma questão tão complexa de modo absoluto, mas de colaborar com a construção do conhecimento nesta temática, ampliando a compreensão do processo pelo qual as pessoas soropositivas passam na busca de sua reestruturação, identificando estratégias que são úteis para a melhoria de sua qualidade de vida, assim como retratando a vivência do estigma, podendo dar um maior subsídio àqueles que lidam com esta população.

Este estudo encontra respaldo na concepção de que o processo saúde-doença se insere num contexto, a partir do qual diversas variáveis influenciam a vulnerabilidade às doenças. Sendo assim, no intuito de contextualizar a AIDS, neste capítulo descrevem-se o conceito de qualidade de vida, o surgimento da epidemia e seu processo de estigmatização, além da construção do “ativismo” relativo à soropositividade no Brasil.

### **1.1. Qualidade de Vida e AIDS**

Nos últimos 20 anos, a visão sobre o adoecer sofreu modificações, o que originou a construção e consolidação do modelo biopsicossocial de enfermidade. O adoecer não é mais considerado como um fenômeno puramente biológico, percebendo-se que o ser humano e o seu adoecimento encontram-se inseridos num contexto mais amplo. Nesta nova maneira de enfocar a saúde, verifica-se que a causalidade das doenças também decorre da interação dos fatores biológicos com fatores psicossociais e socioculturais (Weiten, 2002).

A mudança de pensamento se origina, em grande parte, das mudanças ocorridas em termos de padrões de doenças, já que, até o início do século XX prevaleciam doenças contagiosas, causadas por agentes infecciosos, tais como a varíola, a febre tifóide, a difteria, tuberculose, febre amarela, cólera, malária etc, que eram letais até então (Weiten, 2002). A partir do momento em que se descobrem formas de exterminá-las e / ou controlá-las, ocorre um aumento da ocorrência de doenças crônicas, tais como as do coração, o câncer e acidentes

vasculares cerebrais. Na última década, com o surgimento da medicação anti-retroviral, a AIDS também se constituiu numa doença crônica (Seidl, 2001).

De fato, o estresse, o estilo de vida e os fatores psicossociais, de um modo geral, possuem importante papel no desenvolvimento das doenças crônicas, que se caracterizam pelo seu desenvolvimento gradual (Weiten, 2001); e, por outro lado, os avanços em termos de tratamento e prevenção possibilitam o aumento da sobrevida, e até uma longa vida, para pessoas que têm doenças crônicas. Essas evidências originam uma crescente preocupação com a qualidade de vida de quem adoece (Seidl, 2001).

Percebendo-se que o desenvolvimento tecnológico da Medicina também facilitou a sua progressiva desumanização, voltando-a para a mera supressão ou controle dos sintomas, a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida, surge, em contrapartida, um movimento no sentido de valorizar a maneira como as pessoas vivem e não o quanto vivem, que estimula a avaliação da qualidade de vida de quem adoece, considerando-se o ser humano como uma totalidade, que desenvolve sua existência num contexto específico, em que fatores culturais, sociais, psicológicos e espirituais encontram-se implicados (Fleck e colaboradores, 1997).

Apesar de ainda não existir um consenso quanto ao conceito de qualidade de vida, chegou-se a três aspectos principais que o constituem, mesmo ao se considerar as diversas culturas: 1) subjetividade; 2) multidimensionalidade; e 3) presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor). Estes aspectos basearam a definição adotada pela Organização Mundial da Saúde para qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994, p.1405).

Assim, tomando-se como referência a subjetividade, existe a preocupação no sentido de considerar a percepção da pessoa a respeito do seu estado de saúde, dos aspectos não médicos e do seu contexto de vida, enfatizando-se que somente a própria pessoa pode avaliar sua qualidade de vida e não um

observador externo, como ocorria nas primeiras abordagens do conceito (Seidl & Zannon, 2004).

A multidimensionalidade do conceito dá a noção de que se trata de um construto composto por diversas dimensões, que têm sido objeto de pesquisas, no sentido de identificá-las e mensurá-las (Seidl & Zannon, 2004).

Ao tratar-se da qualidade de vida em pessoas que convivem com o HIV, é preciso lembrar que, no momento em que a AIDS surgiu, quando ainda não existiam soluções terapêuticas para controlar os efeitos do HIV no indivíduo, quem se infectava vivenciava uma evolução clínica rápida e conseqüente morte. Com o surgimento da medicação anti-retroviral, se concretiza a possibilidade de uma ampliação da expectativa de vida, mesmo sem contar-se, ainda, com cura definitiva ou vacina. Também a qualidade de vida das pessoas soropositivas pôde ampliar-se a partir de então (Galvão, Cerqueira & Marcondes-Machado, 2004).

O contexto da vida cotidiana do portador do HIV, permeado por fatores como a adaptação à doença, a sexualidade e o relacionamento interpessoal, assim como a vivência de estigmas, preconceito e discriminação, podem afetar a qualidade de vida destas pessoas e necessita ser avaliado em sua totalidade, ao se fazer um retrato da situação que as pessoas soropositivas vivenciam hoje no Brasil (Galvão e colaboradores, 2004).

Assim, ao realizar um estudo de natureza quantitativa, com o objetivo de avaliar o nível de qualidade de vida em mulheres soropositivas, Galvão e colaboradores (2004), chegaram a resultados que mostram maior comprometimento no que se refere a “preocupações financeiras”, “preocupação com o sigilo sobre a infecção”, “atividades sexuais” e “preocupações com a saúde”, ficando muito explícita a relação entre a qualidade de vida destas pessoas e a vivência de estigmatização, concluindo que as mulheres soropositivas enfrentam situações de discriminação, segregação, falta de recursos sociais e financeiros, assim como ruptura nas relações afetivas e problemas com a sexualidade, o que torna a vivência e o enfrentamento do adoecer problemático, comprometendo a qualidade de vida.

Considerando-se essas relações entre estigma e qualidade de vida, neste estudo relaciona-se a qualidade de vida à vivência da estigmatização e às estratégias de enfrentamento adotadas por pessoas soropositivas.

### **1.2. O Surgimento da AIDS e seu Processo de Estigmatização**

Ao deparar-se com uma situação nova, as pessoas passam a avaliá-la, para depois poder reagir ao que acaba de surgir e configurar um novo equilíbrio. A busca de uma harmonia interna parece essencial ao humano e, ao surgir algo que foge à rotina estabelecida, torna-se necessário reagir de maneira a sentir, novamente, um certo controle perante a situação.

Quando uma situação é avaliada de maneira positiva, parece não haver maiores problemas e o estresse desencadeado é vivenciado de maneira benéfica e de bom grado. Entretanto, as situações imprevistas que são avaliadas, pelo menos num primeiro momento, de maneira negativa e como fonte de dificuldades, constituíram a base para a realização deste trabalho.

No momento em que uma pessoa adoece, surgem dificuldades desde as mais corriqueiras e facilmente solucionáveis, até aquelas que parecem não ter solução. As pessoas adoecem inúmeras vezes durante suas vidas e, na maioria dos casos, não é sequer necessário consultar um médico ou qualquer tipo de serviço de saúde, por serem dificuldades passageiras e pouco importantes. Maiores dificuldades são observadas ao surgirem doenças com as quais não é tão fácil lidar, aquelas que trazem a possibilidade de morte de forma mais aparente, ou aquelas que significam o afastamento da rotina por um período prolongado.

Para a humanidade sempre houve a necessidade de lidar com as doenças, sempre tratadas com dificuldade, até se obter um maior conhecimento científico ao seu respeito e, como consequência, a possibilidade de prevenção, controle e cura.

O temor diante do adoecer de uma causa para a qual ainda não se conta com a possibilidade de cura já foi vivenciado em relação à Tuberculose, à Sífilis e a muitas outras. Até o final da década de 70, o Câncer era uma das doenças mais temidas, devido aos resultados pouco contundentes em termos de tratamento e à

sua associação com a morte. Apesar de ainda não se contar com possibilidades de prevenção e cura eficazes, o Câncer como “doença que é melhor não nomear” cedeu o lugar para a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), por uma série de motivos, que remetem aos primeiros diagnósticos.

No final da década de 70 foram descritos os primeiros casos de AIDS, sendo reconhecida somente em 1981, nos EUA, como uma nova doença. Já naquele primeiro momento, por ter sido identificada em adultos homossexuais, do sexo masculino, a AIDS passou a ser fonte para estereótipos, estigmas, preconceitos e discriminações. Homossexuais e bissexuais masculinos passaram a ser sinônimos imediatos da AIDS (Parker & Galvão, 1996). Tinha surgido a “Peste Gay”, nome dado fazendo-se alusão à “Peste Negra” (Angerami-Camon, 1996), ou o “Câncer Gay”. Além disso, tratava-se de uma doença que levava a uma morte rápida.

Percebe-se que o primeiro estigma a ser originado em relação ao HIV e à AIDS foi o estigma sexual (Parker & Aggleton, 2001), já que a transmissão do vírus HIV, responsável pela AIDS, foi associada intensamente ao contato sexual de pessoas que, de alguma maneira, fugiam às regras existentes a este respeito, como homossexuais, prostitutas, pessoas “promíscuas” ou que apresentavam algum “desvio sexual ou comportamental”, que passaram a constituir os tão conhecidos “grupos de risco”.

Hoje, apesar do vírus ser transmitido sem distinção de preferências sexuais, faixa etária, etnia, gênero ou classe social, a existência de estigmas em relação às pessoas soropositivas continua exercendo grande peso em suas vidas, e alguns fatores podem associar-se a este processo: 1) trata-se de uma doença ainda incurável e que ameaça a vida; 2) as pessoas sentem medo de contrair o vírus; 3) é uma doença que se associa a comportamentos já estigmatizados, antes do seu surgimento; 4) quem se infecta é considerado responsável pela sua situação e 5) as crenças religiosas ou morais levam a crer que se trata de um castigo por alguma falta cometida (De Bruyn, 1999).

A partir de 1995, a utilização de medicamentos anti-retrovirais, conhecidos como “coquetéis”, modificou bastante a expectativa e qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV. No Brasil, os medicamentos são distribuídos gratuitamente à população, possibilitando-se uma maior qualidade e tempo de sobrevivência. “O Brasil foi um dos primeiros países a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais” (Cardoso, 2002, p.3). Além disso, sabe-se hoje que, de 5 a 15% de pessoas portadoras, não desenvolvem nem desenvolverão qualquer tipo de sintomatologia (Guimarães & Morando, 1998). Assim, a forma de lidar e relacionar-se com a AIDS tende à modificação, já que não se trata mais de uma doença que mata rapidamente, nem de uma doença que invalida, necessariamente, as pessoas que se descobrem nesta condição.

Entretanto, modificações de estereótipos e estigmas são de difícil concretização e não obedecem à mesma velocidade que as mudanças dos dados científicos apresentam, ou até à nova realidade que surge em termos de “perfil de pessoas portadoras do vírus”.

Sabe-se hoje, que não é pertinente se referir a “grupos de risco”, mas sim a uma maior ou menor vulnerabilidade ao vírus, que também é permeada pelas questões sociais, pelas crenças em relação à doença.

A epidemia vem crescendo de maneira bastante diferente daquela que era vista no seu início. A partir de 1993 houve uma feminização dos casos e as mulheres heterossexuais, que se relacionam com um único parceiro, constituem o grupo de pessoas infectadas que tem maior crescimento, superando o crescimento nos grupos de homossexuais e bissexuais masculinos (Ministério da Saúde, 2002). Para os homens, observa-se uma tendência à estabilização, sendo que, em 1998, havia uma proporção de 26,4 casos por 100 mil homens e, em 2003, havia uma proporção de 22,8 casos por 100 mil homens. No caso das mulheres, para as quais há um crescimento da epidemia, foram encontrados 14,1 casos por 100 mil mulheres, no ano de 2003. Também é preciso ressaltar que pessoas de menor escolaridade são as mais atingidas, ao contrário do que acontecia no início da epidemia (Ministério da Saúde, 2004).

As áreas mais pobres apresentam o terreno propício para que as pessoas se tornem mais vulneráveis à infecção pelo HIV. A falta de infra-estrutura e a precária oferta de serviços e oportunidades de emprego encontram-se, na maior parte das vezes, associadas a problemas como índices elevados de violência e consumo de álcool / drogas, menor escolaridade, menor domínio da linguagem escrita, problemas de moradia e alimentação, que dificultam uma maior abrangência de campanhas educativas e de prevenção, assim como de serviços de saúde que facilitem o tratamento daqueles que adoecem. Diante deste quadro, diagnósticos tardios são bastante freqüentes, facilitando o desenvolvimento da sintomatologia da AIDS e da infecção de outras pessoas (Bastos & Szwarcwald, 2000).

A feminização da epidemia, decorrente da maior vulnerabilidade das mulheres à AIDS, encontra-se relacionada também à feminização da pobreza. Embora as mulheres venham se incorporando ao mercado de trabalho de maneira crescente nas últimas décadas, isto ocorre em sua maior parte nas famílias de classe média; sendo que nas mais empobrecidas observa-se ainda uma forte opressão baseada na classe, etnia e gênero. Além disso, as políticas sociais neoliberais voltadas para a globalização têm reduzido programas de saúde, educação e proteção social, o que tem acentuado a feminização da pobreza e da miséria, apesar dos importantes ganhos decorrentes do feminismo e da conquista dos direitos civis e políticos (Parker & Camargo Jr., 2000).

Nesse contexto, o poder de negociação do uso do preservativo e o grau de dependência da mulher encontram-se inversamente relacionados, o que significa que mulheres que são mais dependentes dos companheiros em termos econômicos, emocionais e sociais têm menor poder de decisão (O'Leary & Cheney, 1993); sem esquecer que a sugestão do uso de preservativo em relações estáveis, favorece conflitos relativos a uma série de questionamentos quanto à fidelidade e à confiança, de ambas as partes (Berer, 1993; Guimarães, 1996). As falhas de comunicação entre homens e mulheres referentes à reprodução e assuntos sexuais e a falta de percepção da vulnerabilidade ao HIV constituem o terreno propício para o crescimento da epidemia na população feminina (Parker &

Galvão, 1996). Estes dados mostram como a questão da vulnerabilidade ao HIV encontra-se relacionada a uma série de fatores sociais, culturais, psicológicos e até religiosos, configurando-se um quadro complexo, que deve ser considerado ao buscar uma compreensão do que significa um diagnóstico de soropositividade.

A vivência do tornar-se soropositivo e passar a fazer parte deste grupo de pessoas ainda é fonte para dificuldades, do ponto de vista da aceitação social. Pessoas que se sentiam, em muitos casos, imunes à possibilidade de infecção, hoje passam a se perceber como portadoras do vírus, o que traz a necessidade de uma redefinição social, uma recategorização que, na maioria das vezes, não é nada fácil de ser concretizada.

Assim, cada vez mais, torna-se imprescindível a necessidade de trabalhar para combater os estigmas que invalidam a vida das pessoas soropositivas em seus grupos sociais. É conhecida, por todos aqueles que lidam com o atendimento a pessoas soropositivas, a dificuldade sentida ao se deparar com o diagnóstico e necessitar reestruturar sua identidade. Sentimentos de culpa, rejeição e isolamento são bastante comuns, ocorrendo, por vezes, uma “morte em vida” nos casos em que a pessoa não se reestrutura, sucumbindo ao estigma que lhe é dado pelo meio externo e àquele que ela própria já internalizou a respeito das pessoas soropositivas.

As ações empreendidas pelas entidades voltadas para esta população, assim como o próprio governo brasileiro, têm se voltado para a mudança na forma de visualizar as pessoas soropositivas. Notam-se algumas modificações, entretanto, “o grupo dos aidéticos” continua sendo assim chamado em muitas esferas da sociedade, considerando-se aquelas pessoas apenas a partir da sua condição sorológica, como se deixassem de existir nos demais aspectos de suas vidas.

### **1.3. AIDS e Ativismo**

O surgimento da AIDS no Brasil ocorreu num momento político em que se concretizavam os primeiros passos em direção ao restabelecimento de uma democratização participativa (Daniel & Parker, 1991), em que se organizavam partidos políticos e organizações não governamentais (ONGs), configurando-se um contexto de pluralidade e diversidade (Silva, 1998).

Neste cenário, a problemática da AIDS passa a ter um movimento social próprio e as ONGs, voltadas para a causa, também assumem uma postura reivindicativa, além do papel de intermediárias nas relações dos movimentos de base com o Estado. Além disto, a caracterização da AIDS como doença em que a sexualidade está presente dá um caráter especial a essas entidades e vai motivá-las para enfrentar os preconceitos e discriminações, assim como o pânico que surge no início da epidemia (Silva, 1998).

Os líderes, na maioria das vezes, são pessoas sem participação política anterior, mas que foram atingidas de alguma maneira, direta ou indiretamente, pela AIDS. Entretanto, no Brasil, essas organizações não se debruçam em objetivos semelhantes aos objetivos vislumbrados pelo movimento Gay, nem pelo movimento feminista, como ocorre em outros países, mas por objetivos urgentes em que se defende a idéia de que se trata de um problema da sociedade como um todo e que necessita respostas rápidas para o preconceito e a discriminação, auxiliando na auto-estima das pessoas soropositivas e lutando pelos direitos humanos (Silva, 1998).

Passa a existir um estímulo para que as pessoas soropositivas se tornem ativas diante de sua condição, informando-as a respeito do seu processo de adoecimento, facilitando a sua participação nas políticas públicas, nos seus tratamentos, e modificando a relação médico-paciente que se estabelecia até então (Silva, 1998).

Atualmente, observa-se uma mobilização das pessoas soropositivas, que ocorre ao participar de organizações situadas em suas próprias cidades, e de maneira mais abrangente, por meio da concretização de encontros estaduais e nacionais de pessoas soropositivas, com objetivos voltados para uma melhor

qualidade de vida, a partir da diluição dos preconceitos e da construção de uma postura mais ativa diante do adoecimento. A problemática da AIDS, além de contribuir nos debates sobre saúde, abriu a oportunidade para discussões sobre desigualdades e oportunidades sociais.

O perfil do ativista / militante tornou-se bastante comum e nele se identificam pessoas que trabalham nas organizações / entidades, ou por conta própria, voltando-se para ações em campanhas educativas de amplos objetivos que vão desde a prevenção até a busca de uma maior conscientização quanto à adesão aos medicamentos. Estes militantes são, na maioria das vezes, pessoas soropositivas que se destacam em termos de liderança e informação, passando a atuar de maneira solidária e combativa, dando um novo rumo à maneira de lidar com a estigmatização, fato que encontra respaldo nas pesquisas referentes ao conceito de estigma e ao enfrentamento desta condição.

## **CAPÍTULO II**

### **O CONCEITO DE ESTIGMA**

A palavra estigma era utilizada, na antiga Grécia, para designar marcas feitas na pele das pessoas, por cortes ou fogo, que serviam para mostrar que havia algo de negativo, naquelas pessoas, em termos morais. Assim, ao visualizar as marcas, os demais podiam evitar o contato com escravos, criminosos ou traidores, principalmente em locais públicos (Goffman, 1975).

Hoje o termo ainda é utilizado, apresentando-se de maneira bastante semelhante à original. As marcas não se fazem ferindo a pele daquele que se estigmatiza, nem são os mesmos tipos de pessoas que se “evitam”. Parece que o processo tornou-se mais sutil, menos visível a olho nu; entretanto, não deixou de existir.

A construção do conceito de estigma inicia-se com o trabalho do sociólogo e antropólogo Goffman, na década de 60, que desenvolveu seu ponto de vista a partir de uma analogia entre a representação teatral e a vida em sociedade. Seu principal interesse estava na abordagem do fenômeno social a partir de uma perspectiva mais ampla, sem um maior rigor científico, nem precisão, sendo sua obra fruto de observações da interação social na sua cultura e em outras, a partir das quais traçou um paralelo entre a representação dramática e a formação de impressões na interação social, considerando o ser humano um ator e a vida social um grande palco com inúmeros cenários, de acordo com os quais a pessoa atua, dentro do que se considera coerente e daquilo que as demais pessoas (coadjuvantes) esperam dela (Deustch & Krauss, 1974)

Situando a obra de Goffman no campo da Psicologia Social, ela se localiza dentro da Teoria dos Papéis (Deustch & Krauss, 1974) e é considerada pioneira no estudo do estigma, influenciando as pesquisas que lhe sucederam. Nas últimas duas décadas o número de investigações sobre estigma cresceu, principalmente dentro da Psicologia Social (Link & Phelan, 2001). Realizando uma revisão da literatura referente ao estigma, encontrou-se, a partir do PsychInfo, que o número de artigos que mencionam o termo estigma teve um aumento significativo: no

período de 1965 a 1989 foi de 603 e, no período entre 1990 e 2004, de 2321 (Major & O'Brien, 2005). Percebe-se, assim, que se trata de um conceito que tende a ser objeto de novos estudos.

As pesquisas têm focalizado grande diversidade de perfis de pessoas afetadas por estigmas, desde aqueles voltados para características congênitas até aqueles que se voltam para características que dizem respeito a comportamentos pouco aceitos. Nesta diversidade de perfis, as definições também se mostram diversificadas, notando-se uma variedade de conceituações que origina críticas, referentes à clareza do conceito.

Abriu-se a necessidade de estudos referentes à maneira pela qual se forma o estigma, relacionando-a à maneira como as pessoas organizam a informação que recebem a respeito do meio em que se desenvolvem. Nesta perspectiva, considera-se que ao deparar-se com qualquer nova situação, pessoa ou lugar, as pessoas passam a categorizá-los dentro do que já aprenderam a respeito do contexto em que desenvolvem suas vidas; e tudo aquilo que foge à regra, ao convencional, chama a atenção. Formar uma impressão de algo ou alguém, categorizando-o de acordo a esquemas que são formados a partir dos primeiros anos de vida, não é um processo “doentio”, como era visto nas primeiras abordagens a respeito do assunto. Esta maneira de entender o meio é a forma de organizá-lo, de poder adaptar-se de maneira mais rápida e eficiente, economizando recursos cognitivos. Diante de um estímulo diferente, num primeiro momento, surgiria a necessidade de identificá-lo dentro de uma categoria pré-existente e, caso não houvesse essa correspondência, seria realizado o processo de recategorização (Pereira, 2002; Morales, 1994). O fato de que alguém seja diferente da norma não criará o estigma, necessariamente, já que pode ser visualizado como alguém que possui uma diferença que o torna mais valorizado, ou seja, uma característica positiva. Para que se forme o estigma é necessário que as características salientadas sejam negativas, o que faz com que a pessoa se torne, aos olhos de quem o observa, alguém estragado ou diminuído, estruturando-se uma identidade social negativa, desvalorizada.

Buscando uma maior sistematização para o conceito, Link e Phelan (2001), propõem que, para que exista um estigma, é necessária a presença de alguns fatores. O primeiro fator refere-se à necessidade das pessoas distinguir e rotular as diferenças humanas; em seguida, a partir das crenças da cultura dominante, relacionam-se as pessoas rotuladas a características indesejadas, que constituem os estereótipos negativos. O terceiro fator diz respeito à localização destas pessoas em diferentes categorias, constituindo-se assim o “nós” e o “eles”, passando-se para a vivência de menor status, discriminação e a obtenção de resultados desiguais.

Sabendo-se da pluralidade de culturas existentes, visualiza-se de maneira clara que o que é motivo para o estigma em dado contexto, pode ser sinônimo de valorização em outro e vice-versa. Os motivos para os estigmas não são universais, mas sim a existência de pessoas estigmatizadas, sendo que, receber um estigma pode considerar-se como uma infeliz coincidência por ter nascido naquele contexto e não em outro, já que toda pessoa tem o potencial para ter essa “marca”, depende de onde desenvolva sua vida.

A variedade de motivos que leva ao estigma em nossa sociedade é ampla. Sexualidade, gênero, etnia, poder econômico, são alguns, entre muitos, que hoje originam estigmas. As regras sobre o que é ou não aceitável são definidas pela sociedade e até mesmo pelos governos, e não pela natureza (Crocker, Major & Steelle, 1998); ou seja, é algo que se constrói, de maneira subjetiva.

Entretanto, parece haver uma recente tendência à modificação desta caracterização do estigma. Major e O'Brien (2005) observaram estudos que mostram alguns pontos em comum, nas diferentes culturas, para os atributos que são estigmatizados. Assim, atributos que sinalizam que se trata de pessoas consideradas pouco aptas para efetuar mudanças sociais, que estão infectadas por algum tipo de doença ou que fazem parte de um “outgroup” passível de exploração pelo “ingroup”, constituiriam um terreno fértil para o processo de estigmatização.

## **2.1. A Reação ao Estigma**

Neste trabalho, o estigma será focalizado desde a perspectiva de quem o recebe, das conseqüências que a experiência origina para as pessoas estigmatizadas e de como elas passam a reagir, podendo influenciar o processo. Percebe-se que se trata de uma perspectiva pouco adotada e que há maior quantidade de pesquisas focalizadas na compreensão do fenômeno da estigmatização a partir dos grupos majoritários, que estigmatizam (Crocker e colaboradores, 1998; Major, Quinton, McCoy & Schmader, 2000; Oyserman & Swin, 2001).

Pessoas estigmatizadas reagem de maneiras diversificadas e esta constatação estimula um novo campo de pesquisas, numa tentativa de avaliar quais são as condições que sustentam as diferenças entre uma pessoa e outra.

Estruturando uma tipologia, Goffman (1975) diferenciou entre estigmas relativos às abominações do corpo, que seriam as deformidades físicas; aqueles relativos às culpas de caráter individual, que são tidos como o fruto de uma “falta de vontade”, “paixões tirânicas ou não naturais” e / ou “desonestidade”; além dos chamados “Tribais”, referentes à raça, nação e religião e que podem ser transmitidos por meio de “linhagem”, podendo “contaminar” todos os membros da “família”.

Tomando esta tipologia como base e buscando uma maior clareza para a definição, considera-se que o que caracteriza o estigma parece influenciar a forma de reação, sendo duas as características básicas para a sua compreensão: *visibilidade e possibilidade de controle* (Crocker e colaboradores, 1998).

A *visibilidade do estigma*, como o próprio termo deixa claro, diz respeito à possibilidade de esconder ou não as características que o originam. Características como gênero, etnia, deformidades físicas etc., não podem ser facilmente ocultadas. Sabendo que os outros podem percebê-las, com suas diferenças, estas pessoas passariam a pensar que suas ações são julgadas pelos outros levando o estigma em consideração.

Quando se trata de estigmas não visíveis, tais como homossexualismo, identificação religiosa, doenças etc., a pessoa pode decidir se oculta ou não, no convívio diário, suas características, revelando-as no momento em que se sente mais segura. Sabendo-se detentoras do estigma, elas podem, de certa forma, controlar sua visibilidade.

Pensando nos participantes deste estudo, percebe-se que o estigma que eles enfrentam é passível de ser escondido, passando a revelá-lo apenas àquelas pessoas com as quais se sentem mais seguras. Nos atendimentos clínicos, logo após o diagnóstico, as pessoas passam a imaginar que todos ao seu redor as percebem como soropositivas, surpreendendo-se ao perceber que não é assim e que depende delas contar ou não sua condição. Em seguida, algumas passam por um período em que acreditam ser desonesto ocultar, culpando-se quando o fazem. Somente após certo convívio com sua nova identidade, percebem que se trata de algo que faz parte de sua vida privada e cabe a elas mesmas esta decisão.

Para Goffman (1975), observar as pessoas à sua volta detalhadamente, numa tentativa de identificar quais delas estariam mais preparadas para ouvir sobre sua nova condição, sem sofrer julgamentos ameaçadores, também se constitui em momento de tensão, já que é preciso estar num constante “decidir” sobre a quem, onde e como será comunicado o estigma. Entretanto, parece provocar menor tensão o poder controlar a situação social, já que se abre a possibilidade para a construção de uma postura mais ativa diante da reação que as pessoas possam ter ao estigma.

A *possibilidade de controle* refere-se ao nível de responsabilidade que o estigmatizado tem sobre sua condição ou o quanto a sua condição depende de uma mudança no seu comportamento. Pessoas com estigmas que foram originados do seu comportamento ou que têm a possibilidade de modificá-los, a partir de suas próprias ações, podem receber um tratamento mais severo por parte de quem as discrimina.

Assim, aqueles que se infectam com o HIV, podem ser vistos como mais ou menos responsáveis pela sua situação. Trabalhadores do sexo, usuários de drogas injetáveis, pessoas “promíscuas”, homossexuais e outros grupos, já estigmatizados antes da infecção, sofrem maior ameaça de discriminação do que mulheres que contraem o vírus dos maridos ou aqueles que se infectam a partir de transfusões de sangue (Parker & Aggleton, 2001).

A consciência de que se é uma pessoa estigmatizada não é rara e faz parte da vida da maioria das pessoas que sofrem com a discriminação. Não se tem uma maior clareza sobre em qual momento do desenvolvimento esta percepção se forma, mas parece que ela se estabelece na adolescência. A percepção de uma identidade social, que é desvalorizada pelo meio externo, origina dificuldades em relação à auto-estima.

Entretanto, observa-se que algumas pessoas estigmatizadas tendem ao isolamento, motivadas pela percepção do meio em que desenvolvem suas vidas como doentio e passando a valorizar sua forma de ser no mundo, indiferentes àquilo que lhes é dado como inevitável. Mas há uma tendência para que a pessoa estigmatizada se veja da mesma maneira como é vista, acreditando-se não merecedora de um melhor destino, tornando-se a vergonha algo central em sua vida (Goffman, 1975).

Ao internalizar a imagem que é formada, a partir do contato com aqueles que desvalorizam sua forma de apresentar-se ao mundo, a pessoa estigmatizada pode também passar a acreditar que a forma de tratamento que recebe é justa, principalmente quando se trata de estigmas que possuem uma maior possibilidade de controle por parte do alvo, surgindo a necessidade e tentativa de “corrigir” aquela “imperfeição”, para adaptar-se àquilo que é socialmente bem-visto.

Não é raro ouvir pessoas soropositivas colocando seu diagnóstico como um castigo para suas “faltas”, como algo que foi “bem merecido”, aceitando, sem questionar, as discriminações porventura feitas, em alguns momentos, por equipes de saúde. Entretanto, percebe-se que há pessoas que adotam outras formas de atuar diante do estigma, defendendo sua auto-estima e optando por caminhos

diferentes, numa postura mais questionadora, menos passiva à ameaça que o estigma representa.

Um esforço para conseguir realizar atividades consideradas como pouco possíveis para pessoas com o seu “defeito” também se observa em pessoas que lidam com estigmas, numa tentativa de mostrar que são diferentes do que se espera delas (Goffman, 1975). Nota-se esta estratégia não somente nas pessoas de maneira individual, mas também nas campanhas que têm como objetivo o desenvolvimento da tolerância diante das diferenças. No caso de pessoas soropositivas, as campanhas têm sido bastante claras na tentativa de desvincular a imagem de incapacidade do fato de ser portador do HIV.

Sentir que se possui características que levam à estigmatização, pode perceber-se também como uma “benção secreta”, passando-se à crença de que essas características e sua vivência possibilitam uma sabedoria que só o sofrimento proporciona. Aqueles que não passam pela mesma situação são considerados “limitados”, constituindo-se uma maneira de valorização, a partir do que se possui.

Segundo a Teoria da Identidade Social de Tajfel e Turner (1979), é importante para as pessoas sentir que fazem parte de um grupo que é valorizado socialmente e que possa trazer como consequência a possibilidade de uma auto-estima positiva. Pessoas que pertencem a um grupo (ingroup), tenderiam a ver o grupo alheio (outgroup) com características negativas ou pouco valorizadas, além de enxergar os seus membros de maneira individualizada, mas uniformizando o grupo “dos outros”. Ao ser categorizado negativamente, o estigma que se forma dificulta, e até impossibilita, que sejam vistas as características positivas daquela pessoa. O estigmatizado passa a ser visto como alguém que não é completamente humano (Goffman, 1975). Conhece-se a grande surpresa das pessoas quando encontram determinadas características que contradizem o estigma, em pessoas que o possuem.

O caminho inverso também acontece, e as pessoas estigmatizadas podem formar um *ingroup*, em que se valorizam as próprias vivências, que as pessoas do *outgroup* não possuem; por esta via, percebe-se que também aqueles que formam

uma minoria estigmatizada formam estigmas a respeito daqueles que não fazem parte do seu grupo.

Entrar em contato com grupos de pessoas semelhantes pode tornar-se algo reconfortante, já que surge a possibilidade de uma maior compreensão, além de poder ser visto a partir de outras características que não são do estigma. Mas o contato com um grupo de semelhantes também pode funcionar como uma forma de lembrar constantemente o estigma e isto funcionaria de maneira pouco confortável para aqueles que preferem evitá-lo. Talvez, para estas pessoas, ainda não haja uma identidade formada, em que as características tidas como negativas façam parte; sendo muito difícil permanecer em contato num grupo em que não podem relacionar-se sem refletir a respeito de sua condição.

Observa-se que grupos de semelhantes, ao se organizarem formando uma identidade própria, passam a confeccionar seu próprio material educativo e de interesse do seu grupo em particular, além de concretizarem projetos que visem a uma melhor condição para seu grupo, como cursos e campanhas educativas sobre o tema, para a população em geral, numa tentativa de mudar os estereótipos existentes ao seu respeito e valorizarem-se.

As lideranças destes grupos são desempenhadas por aqueles que sobressaem em termos de facilidade de expressão e motivação (Goffman, 1975). Nota-se que muitos destes líderes tornam-se militantes e passam a adotar a militância como uma nova profissão, o que tem ocorrido com bastante frequência no caso de pessoas portadoras do HIV. Nesse momento, a revelação voluntária sobre seus estigmas torna-se necessária para uma atuação mais coerente com a causa e é considerada como um alto grau de maturidade em relação à situação de estigmatização.

## **2.2. O Contato com o Meio Externo**

A possibilidade de encobrimento das características que originam o estigma tanto possibilita o anonimato como origina uma constante e generalizada desconfiança, que pode decorrer de duas situações: considerando-se que o perfeito controle do grau de informação que os outros detêm sobre si nunca é

total, a primeira fonte de desconfiança decorre desta carência; e a segunda, refere-se à falta de controle sobre o que as outras pessoas farão com as informações que conhecem ao seu respeito (Goffman, 1975).

As maneiras de construir o anonimato são variadas e dependem de inúmeros fatores, inclusive da própria criatividade da pessoa estigmatizada, tendo-se a impressão do dia-a-dia na forma de um palco, em que se representam papéis que se escolhem de maneira mais ou menos consciente, sem nunca, entretanto, deter o controle total, já que não se conhece o *script* dos coadjuvantes e a improvisação se torna necessidade constante.

Tratando-se de pessoas soropositivas, percebem-se muitas ações que visam a esse encobrimento, surgindo, para alguns, forte preocupação relativa ao “esconder” os medicamentos anti-retrovirais ou camuflá-los em caixinhas que não revelem o conteúdo, assim como a preocupação com a lipodistrofia, a coloração da pele e, inclusive, a maneira de negociar o uso do preservativo, sem que haja desconfiança por parte dos parceiros, já que esta ainda não é uma prática habitual no contexto em estudo. Numa decisão extrema, também ocorrem mudanças de cidade e até de país que, pela descrição de Goffman (1975), também são observadas quando se trata de outros estigmas, como forma de não ter que lidar com o meio que estigmatiza.

Para aqueles que não são estigmatizados, o mais provável é que haja uma carência de empatia em relação àqueles que são discriminados, subestimando os prejuízos que suas vidas têm, em decorrência dos estigmas que carregam (Crocker e colaboradores, 1998). Os prejuízos decorrentes da estigmatização podem ser encontrados nas mais variadas esferas da vida destas pessoas.

Num nível mais prático, a discriminação e o preconceito originam barreiras para a obtenção de emprego, por vezes moradia, que têm como conseqüência a ameaça a uma vida mais segura e confortável, sendo que, no âmbito psicológico, as ameaças à auto-estima são freqüentes.

A partir da análise de diversos estudos, Major e O'Brien (2005) observaram que pessoas que fazem parte de grupos estigmatizados correm maiores riscos referentes à saúde mental e física. A saúde da pessoa estigmatizada pode ser

influenciada de maneira negativa, a partir de um menor acesso a tratamento médico, a um maior cuidado e a uma alimentação adequada; como também pode ver-se afetada indiretamente, a partir das constantes respostas fisiológicas que o estresse da vivência do estigma desencadeia, tais como o aumento da pressão arterial, o desequilíbrio hormonal e outras respostas cardiovasculares e do sistema imunológico. Num estudo com homens soropositivos homossexuais, Cole, Kemeny e Taylor (1997) perceberam uma progressão mais rápida da infecção entre aqueles que vivenciavam uma maior rejeição social.

A relação entre apoio social e adesão ao tratamento foi investigada por Remor (2002), que incluiu na sua pesquisa dois grupos diferenciados quanto à forma que tinham contraído o HIV. O primeiro grupo, constituído de pessoas que tinham se infectado por hemoderivados, relatou vivenciar maior apoio social, maior adaptação ao tratamento anti-retroviral, maior conhecimento sobre o mesmo, maior frequência de expectativas positivas / otimismo e percepção de menores mudanças no cotidiano. O segundo grupo, constituído de pessoas infectadas por via sexual e compartilhamento de seringas, que apresentou menor apoio social, apresentou uma maior deterioração do estado de saúde, observando-se uma maior decepção e desmotivação diante do tratamento, relatando maiores dificuldades referentes aos efeitos colaterais da medicação.

A pesquisa também possibilita a constatação de que existe uma diferenciação na aceitação social e conseqüente estigmatização entre os dois grupos: aqueles que tinham se infectado a partir de comportamentos que poderiam ter sido evitados receberam um tratamento mais severo por parte de seu meio social do que aqueles que tinham se infectado “involuntariamente”.

Buscando o desenvolvimento e avaliação psicométrica de uma escala que mensurasse a vivência do estigma por pessoas soropositivas, Berger, Ferrans e Lashley (2001), encontraram correlações negativas entre a vivência do estigma e a auto-estima, conflito e suporte social, além de uma correlação positiva entre a vivência do estigma e depressão; deixando claro que vivenciar o estigma da soropositividade não é um processo sem conseqüências importantes na vida destas pessoas.

Observa-se também que mesmo obtendo altas qualificações, pessoas estigmatizadas continuam a sofrer dificuldades, decorrentes de sua condição, sendo tratadas de maneira diferente de pessoas com o mesmo status profissional e econômico, mas que não possuem a característica que leva ao estigma (Cose, 1993). Sendo rotuladas e isoladas, são relacionadas a características indesejáveis, passando à desvalorização, rejeição e exclusão, a partir de motivos que são construídos racionalmente; ou seja, à discriminação é dada a possibilidade de existência a partir de motivos tidos como justos e coerentes (Link & Phelan, 2001).

Para pessoas que possuem ideais de igualdade social, torna-se importante atuar de maneira a não considerar os estigmas. Entretanto, parece que não é uma prática muito bem sucedida, já que o monitoramento constante que estas pessoas exercem sobre seus comportamentos origina, muitas vezes, ansiedade, que é traduzida como sinal de preconceito e discriminação por parte do alvo (Crocker e colaboradores, 1998).

Uma das conseqüências para as vítimas de discriminação e preconceito é um estado constante de alerta, na tentativa de perceber os sinais que possam relacionar-se ao seu estigma. O contato social pode passar a ser evitado, de maneira mais ou menos passageira, já que origina sentimentos de desconfiança, depressão, ansiedade e confusão. Para Goffman (1975), a insegurança sobre “como” a pessoa será recebida e identificada pelos “normais” encontra-se na origem para o isolamento, constituindo-se a sensação de “estar em exibição” constante, quando ocorre o contato social.

Conscientes do estigma, elas podem sentir-se ameaçadas pelos estereótipos do grupo ao qual pertencem. As características negativas que são vinculadas ao grupo do qual se faz parte formam os estereótipos negativos.

Em estudo feito por Steele e Aronson (1995), foi identificada a maneira como os estereótipos podem atuar, no sentido de criar uma ameaça que interfere na *performance* de pessoas que pertencem a grupos estereotipados. A consciência de poder ser julgado a partir da imagem estereotipada atuou originando uma acentuada auto cobrança, decorrente do receio de confirmar o

estereótipo negativo, e estas pessoas atingiram piores resultados do que aquelas que se encontravam em situações em que não havia a identificação do estereótipo e em que acreditavam estar sendo avaliadas “às cegas”. Assim, pode-se dizer que a ameaça do estereótipo é uma experiência de auto-ameaça, originada a partir dos sinais observados na realidade externa.

Em muitas ocasiões o preconceito e a discriminação não são expressos de maneira clara, mas ambígua. Assim, os estigmatizados podem ter uma maior ou menor certeza sobre a condição de vítimas de preconceito ou discriminação. É importante ressaltar que a causalidade dos resultados, em situações de avaliação, se mostra de maneira mais ambígua para pessoas estigmatizadas, devido ao papel que desempenha a identidade social desvalorizada na compreensão dos resultados. Tanto os resultados negativos como os positivos podem ser atribuídos a discriminações e preconceitos (Crocker, Voelke, Testa & Major, 1991). Quando se trata de resultados positivos, a pessoa estigmatizada pode atribuí-los a uma postura mais benevolente do avaliador diante de seu estigma (“ele está com pena de mim”) e, no caso de resultados negativos, constituiria uma forma de proteção para a auto-estima, já que não se visualizam os resultados como verdadeiros e decorrentes da própria *performance* (“eu sou competente, ele é que me discrimina ao avaliar-me negativamente”).

A “imperfeição” também pode funcionar como forma de desculpa para não realizar atividades que seriam perfeitamente possíveis, atribuindo-se todas as dificuldades de realização ao fato de se “ter um defeito” (Goffman, 1975). Nas organizações que se dedicam ao auxílio de pessoas soropositivas esta é uma forte preocupação, no sentido de não favorecer um assistencialismo que em nada facilita a construção de uma postura mais ativa diante da vida.

Existem diferenças individuais, pessoais, sociais e recursos diferentes que produzem variabilidade quanto à vivência do estigma e aos resultados decorrentes dela, sendo um fator importante, para a quantidade de estigma que uma pessoa experimenta, a relação de poder que existe entre ela e os grupos ou indivíduos com os quais convive (Link & Phelan, 2001). As perspectivas mais recentes, neste campo de estudos, enfatizam que a extensão do efeito do estigma é mediada pela

compreensão que os alvos possuem da imagem que os outros têm de si, pela maneira como interpretam e compreendem os contextos sociais em que desenvolvem suas vidas, assim como pelas suas motivações e metas (Major & O'Brien, 2005).

Os caminhos encontrados pelas pessoas para o enfrentamento do estigma são diversos e têm sido pouco estudados, devido a algumas dificuldades nesse campo, como, por exemplo, pouca acessibilidade às pessoas que passam pelo processo da estigmatização, crenças de que este tipo de estudo seria politicamente incorreto, por dar a pessoas que são vítimas de um processo uma maior responsabilidade por ele e de que não há nada que os alvos possam fazer para diminuir o preconceito em relação a eles (Major e colaboradores, 2000). Percebe-se nessas crenças que os alvos são vistos como vítimas passivas dos processos que os seus contextos demarcam para suas existências, esquecendo-se o papel ativo dos indivíduos na construção de seus meios culturais, assim como não se considera que a motivação para a mudança pode ser muito maior por parte dos alvos do que por parte dos grupos majoritários, já que estes não estão passando pelas dificuldades decorrentes do preconceito.

Surge assim a necessidade de vincular o conceito de estigma ao conceito de enfrentamento, numa tentativa de oferecer aos grupos estigmatizados a possibilidade de uma atitude mais saudável, em que se sintam responsáveis pela forma de resolução de suas dificuldades e não à mercê delas. Visualizar a vivência de estigma como fonte de estresse, que pode ser enfrentada por quem é alvo da estigmatização, ainda é uma perspectiva recente na Psicologia Social.

O modelo proposto por Major e O'Brien (2005) propõe que, diante da vivência de um estigma, haveria um incremento da exposição a situações potencialmente estressantes. A ameaça à identidade seria resultado da avaliação que aquela pessoa em particular realiza a respeito das representações coletivas relativas ao seu estigma, de características situacionais e de suas características pessoais; o que pode configurar uma situação estressante que excede os recursos de enfrentamento. As respostas à situação podem ser tanto de natureza involuntária (ansiedade, aumento da pressão arterial) como voluntária. O

enfrentamento em si constitui-se das respostas voluntárias à situação, que se concretizam a partir de esforços conscientes para regular a emoção, cognição, comportamentos, reações fisiológicas e o próprio contexto em que ocorre a situação da estigmatização.

As representações coletivas, que constituem um dos aspectos avaliados na situação de estigmatização, são construídas pelos grupos estigmatizados a partir das experiências e da exposição à cultura dominante, tratando-se de compreensões partilhadas a respeito de seu *status* estigmatizado naquela sociedade e incluem a consciência da desvalorização sob o olhar dos outros, o conhecimento dos estereótipos dominantes, relativos à sua identidade, e o reconhecimento de que existe a possibilidade de discriminação (Crocker e colaboradores, 1998).

Um segundo aspecto, que constitui a avaliação da estigmatização, diz respeito às características situacionais, diante das quais poderão existir diferentes pareceres, já que a percepção da situação nem sempre corresponde aos eventos objetivos e depende das experiências passadas de cada indivíduo, da discriminação ser algo relativo ao seu grupo como um todo, ou não, e da maior ou menor ambivalência dos fatos, entre outros aspectos (Major & O'Brien, 2005).

As características pessoais também influenciam na avaliação das situações e as pesquisas têm se detido sobre aspectos como uma maior ou menor sensibilidade ao estigma, notando-se uma maior vivência do estigma quando existe uma maior expectativa de ser tratado como um membro de seu grupo e não a partir de sua identidade pessoal (Pinel, 1999), assim como uma maior ou menor identificação com aquele domínio em que seu grupo é estigmatizado também parece influenciar a vivência do estigma (Steele & Aronson, 1995).

### ***CAPÍTULO III***

#### ***O CONCEITO DE ENFRENTAMENTO***

Os efeitos do estresse sobre a saúde têm sua origem no trabalho de Hans Selye, realizado a partir de 1936. Analisando as reações ao estresse em animais de laboratório, Selye passou a explicá-las através do que denominou “Síndrome de Adaptação Geral”, que seria uma resposta do corpo ao estresse, constituída de 3 fases: alarme, resistência e exaustão. Na primeira, o organismo mobiliza seus recursos com o objetivo de criar resistência; na segunda, a resistência diminui e entra em declínio; e a terceira é o momento em que os limites para o enfrentamento do estresse esgotam-se, passando-se à exaustão, quando a resistência diminui e surgem as “doenças de adaptação” (Weiten, 2002).

A partir da década de 70, as teorias sobre o estresse passaram a incorporar fatores que têm efeito de mediação ou moderação, funcionando como amenizadores do impacto do estresse na saúde física e mental e são definidos como recursos e estratégias de enfrentamento (Seidl, 2001).

Assim, ao depararem-se com uma situação que origina estresse, as pessoas passam a buscar ferramentas com as quais possam enfrentar as dificuldades, numa tentativa de reduzir ou até eliminar a fonte do incômodo. É com este tipo de situação que se encontra relacionado o conceito de enfrentamento e, por muitos anos, a forma de reação das pessoas aos eventos externos foi estudada sob a perspectiva da identificação de mecanismos de defesa, baseando-se em estudos psicanalíticos da década de 40 e situando as pesquisas sobre o enfrentamento no campo da Psicologia do Ego (Folkman & Moskowitz, 2004). Concebia-se o enfrentamento como uma característica estável da personalidade, que poderia evidenciar maior ou menor maturidade do indivíduo, havendo uma preocupação com o que seria um enfrentamento patológico, como também a visualização do processo como resultado de avaliações realizadas de maneira inconsciente. Este posicionamento ainda é adotado por diversos autores, que definem o enfrentamento na forma de estilos, traços ou disposições que as pessoas apresentam (Tapp, 1985; Vaillant, 1994).

Na década de 60 realizaram-se diversos estudos e o conceito de enfrentamento organizou-se sob perspectivas variadas. Grande parte desta pesquisa foi realizada por Richard Lazarus e pelo seu grupo, que se dedicaram, principalmente, ao estudo dos processos saúde-doença. Para Lazarus, as variáveis situacionais devem ser consideradas ao se conceitualizar o enfrentamento (Seidl, 2001). Trata-se de uma abordagem contextual para o estresse e o enfrentamento, possibilitando um novo rumo para o conceito, que ocorre no contexto da Revolução Cognitiva (Folkman & Moskowitz, 2004). Nesta perspectiva, o enfrentamento passa a incluir um leque maior de respostas cognitivas e comportamentais, utilizadas ao lidar com o estresse ocasionado em situações da vida diária.

No início da década de 80, cresce o número de pesquisas que também tinham como objetivo o desenvolvimento de instrumentos que possibilitassem uma adequada mensuração do enfrentamento, notando-se um maior número de estudos focalizados na abordagem cognitiva (Folkman & Moskowitz, 2004). Nesta década também foram publicados livros importantes, incluindo o “The Handbook of Coping” (Zeidner & Endler, 1996, *apud* Folkman & Moskowitz, 2004).

Nas pesquisas atuais, observa-se a existência de duas denominações para as formas de entender o enfrentamento, apesar de não haver um consenso quanto a esta classificação. Assim, os pesquisadores diferenciam entre o que seriam estratégias de enfrentamento e estilos de enfrentamento. Os estilos de enfrentamento relacionam-se a características de personalidade e as estratégias de enfrentamento se referem a ações cognitivas diante de uma situação particular de estresse (Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira, 1998).

Dentro do que seria o estudo dos estilos de enfrentamento, observa-se a preocupação com a construção de tipologias que identificam traços estáveis entre agrupamentos de pessoas. Assim, haveria a adoção de formas habituais de lidar com as situações estressantes, conservando-as completamente ou inovando sem deixar de basear-se naquilo que já foi utilizado. Percebe-se que há uma ênfase em aspectos disposicionais do indivíduo, ao se tratar de estilos de enfrentamento.

Em posição divergente, encontram-se as estratégias de enfrentamento, que se relacionam a fatores situacionais. Esta é a perspectiva utilizada por Folkman e Lazarus em seus estudos, nos quais enfatizam a impossibilidade de predição de respostas situacionais, tomando-se como base estilos típicos de enfrentamento das diversas pessoas.

Buscando uma síntese para o modelo interativo do estresse, Gimenes (1997) caracteriza-o por enfatizar os resultados adaptativos e não os estados patológicos ou psicopatológicos de possíveis respostas de enfrentamento; por ressaltar as diferenças individuais, que influenciam desde o momento da avaliação do evento estressante até a escolha por determinada estratégia de enfrentamento; por considerar o processo dentro da especificidade da situação e das demandas particulares que surgem para aquele indivíduo, além de enfatizar que se trata de um processo, flexível, em que se minimizam aspectos disposicionais ou de “estilos de enfrentamento”.

Realizando uma retrospectiva sobre o campo de conhecimentos construído ao longo dos anos, a partir da abordagem cognitiva do enfrentamento, Folkman e Moskowitz, (2004) consideram que houve um amplo crescimento a respeito do conceito, entretanto, também enfatizam que ainda se trata do início de uma compreensão mais ampla, que se depara com o fato de que não se trata do estudo de um fenômeno isolado, mas de um processo complexo e dinâmico que ocorre num contexto que envolve a pessoa, o meio e a relação entre eles.

### ***3.1. O Papel do Contexto no Processo do Enfrentamento***

Considerando, a partir da perspectiva cognitiva, que os conceitos de estresse e adaptação encontram-se relacionados, é importante frisar que, num primeiro momento, a pessoa deve perceber a situação como fonte de estresse, para depois poder acessar suas possibilidades de enfrentamento, que diferem das possibilidades encontradas por outras pessoas. O processo do enfrentamento ocorre num contexto em que a situação é avaliada como pessoalmente significativa e penosa (Lazarus & Folkman, 1984).

Além destes pontos, é preciso enfatizar que cada situação é única e requer uma forma de enfrentamento diferente das formas experimentadas anteriormente pela pessoa. O papel ativo diante do evento estressante é primordial nessa perspectiva, havendo lugar para o indivíduo como agente de sua própria existência, num processo de crescimento contínuo, que se constrói a partir das experiências anteriores, e se modifica diante de cada situação que surge. Respostas que foram adequadas para momentos anteriores podem não ter a mesma adequação no enfrentar de uma nova situação, percebida como ameaçadora, difícil ou desafiadora pela pessoa.

A avaliação que o indivíduo faz daquela situação em si é subjetiva e o seu significado está de acordo com a sua individualidade, naquele momento e naquele contexto. O que é fonte de estresse para uma pessoa, pode não ser para outra, assim como, ao mudar o contexto, também se originam mudanças na percepção da mesma situação, pela mesma pessoa.

Tratando-se da avaliação que as pessoas soropositivas fazem de sua situação, percebe-se que há diversas maneiras de visualizar um mesmo diagnóstico. A história, o contexto em que aquela pessoa se encontra são únicos e, provavelmente, relacionam-se a um maior ou menor estresse perante a situação. Neste sentido, a vivência do estigma adiciona-se às fontes de estresse.

O processo de enfrentamento inicia-se como uma resposta diante da avaliação, que configurou a situação como um momento em que importantes metas foram prejudicadas, perdidas ou ameaçadas. As avaliações são vivenciadas, freqüentemente, por meio de intensas emoções negativas que constituem o contexto para as primeiras respostas de enfrentamento e um dos primeiros objetivos é de poder regular e diminuir estas emoções, que podem interferir nas formas instrumentais do enfrentamento. Uma resolução considerada satisfatória, ou de sucesso, é aquela em que as emoções positivas predominam sobre as negativas, assim como uma resolução negativa, ou desfavorável, é aquela em que continuam prevalecendo as emoções negativas (Folkman & Moskowitz, 2004).

Folkman e Moscovitz (2004), a partir de uma revisão de literatura, observaram que o papel das emoções negativas, no processo do estresse, tem sido muito mais estudado do que o papel das emoções positivas. Entretanto, também perceberam que existem novas pesquisas, que enfatizam o papel das emoções positivas e que tomam por objetivo a compreensão sobre como o enfrentamento pode originar e sustentar este tipo de emoção, tornando claro que as emoções positivas e negativas coexistem durante todo o processo do estresse.

No modelo cognitivista proposto por Folkman e Lazarus (1980) e Lazarus (1993), os indivíduos avaliam constantemente as situações quanto às suas características estressantes e esta mediação psicológica atua sobre o processo de enfrentamento. Numa primeira avaliação, *avaliação primária*, o objetivo é de avaliar o próprio evento, para depois, na *avaliação secundária*, avaliar todos os recursos, pessoais ou ambientais que possam ser usados ao lidar com a situação, que se constitui como uma ameaça ou desafio. Finalmente, ocorre a *reavaliação*, que permitirá modificar as percepções iniciais e a adaptação dinâmica àquilo que vai surgindo e se tornando importante.

Assim, o enfrentamento é definido como um “conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelas pessoas com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarga ou excedendo seus recursos pessoais” (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986, p.572).

A partir desta definição, mecanismos de defesa inconscientes não se consideram como estratégias de enfrentamento, pois estas têm como base ações intencionais, passíveis de aprendizagem, podendo ser usadas ou descartadas.

### **3.3. A Nomenclatura do Enfrentamento**

Uma das necessidades vislumbradas, para este campo de estudos, é a de encontrar uma nomenclatura comum para as diversas estratégias de enfrentamento, que possibilite a discussão significativa dos resultados encontrados nas diversas pesquisas. O que hoje se percebe é a existência de inúmeras nomenclaturas que agrupam as formas de enfrentar em categorias

construídas a partir da teoria, usando análises fatoriais ou por meio das duas formas (Folkman & Moskowitz, 2004).

Baseando-se em análises fatoriais, que originaram dois fatores principais, Folkman e Lazarus (1980) propõem uma classificação para as estratégias de enfrentamento em duas grandes categorias: enfrentamento focalizado no problema e enfrentamento focalizado na emoção.

*O enfrentamento focalizado no problema* se constrói como um esforço da pessoa, no sentido de tentar manejar ou modificar a situação que deu origem ao estresse, para controlar ou lidar com a ameaça, dano ou desafio. Ocorre, então, uma aproximação do estressor, planejando soluções, solucionando-o e reavaliando-o positivamente. É um esforço no sentido de encontrar soluções práticas.

Neste tipo de enfrentamento pode-se citar como exemplo a confecção de um plano de ação ou o concentrar-se no próximo passo a seguir (Folkman & Moskowitz, 2004).

*O enfrentamento focalizado na emoção* é tido como um esforço para a regulação do estado emocional que é originado a partir das situações estressantes; seu objetivo é de modificar o estado emocional da pessoa, seja num nível somático ou de sentimentos relativos à tensão. Este tipo de enfrentamento pode constituir-se de atitudes de afastamento ou paliativas, diante da fonte de estresse, tais como o uso de drogas, álcool, descargas emocionais e outras (Folkman & Moskowitz, 2004).

A escolha sobre qual estratégia de enfrentamento utilizar decorre da avaliação que se faz da situação estressante. Para aquelas situações consideradas como passíveis de modificação, haveria uma maior tendência para o uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, sendo as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção mais utilizadas ao lidar com situações avaliadas como inalteráveis (Folkman & Lazarus, 1980).

Entretanto, é importante destacar que se trata de um processo dinâmico, em que os dois tipos de estratégias se complementam e são usados durante todo o evento estressante; a reavaliação da situação possibilitará uma escolha mais

coerente para cada momento. Assim, uma estratégia de enfrentamento focalizada na emoção poderá atuar como facilitadora para aliviar a tensão e possibilitando a utilização uma estratégia de enfrentamento focalizada no problema, da mesma forma que a estratégia de enfrentamento focalizada no problema, ao reduzir o nível de ameaça, também possibilitará a mudança do estado de tensão.

Uma forma de enfrentamento pode atuar facilitando a outra. Exemplificando, Folkman e Moskowitz (2004), observam que a visualização da situação de maneira positiva pode encorajar a pessoa à utilização de uma estratégia focalizada no problema que, por sua vez, pode conduzir a uma reavaliação positiva da competência individual ou até conduzir à consideração da contribuição que uma outra pessoa pode dar na solução.

Nos estudos iniciais considerava-se que a distração, a partir da qual a pessoa focaliza sua atenção numa situação não estressante, constituía uma maneira de enfrentar inadequada, por evitar o evento e não enfrentá-lo. Entretanto, observa-se que a distração pode ser muito útil no sentido de prevenir o pensamento “ruminativo”, a partir do qual a pessoa não consegue assimilar a nova situação, passando a dificuldades psicológicas, como a depressão e aumento das emoções negativas, que em nada ajudam a um enfrentamento mais ativo (Miller & Kaiser, 2001).

Além disso, outros tipos de estratégias de enfrentamento já foram identificados, tais como, a busca de suporte social, de informação, religião etc., sendo que todas podem encontrar-se no processo de enfrentamento de uma única situação, atuando simultaneamente.

Ao realizar uma análise dos novos rumos para a pesquisa no campo do enfrentamento, Folkman e Moskowitz (2004) ressaltam que uma área promissora e fértil configura-se em torno da busca de religiosidade como uma estratégia de enfrentamento, relatando que a religião pode influenciar tanto na avaliação da situação estressante como no seu enfrentamento. Assim, a prática da religião pode ser prévia à situação de estresse ou pode ser uma busca que ocorre a partir dela.

Percebe-se, também, que ao acreditar na presença de alguma divindade que acompanha o dia-a-dia, esta pode ser considerada tanto no papel de colaboradora na resolução das dificuldades, como no papel de responsável absoluta pelo desfecho do problema; situação em que a própria pessoa passa a excluir-se de toda e qualquer responsabilidade no encaminhamento de resoluções; sem esquecer que a prática da religião pode originar uma abordagem da situação sob a ótica de uma punição bem merecida, por comportamentos considerados inadequados dentro daquelas crenças religiosas (Folkman & Moskowitz, 2004).

O encontro de significado para a experiência, o conforto decorrente da percepção de uma força que vai além do individual, o fomento da solidariedade e de uma identidade social, e a assistência a pessoas também podem ser visualizadas neste tipo de enfrentamento, já que a religiosidade incluiria a vivência de espiritualidade de uma forma geral (Folkman & Moskowitz, 2004).

Outro rumo nas pesquisas do enfrentamento, definido por Folkman e Moskowitz (2004) como bastante promissor, é o que se debruça sobre o estudo das emoções positivas que se encontram presentes no enfrentar, já que se observa uma ênfase maior no estudo sobre as emoções negativas, resultantes da situação de estresse. Assim, tem se percebido que a emoção positiva pode ocorrer com frequência relativamente alta, mesmo em contextos muito estressantes, e pode ocorrer de maneira simultânea à emoção negativa. As pessoas parecem também buscar conscientemente eventos que possibilitem emoções positivas e isto possibilitaria uma “trégua”, ajudando a repor recursos e sustentar outras formas de enfrentamento necessárias. Por outro lado, observa-se que as reavaliações positivas de uma situação, verificando os benefícios decorrentes dela, em termos de crenças, valores e metas, também devem ser mais estudadas e têm sido definidas como “crescimento relativo ao estresse”; entretanto, também podem constituir-se numa forma de enfrentar, principalmente ao se tratar de estresse decorrente de situações crônicas, como a vivência da soropositividade.

No que diz respeito ao enfrentamento do estigma, Major e O'Brien (2005) diferenciaram três tipos de estratégias encontradas na literatura: a) atribuição da culpa da discriminação àquele que discrimina ou a si próprio; b) desprendimento e esforço por desprender sua auto-estima da identidade conferida pelo processo de estigmatização ou construção de sua identidade de maneira que prevaleça a identidade grupal, que é a estigmatizada; c) aproximação ou distanciamento do seu grupo, que é estigmatizado.

Observa-se que não existe um juízo de valores a partir do qual as estratégias de enfrentamento sejam avaliadas como boas ou ruins, adaptativas ou mal-adaptativas, sendo necessário que elas se considerem a partir da avaliação da natureza do estressor, da disponibilidade de recursos de enfrentamento e do resultado do esforço realizado ao enfrentar. Cada nova situação apresentará demandas diferentes das anteriores, sendo necessária flexibilidade e mudança por parte da pessoa. As qualidades adaptativas dos processos de enfrentamento necessitam avaliar-se no contexto específico em que o enfrentamento tem lugar (Lazarus & Folkman, 1984).

### **3.3. A Mensuração do Enfrentamento**

A maneira de acessar e medir o enfrentamento, em situações específicas de estresse, constituiu o objetivo de várias pesquisas durante as décadas de 70 e 80. Construíram-se diversos inventários e escalas no formato tipo Likert, que mensuravam o enfrentamento de maneira retrospectiva, e outros de maneira a focar o momento atual. Também foram realizadas abordagens subjetivas do enfrentamento, em que as pessoas narravam os eventos estressantes e a maneira que tinham utilizado ou utilizavam para enfrentá-los (Folkman & Moskowitz, 2004).

Os instrumentos que mensuram de maneira retrospectiva têm sido criticados por possibilitar resultados que não são verdadeiros, já que dependem da boa memória dos respondentes, e os instrumentos que mensuram de maneira momentânea recebem críticas no sentido de facilitar uma compreensão pouco abrangente de todo o processo vivenciado pela pessoa (Folkman & Moskowitz, 2004).

Os *check-lists* podem impossibilitar que as pessoas se refiram a formas de enfrentamento que não constam daquelas já estipuladas pelo instrumento, assim como nas abordagens narrativas pode haver o esquecimento de alguma forma de enfrentamento que é abordada numa escala objetiva. Para Folkman e Moscovitz (2004), as abordagens narrativas podem ser mais interessantes quando se trata de conhecer mais sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas para aquele assunto específico, passando-se à construção de escalas padronizadas a partir destes primeiros relatos, como também sugerem a utilização de formas complementares de avaliação.

Apesar do grande número de formas e instrumentos de mensuração, ainda não se encontrou um padrão que possa suprir todas as necessidades com as quais se deparam os pesquisadores do enfrentamento. O caminho mais adequado parece ser o de avaliar os objetivos que se têm para poder escolher aquela forma de mensuração mais interessante.

Dessa maneira, para os objetivos pretendidos nesta pesquisa, considerou-se que a aplicação de uma escala de respostas objetivas seria mais apropriada, já que se tratava de um estudo transversal, em que não haveria a possibilidade de repetidas avaliações. Por outro lado, buscava-se correlacionar variáveis, necessitando-se para isto a avaliação de uma amostra de um tamanho que impossibilitava a abordagem narrativa do enfrentamento.

A escala escolhida realiza uma avaliação considerando quatro fatores: enfrentamento focalizado no problema, focalizado na emoção, busca de religiosidade / pensamento fantasioso e busca de suporte social. Trata-se de uma forma de categorização construída a partir de análises fatoriais, tomando por base a teoria cognitiva para o enfrentamento.

### **3.4. Enfrentamento e Soropositividade**

A relação existente entre múltiplos fatores psicológicos e as possíveis variações do funcionamento do sistema imunológico, que podem originar uma maior ou menor suscetibilidade diante de agentes patogênicos, parece essencial ao se tratar da infecção por HIV. Neste sentido, partindo de uma revisão

bibliográfica, Ulla e Remor (2002) descrevem os resultados de vários estudos, sugerindo que um pior estado de ânimo, um maior nível de estresse e estratégias de enfrentamento desvinculadas de uma ação mais ativa diante dos problemas, estariam diretamente relacionados a um pior prognóstico, originando uma progressão mais rápida do vírus no organismo.

A manutenção de níveis altos de estresse por longo espaço de tempo, ou com alta frequência, pode desequilibrar órgãos e sistemas, devido ao desgaste excessivo que o estresse origina. Entre os sistemas afetados, o sistema imunológico apresenta sua capacidade de defesa diminuída, originando maior vulnerabilidade ao adoecimento (Ulla & Remor, 2002).

Nesse contexto, o papel do apoio social é de agente modulador da percepção de uma situação como ameaçadora, atuando diretamente sobre as respostas de estresse e as estratégias de enfrentamento adotadas (Ulla & Remor, 2002).

Buscando uma maior compreensão das fontes de estresse em mulheres soropositivas, Tunala (2002) realizou um estudo com 150 mulheres, entrevistando-as a este respeito e chegando à conclusão de que as fontes de estresse, para estas mulheres, eram decorrentes de questões afetivo-relacionais, que se originavam, muitas vezes do estigma associado ao HIV. Assim, 75% das entrevistadas realizavam seu tratamento médico em locais distantes de suas moradias, para evitar comentários da vizinhança e uma provável revelação de sua condição; como também relataram o medo da rejeição por parte dos parceiros amorosos, por parte de chefias no ambiente de trabalho e discriminações por parte dos familiares, em alguns casos decorrentes da falta de conhecimento a respeito da AIDS. Além disso, as dificuldades de lidar com o papel de cuidadoras, muitas vezes agravado pela solidão em que criavam os filhos, a carência em termos de auto cuidado por dar preferência ao cuidado destes ou de outros familiares, constituíam terreno fértil para o desenvolvimento de um maior nível de estresse, assim como originava a busca de atendimento médico apenas quando se encontravam mais debilitadas.

Citando-se, brevemente, alguns estudos que enfocam as estratégias de enfrentamento em pessoas soropositivas, salienta-se o estudo de Leserman, Perkins e Evans (1992) que teve como objetivo relacionar o enfrentamento, apoio social, auto-estima e sintomas depressivos em homossexuais masculinos, soropositivos assintomáticos e soronegativos, encontrando um maior índice de depressão nos soropositivos. O desamparo, no lidar com a ameaça da AIDS, mostrou-se associado à depressão e à baixa auto-estima. Quanto às estratégias de enfrentamento, a negação mostrou-se em altos índices naqueles que apresentavam menor apoio social. Aqueles que se mostravam engajados na comunidade à qual pertenciam, apresentaram estratégias de enfrentamento mais adaptativas.

Buscando relacionar as estratégias de enfrentamento a variáveis como gênero, raça e forma de transmissão, além do bem-estar psicológico, suporte social percebido, condições físicas e tempo de diagnóstico, Fleishman e Fogel (1994) encontraram um maior índice de depressão em grupos minoritários, tais como mulheres, pessoas de origem hispânica e usuários de drogas injetáveis, assim como a esquiwa foi associada a pessoas não brancas, usuárias de drogas injetáveis e de baixa renda. Percebeu-se também que o enfrentamento positivo se apresentava em maior número de casos de pessoas sem sintomas de depressão.

Num enfoque qualitativo, Dunbar, Mueller, Medina e Wolf (1998), encontraram dados que mostravam como mulheres soropositivas passaram a vivenciar seu dia-a-dia de maneira mais positiva, mostrando-se mais esperançosas e com vontade de viver, assim como, criando um sentido novo para suas vidas e passando a cuidar mais de si próprias, no lugar de apenas cuidar de outras pessoas.

Relacionando enfrentamento, suporte social e qualidade de vida, Seidl (2001) sugere que haveria uma modificação nas estratégias de enfrentamento e na adaptação à condição soropositiva, podendo, os portadores do HIV / AIDS, passar a revelar sua condição a um maior número de pessoas, com o decorrer do tempo diagnóstico. Esta observação mostra como o estigma pode associar-se à maneira de enfrentar a condição de soropositividade e que, a medida que se

encontram meios de lidar com ele, haveria a oportunidade de encontrar maior apoio social e estabelecer novos relacionamentos. Além disso, as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema foram relacionadas de maneira inversa às estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, confirmando estudos anteriores.

A partir destes estudos, pode sugerir-se que a vivência do estigma, em pessoas soropositivas, estaria relacionada a uma menor possibilidade de obtenção do apoio social necessário, originando maiores níveis de estresse e estratégias de enfrentamento mais voltadas para a canalização adequada das emoções que decorrem da situação.

Para este estudo, esperam-se relações entre o tipo de estratégias de enfrentamento adotado e uma maior ou menor vivência do estigma. Uma maior vivência de estigma estaria associada a um maior nível de estresse, pois haveria a necessidade de lidar com sentimentos relativos a uma auto-imagem inferiorizada, sendo mais necessárias estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. Ao aprender a lidar com o estigma, ou nos casos em que essa vivência não é forte, haveria a possibilidade de um maior uso de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, adotando medidas que aumentam a possibilidade de adiar o desenvolvimento da AIDS, já que se abre a possibilidade de medidas práticas de auto cuidado, como a adesão à medicação anti-retroviral e a adoção de práticas mais saudáveis.

## **CAPÍTULO IV**

### **MÉTODOS**

Com base na literatura e considerando os conceitos relevantes para esta pesquisa, a Figura 1 apresenta, de maneira resumida, o modelo conceitual construído para o presente estudo.

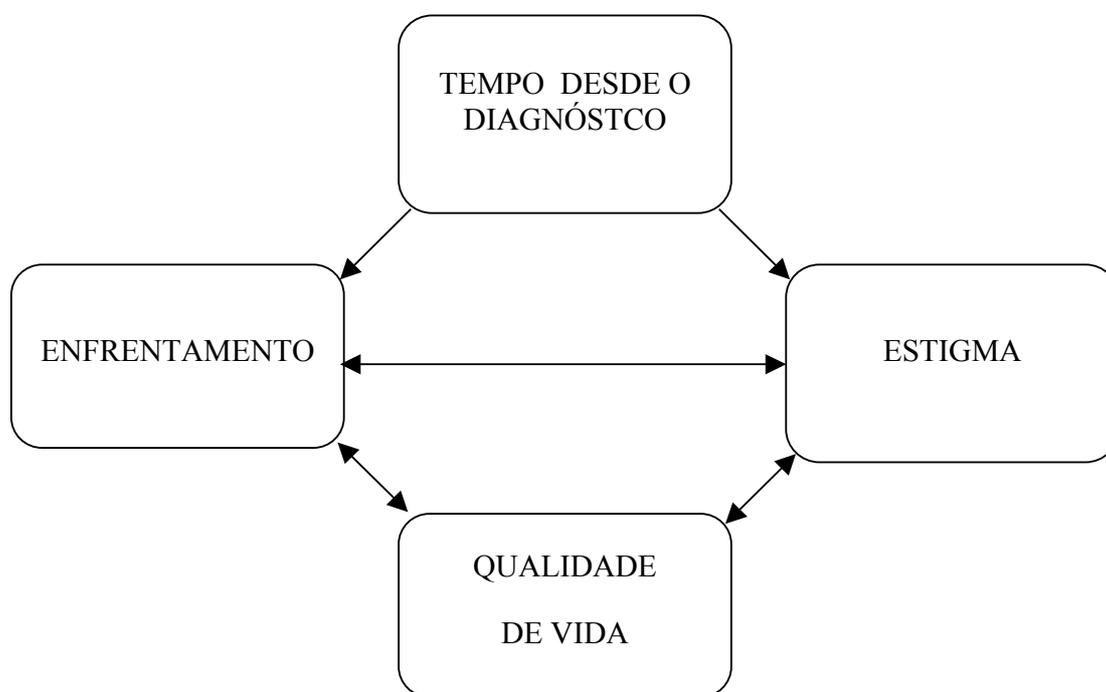


Figura 1 – Modelo Conceitual do Estudo

Neste modelo, o tempo diagnóstico estaria influenciando a vivência do estigma e a escolha por determinadas formas de enfrentamento. As relações entre a vivência do estigma, o enfrentamento e a qualidade de vida mostram-se recíprocas, havendo uma constante influência de uma sobre a outra.

Considerando-se estas relações, configuraram-se as seguintes hipóteses para a investigação:

a) Um período mais curto, desde a situação diagnóstica, estaria associado a uma maior vivência de estigma e a estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, em detrimento de estratégias de enfrentamento focalizadas no problema.

b) Um período mais longo, desde a situação diagnóstica, estaria associado a uma menor vivência de estigma e a estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, em detrimento de estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção.

c) A maior vivência de estigma estaria diretamente relacionada à escolha de estratégias de enfrentamento menos ativas e mais voltadas para a descarga emocional, como o enfrentamento focalizado na emoção, a busca de religiosidade/ pensamento fantasioso.

d) Pessoas menos satisfeitas com sua qualidade de vida, adotariam estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção e a busca de religiosidade / pensamento fantasioso.

e) Uma maior informação pode diminuir a vivência de estigmatização e o enfrentamento focalizado na emoção.

#### **4.1. Delineamento da Pesquisa**

O objetivo geral foi identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas soropositivas, correlacionando-as com a percepção que esta população tem sobre sua estigmatização e qualidade de vida, além de buscar sua caracterização, do ponto de vista sócio-demográfico e clínico.

O delineamento foi transversal, correlacional, constituindo-se num desenho ex-post-facto; configurando-se hipóteses de diferenças entre grupos e correlacionais.

Percebendo-se que se tratava de uma realidade bastante complexa, em termos de variáveis que poderiam interferir, não existiu a tentativa de estabelecer experimentalmente uma causalidade.

Além disso, não se permitiria, por questões éticas, a manipulação deliberada de variáveis, e a observação dos fenômenos, para analisá-los, ocorreu em seu contexto natural.

#### **4.2. Contexto e Participantes do Estudo**

A coleta de dados foi realizada em centros de tratamento para a infecção, em Organizações não Governamentais (ONG's) e em locais de reunião de pessoas soropositivas, na cidade de Salvador.

Participaram um total de 100 pessoas adultas, sendo 50 homens e 50 mulheres, com características sociodemográficas diversificadas, residentes no estado da Bahia, soropositivas sintomáticas e assintomáticas.

#### **4.3. Instrumentos**

Os instrumentos foram aplicados, invariavelmente, na seguinte ordem: 1) questionário sociodemográfico, 2) questionário médico-clínico, 3) escala de estigmatização para portadores do HIV, 4) escala de modos de enfrentamento (EMEP) e 5) escala de qualidade de vida – WHOQOL – bref.

##### **4.3.1. Questionário Sociodemográfico**

Foi elaborado, tomando-se como base questionário utilizado em pesquisa realizada com o mesmo tipo de população (Seidl, 2001) e aplicado com o objetivo de caracterizar a amostra neste sentido, sendo suas questões referentes a gênero, idade, escolaridade, situação conjugal atual, número de filhos, situação familiar quanto à existência de pessoas soropositivas, situação profissional (Anexo A).

#### **4.3.2. Questionário Médico-clínico**

Foi elaborado, tomando-se como base questionário utilizado em pesquisa realizada com o mesmo tipo de população (Seidl, 2001) e aplicado com o intuito de caracterizar a amostra quanto a estes aspectos, podendo, a partir dos dados obtidos, identificar a forma de progressão da enfermidade, além de poder agrupar os dados dos participantes de acordo ao tempo decorrido desde o conhecimento de sua condição. Suas questões foram relativas ao ano de conhecimento do diagnóstico, à presença de sintomas e/ou doenças infecciosas oportunistas anteriores ou atuais, ao número de pessoas que têm conhecimento de sua soropositividade, ao uso de medicação anti-retroviral e à orientação sexual (Anexo B).

#### **4.3.3. Escala de Estigmatização para Portadores do HIV**

Trata-se de uma escala construída por Berger e colaboradores (2001), para esta população, composta por 40 itens, traduzidos do inglês para o português, que são distribuídos em 4 subescalas: 1) Estigmatização personalizada, 2) Revelação, 3) Auto-imagem negativa e 4) Atitudes públicas. Suas respostas foram dadas em escala formato Likert de 4 pontos (Anexo C).

Na subescala de *estigmatização personalizada*, composta por 18 itens, objetiva-se a avaliação da vivência do estigma, em termos das atitudes negativas das pessoas em relação à própria pessoa, pelo fato de ser soropositiva, assim como conseqüentes sentimentos de mágoa e de isolamento social a partir da soropositividade. Ao ser avaliada sua consistência interna, obteve-se um resultado adequado, com um *alpha* de Cronbach de .899.

A subescala de *revelação* é composta por 10 itens, sendo um invertido, que foi recodificado, para fins de análise da consistência interna e dos resultados. Seu objetivo é avaliar como a pessoa lida e se sente com a revelação ou a possibilidade de revelar sua soropositividade a outras pessoas, e como se sente com as reações das pessoas às quais já revelou. Avaliando-se sua consistência interna, obteve-se um valor adequado para o *alpha* de Cronbach, de .839.

Os 13 itens, que compõem a subescala de *auto-imagem negativa*, têm por objetivo avaliar sentimentos de auto desvalorização e auto-exclusão, decorrentes do ser soropositivo, e conta com um item que necessitou recodificação, já que é invertido. Ao ser avaliada sua consistência interna, o valor do *alpha* de Cronbach mostrou-se satisfatório (.798).

No que diz respeito à subescala de *atitudes públicas*, composta por 20 itens, toma-se como objetivo a avaliação do respondente sobre como as pessoas, de um modo geral, consideram quem é soropositivo. Sua avaliação da consistência interna foi satisfatória, atingindo-se um *alpha* de Cronbach de .867.

Além da avaliação dos resultados nestas 4 subescalas, também existe a possibilidade de avaliar a escala como um todo, resultando num *índice de estigmatização geral*, obtido a partir da média aritmética das respostas. A consistência interna da escala integral também foi avaliada, obtendo-se um *alpha* de Cronbach de .906, considerado satisfatório.

#### **4.3.4. Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP**

Trata-se de uma escala, construída por Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro e Becker (1985), adaptada ao português por Gimenes e Queiroz (1997), com base nos resultados da análise fatorial realizada por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) e que conta com 45 itens, distribuídos entre 4 fatores: enfrentamento focalizado no problema, enfrentamento focalizado na emoção, religiosidade/ pensamento fantasioso e busca de suporte social. As respostas aos itens foram dadas em escala no formato Likert, de 5 pontos (Anexo D).

A subescala relativa ao enfrentamento *focalizado no problema*, conta com 18 itens que se referem a ações mais práticas e voltadas para a construção de um maior otimismo diante da convivência com a soropositividade. Ao avaliar-se sua consistência interna, por meio do *alpha* de Cronbach, encontrou-se um índice considerado satisfatório (.784).

A subescala relativa ao enfrentamento *focalizado na emoção* é composta por 15 itens que se voltam para a avaliação de sentimentos desagradáveis, tais como a culpa, auto cobrança, raiva, injustiça e formas de descargas emocionais;

obtendo-se um *alpha* de Cronbach também satisfatório (.831), indicando uma adequada consistência interna.

A subescala *busca de religiosidade / pensamento fantasioso*, composta por 7 itens que avaliam uma prática maior da religiosidade e de adoção de pensamentos pouco realistas ou até de certa negação do problema, também mostrou aceitável consistência interna, com um *alpha* de Cronbach de .644.

A subescala voltada para a *busca de suporte social* contém 4 itens, que buscam identificar comportamentos que visem compartilhar com alguém sobre sua situação / sentimentos e possui um item que necessitou ser recodificado, já que se encontra em escala inversa. Entretanto, este item foi desconsiderado, pois, com a sua presença, a subescala obtinha um *alpha* de Cronbach pouco adequado, de .612 e, ao retirá-lo, obteve-se uma consistência interna mais adequada, com um *alpha* de Cronbach de .741.

#### **4.3.5. Escala de Qualidade de Vida – WHOQOL – bref**

Trata-se de instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, que já passou por um estudo de validação para a versão em português, sendo originário de uma escala mais ampla (Fleck e colaboradores, 1999).

A escala é composta por 26 itens (Anexo E), que se subdividem em domínios denominados físico, psicológico, meio ambiente, relações sociais e qualidade geral e, para este estudo, foram adicionados 3 quesitos, que fazem parte da escala longa, por considerar-se que se trata de itens que seriam interessantes de avaliar e que não constavam da escala breve, sendo agrupados no que se constituiu o domínio otimismo. As respostas foram dadas na forma de escala no formato Likert, de 5 pontos.

O *domínio físico* é constituído por 7 itens que têm como objetivo investigar como a pessoa avalia aspectos de sua vida relativos à saúde / disposição, do ponto de vista físico e a sua maior ou menor satisfação nesta área. Para verificar a consistência interna e avaliar os resultados, foi necessário recodificar 2 itens, por serem invertidos, passando-se à obtenção de um *alpha* de Cronbach considerado adequado, de .793.

No que se refere ao *domínio psicológico*, a escala possui 6 itens, referentes à maior ou menor satisfação com aspectos relativos à sua auto-imagem, tipo de humor mais freqüente e sentido para a vida de uma forma geral. Neste domínio existe 1 item que se fez necessário recodificar, já que é invertido, obtendo-se uma consistência interna satisfatória, com um *alpha* de Cronbach de .719.

O *meio ambiente* é um domínio constituído de 8 itens, que se voltam para a avaliação de possibilidades de atividades de lazer, de recursos econômicos, saúde do ambiente físico e acesso a serviços de saúde / transporte. Sua consistência interna mostrou-se alta, com um *alpha* de Cronbach de .772.

O domínio denominado *relações sociais* toma por objetivo investigar aspectos da vida social do participante, em que ele manifesta seu nível de satisfação com os relacionamentos que vivencia, em família e com amigos, incluindo também a satisfação com a vida sexual. Constitui-se de 3 itens que atingiram um *alpha* de Cronbach de .687, demonstrando-se consistência interna satisfatória.

O *domínio qualidade geral* constitui-se de 2 itens, que se referem à avaliação da qualidade de vida como um todo e à satisfação com o estado de saúde. Analisando-se sua consistência interna, o *alpha* de Cronbach obtido foi inadequado (.568), descartando-se estes itens, para fins de análise.

Os 3 itens adicionais, denominados "*otimismo*", avaliam a freqüência de sentimentos positivos, a auto valorização e o grau de otimismo diante do futuro. Sua consistência interna, ao ser avaliada, obteve um *alpha* de Cronbach de .696, considerado adequado.

#### **4.4. Etapas**

Nesta seção descrevem-se os procedimentos adotados para a seleção dos participantes e para a realização da coleta e análise de dados.

#### **4.4.1. Seleção do Grupo de Participantes**

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa de acordo com a sua maior adequação ao perfil de pessoas que se pretendia estudar, sendo 50 mulheres e 50 homens.

Em várias ocasiões observou-se grande desconfiança e pouca ou nenhuma disponibilidade para responder à pesquisa, entretanto, o apoio de pessoas que exerciam o papel de líderes informais foi fundamental, tanto concretizando novos contatos, como divulgando que se tratava de alguém em quem as pessoas poderiam confiar sem maiores receios.

As mulheres mostraram-se mais resistentes a responder e o período de tempo necessário para a concretização do número de participantes do gênero feminino foi maior, devido ao grande número de respostas negativas à participação. Os motivos explicitados para não querer participar foram a falta de tempo para responder, não confiar no trabalho, não querer se expor e não querer assinar o termo de consentimento.

#### **4.4.2. Coleta de Dados**

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo F), explicando os objetivos do estudo e o compromisso de sigilo com as informações prestadas. Para participar do estudo, as pessoas deviam concordar com o termo e assiná-lo.

O ambiente para a aplicação dos instrumentos obedeceu a critérios de luminosidade adequada e conforto, sem que houvesse interrupções.

A realização do contato e a aplicação dos instrumentos foram feitas pela própria pesquisadora, e o convite para participar aconteceu a partir do contato em centros de reunião e atendimento escolhidos para a pesquisa.

A aplicação dos instrumentos foi feita de modo individual e auto-aplicada, com a presença da pesquisadora para eventuais esclarecimentos que se tornassem necessários diante das questões, surgindo casos em que foi necessária a leitura das questões e marcação das respostas, já que a

operacionalização da leitura se apresentou comprometida. Para cada participante, aplicaram-se todos os instrumentos num único encontro.

#### **4.4.3. Análise de Dados**

Num primeiro momento, realizou-se uma caracterização sociodemográfica e médico-clínica, seguida de uma análise descritiva, considerando-se os resultados referentes ao enfrentamento e à vivência de estigma, fazendo também uma comparação destas variáveis com os perfis sociodemográficos, médico-clínicos e percepção da qualidade de vida. Além disso, as variáveis, vivência de estigma, enfrentamento e qualidade de vida foram correlacionadas, buscando a possibilidade da vivência de estigma poder considerar-se preditiva para o tipo de enfrentamento adotado e relacionando-os também à percepção da qualidade de vida. Finalmente, utilizou-se a regressão linear, com a finalidade de estimar o poder preditivo das diversas variáveis em torno da vivência de estigma, enfrentamento e qualidade de vida.

## ***CAPÍTULO V***

### ***RESULTADOS***

A apresentação dos resultados foi organizada em seções. Inicialmente, foi descrita a caracterização sociodemográfica e médico-clínica da amostra, passando-se à caracterização em termos de vivência de estigma, enfrentamento e qualidade de vida, para, finalmente, descrever os resultados obtidos nas correlações entre as variáveis e nas regressões lineares múltiplas.

#### ***5.1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra***

A amostra foi composta por 100 pessoas soropositivas, sendo 50 do sexo feminino e 50 do sexo masculino, residentes na cidade de Salvador, Bahia.

Quanto à orientação sexual, 12 não quiseram informar a este respeito, 62 se definiram como heterossexuais, 21 como homossexuais, 3 como bissexuais e 2 como transexuais.

A idade variou de 21 a 72 anos (*Média=39,38 e Desvio Padrão=8,7*), observando-se um menor número de pessoas com idade mais avançada, 4 pessoas no intervalo dos 53 aos 60 anos e um caso extremo com 70 anos de idade.

Quanto ao grau de escolaridade, observou-se que se trata de uma amostra em que predominam pessoas com nível de escolaridade baixo: apenas 2 tinham completado o ensino superior, 3 tinham cursado o ensino superior incompleto, 31 tinham completado o ensino médio, 22 tinham cursado o ensino médio incompleto e 42 possuíam o nível fundamental, mas apenas 10 delas o tinham completado, existindo, nesta amostra, 32 pessoas que possuíam apenas conhecimentos rudimentares. Estes dados originaram uma necessidade de maior acompanhamento na aplicação dos instrumentos, já que, em muitos casos, foi necessária a explicação de vocabulário que não fazia parte do repertório dos participantes. Diante das palavras “masculino”, “feminino”, “promíscua”, “homossexual”, “heterossexual”, “bissexual”, “transexual”, surgiu maior necessidade de explicações. Para as pessoas com dificuldades na leitura,

analfabetas operacionais, foi preciso ler as questões e fazer a marcação das respostas.

Os locais em que a pesquisa foi realizada contavam com uma maior frequência de pessoas de escassos recursos financeiros e, tomando-se por base que no Brasil os índices de escolaridade se relacionam diretamente com o poder aquisitivo da população, pode-se levantar que este tenha sido um dos motivos para que a amostra se caracterize desta maneira. Entretanto, não se deve esquecer que os dados epidemiológicos para a AIDS mostram o fenômeno da pauperização como uma das características atuais da epidemia no país.

Quanto à situação conjugal, 35 pessoas informaram que convivem com parceiro, 43 definiram-se como solteiras e 22 como separadas, divorciadas ou viúvas. O número de filhos variou entre 1 e 7, havendo uma maior predominância de participantes com mais de um filho, segundo pode se visualizar na Tabela 01.

**Tabela 01: Quantidade de filhos**

Número de filhos	Frequência de participantes
0	37
1	13
2	20
3	9
4	7
5	7
6	6
7	1
Total	100

Configura-se, assim, uma amostra em que predominam pessoas que não contam com o apoio de um parceiro amoroso convivendo no mesmo ambiente; entretanto, 63 delas têm filhos e 37 não os têm,  $M=2.95$  e  $DP=1.7$ . Estes dados mostram a possibilidade de uma maior vivência familiar a partir do exercício da paternidade e da maternidade, do que a partir da convivência com um parceiro que auxilie na operacionalização das dificuldades que possam surgir na criação

dos filhos, além de mostrar que há uma predominância de pessoas com mais de 1 filho.

A maior parte desta amostra, 76 participantes, não apresentou outra pessoa soropositiva na família e 24 participantes contavam com outra pessoa soropositiva entre seus familiares. Destes, 5 citaram a companheira, esposa ou ex-companheira; 10 citaram o marido ou o parceiro; 4 citaram irmãos e irmãs; 2 citaram filhos; e 6 mencionaram parentes mais distantes, como primos, sobrinhos e tios.

A descrição da amostra quanto à sua situação profissional encontra-se na Tabela 02.

**Tabela 02: Descrição da situação trabalhista**

Situação profissional	Freqüência
Tem emprego fixo, com direitos trabalhistas	6
Tem emprego fixo, sem direitos trabalhistas	3
Trabalha por conta própria, regularmente	7
Trabalha por conta própria, às vezes	11
Desempregado(a)	36
Nunca trabalhou	1
Aposentado(a)	18
Possui benefício	15
Outra	3

Ao analisar a amostra quanto à situação profissional, percebe-se a existência de dificuldades neste aspecto, diante do número reduzido de pessoas que contavam com uma situação profissional fixa e de um número menor ainda de pessoas que possuíam direitos trabalhistas. Por outro lado, quem referiu trabalhar por conta própria “regularmente” e “às vezes”, mostra a possibilidade de busca do sustento econômico a partir de “biscates”. Somando-se as pessoas em situação de desemprego, quem nunca trabalhou, aposentadas e que recebem benefício continuado, encontra-se que a maior parte desta amostra, 70 pessoas, se encontra sem exercer atividades profissionais. Considerando-se que a aposentadoria e o benefício continuado decorrem, muitas vezes, da condição de

soropositividade e que estas pessoas se encontram, em sua maioria, em faixa etária produtiva, a falta de atividade profissional pode acarretar dificuldades tanto de ordem material como de ordem emocional, originando-se a sensação de inutilidade e falta de sentido para suas existências.

Lembrando, ainda, a carência em termos de escolaridade e o alto número de filhos, configura-se um quadro de pobreza bastante acentuado para essas pessoas, já que, provavelmente, muitas não encontrarão possibilidades de exercício profissional e muito menos de aquisição de conhecimentos escolares, tornando-se crônica sua situação, em termos de dependência, seja do Estado, seja de outros familiares que possam ampará-los. A criação dos filhos, sob estas precárias condições, compromete também a possibilidade de um desenvolvimento com maior qualidade de vida para gerações futuras.

Em todos os locais da coleta de dados, com exceção das salas de espera dos hospitais, existia a preocupação com a situação econômica dessa população. O “estar com fome” foi freqüente nas verbalizações dos participantes e o local em que havia maior número de pessoas era justamente aquele em que era servida alimentação.

O exercício de trabalhos voltados para a soropositividade, seja em ONGs, em entidades outras e até por conta própria, foi relatado por 37 pessoas. Este dado deve ser analisado a partir das diferenças que se constataram, tanto em termos de consciência do estigma relativo à soropositividade, como em termos de poder constituir-se numa estratégia de enfrentamento que facilite a aceitação da condição sorológica.

## **5.2. Caracterização Médico-clínica**

Nesta seção a amostra é descrita no aspecto médico-clínico, a partir do tempo decorrido desde o diagnóstico, da sintomatologia, da utilização de medicação anti-retroviral e da revelação do diagnóstico.

### **5.2.1. Tempo Decorrido Desde o Diagnóstico**

Buscou-se conhecer há quanto tempo as pessoas sabiam de sua condição de soropositividade e encontrou-se que a amplitude da variação do ano diagnóstico foi de 1985 a 2004, oscilando entre menos de 01 ano e 19 anos.

Percebeu-se também um aumento do número de participantes que sabiam do diagnóstico a partir do ano de 1996. Este dado pode explicar-se pela oferta de medicação anti-retroviral, iniciada neste ano, já que a partir do seu uso, ocorreu a diminuição do número de mortes por AIDS. Assim, observaram-se 21 pessoas que sabiam do seu diagnóstico até o ano de 1995, 51 entre os anos de 1996 e 2000 e 27 a partir do ano 2001.

### **5.2.2. Sintomatologia**

Foi investigada a ocorrência de hospitalizações decorrentes da presença do HIV no organismo, como também a presença de infecções oportunistas, para definir um maior ou menor comprometimento da vida destas pessoas pelo adoecer.

Entre os 100 participantes, 42 tinham passado por internamentos ocasionados pela soropositividade e 58 deles não tinham passado por esta situação. O número de internamentos ocorreu no intervalo de 1 a 20, notando-se uma frequência maior de pessoas com até 4 internamentos (38 pessoas). Assim, apenas uma pessoa sofreu 5 hospitalizações, o mesmo ocorrendo com o número de 8, 10 e 20 internamentos.

Sabe-se que há uma tendência crescente para que os atendimentos a pessoas soropositivas ocorram em ambulatórios dos hospitais e centros de referência, pois, a partir da medicação anti-retroviral, os casos de agravamento do quadro sintomático diminuíram em grande quantidade e isto pode explicar por que mais da metade da amostra não tenha sofrido internamentos.

A pessoa que referiu 20 internamentos, ao longo dos anos pós-diagnóstico, relatou forte resistência à utilização de qualquer medicação, apesar de ter sido prescrita pelo médico. Apenas nos últimos meses, surgiu uma motivação maior

para cuidar-se, a partir da evidência de que seu quadro tendia a uma piora crescente e sem possibilidade de mudança.

Quanto à ocorrência de infecções oportunistas, 43 pessoas informaram que não tinham sofrido nenhuma, sendo que 54 referiram sua ocorrência e 3 não foram capazes de informar a este respeito. Os dados coincidem com os dados encontrados na frequência de hospitalizações e, ao relacioná-los, eles podem sugerir que, ao se ter infecções oportunistas, estas tendem a originar internamentos.

Considerando-se que, para muitas pessoas soropositivas, o diagnóstico apenas ocorre a partir da primeira manifestação de infecção oportunista ou do nascimento de filhos soropositivos, talvez o percentual de pessoas soropositivas que vivenciam a hospitalização pudesse reduzir-se, caso fossem realizados diagnósticos mais precoces, que possibilitassem a medicação e o controle da ocorrência de sintomas.

### **5.2.3. Medicação**

Foi investigada a utilização de medicamentos, observando-se que a maior parte da amostra fazia uso da terapia anti-retroviral, totalizando 79 pessoas, e 14 nunca tinham sido medicadas. Além disso, 7 referiram ter utilizado a medicação, mas não fazê-lo no momento, e uma delas explicou que tinha precisado medicar-se apenas durante a gravidez, o que é uma conduta adotada quando se trata de grávidas com carga viral e taxa de CD4 que não necessitam de medicação e a prescrição ocorre apenas para evitar a transmissão vertical.

Quanto à interrupção da medicação, 46 relataram não tê-la interrompido e 33 participantes referiram interrupção. A descrição dos motivos que a ocasionam encontra-se na Tabela 03.

Estes dados sinalizam uma adesão pouco segura ao tratamento, e os motivos que originam a interrupção encontram-se de acordo ao esperado, considerando-se que os efeitos colaterais dos remédios podem ser bastante desagradáveis e o estado de ânimo deprimido que se estabelece é muito comum para pessoas que necessitam lidar com doenças como a AIDS.

**Tabela 03: Motivos que ocasionaram a interrupção da medicação**

Motivos para interromper a medicação	Freqüência
Depressão	7
Uso de drogas	1
Efeitos colaterais	9
Esquecimento	2
Falta de informação	1
Horário	1
Mudança da medicação	3
Orientação médica	1
Rejeição aos medicamentos	2
Estava sem possibilidades de alimentar-se	1
Estava sem dinheiro para ir buscá-la	1
Estava viajando	1
Total	30

Os participantes também foram solicitados a avaliar a forma com que utilizam a medicação, havendo 43 pessoas que referiam o uso correto e 30 que tomam os medicamentos “quase corretamente”, sendo que apenas 6 revelaram não tomar a medicação “freqüentemente”.

Estes dados podem constituir uma maior vulnerabilidade desta população ao desenvolvimento de sintomas decorrentes da síndrome, já que a interrupção do tratamento, sem a devida orientação médica - assim como tomar a medicação fora do esquema de horários estabelecidos - são fatores que favorecem a maior resistência do vírus à terapia anti-retroviral e abrem a possibilidade de que outras pessoas se infectem com tipos de vírus que não sejam tão passíveis de controle pela medicação atual.

#### **5.2.4. Revelação do Diagnóstico**

A revelação do diagnóstico relaciona-se diretamente à consciência do estigma e às discriminações que as pessoas soropositivas sofrem na sua vida diária, sendo fundamental para este estudo conhecer um pouco mais a respeito da

quantidade de pessoas e de que pessoas são aquelas que mais compartilham o diagnóstico com os participantes.

Dessa maneira, observou-se que compartilhar com outra pessoa, que não fosse profissional de saúde, a informação da condição sorológica pareceu freqüente entre os participantes, já que apenas 3 deles informaram que ninguém conhecia sua condição, 24 situou o número de pessoas que a conheciam entre 1 a 5 pessoas, 22 entre 6 e 15 pessoas, 9 entre 16 e 30 pessoas e 42, com mais de 30 pessoas.

Quanto às pessoas que conheciam a condição sorológica dos participantes, 39 tinham revelado ao cônjuge, namorado (a), parceiro (a), 35 aos filhos, 56 aos pais, 63 a outras pessoas da família, 73 a amigos, 19 a colegas de trabalho, 25 a vizinhos, 68 a pessoas da entidade freqüentada e 6 a outras pessoas não especificadas.

Observou-se, nos diálogos, que a revelação, em vários casos, não se deu por vontade da própria pessoa, sendo que as pessoas consideradas “de confiança” tinham contado a terceiros, originando-se forte mágoa a partir desta vivência e diminuição da confiança em pessoas que exerciam papéis importantes na vida destes participantes.

### **5.3. Vivência do Estigma**

Após realização da análise descritiva da amostra, quanto aos dados sociodemográficos e situação médico-clínica, passou-se à análise estatística relativa aos conceitos avaliados, passando-se a caracterizá-los e relacioná-los.

Em termos de percepção da estigmatização, os resultados foram analisados tanto em termos de cada uma das 4 subescalas (estigmatização personalizada, revelação, auto-imagem negativa e atitudes públicas), como em termos do índice de estigmatização geral. As análises descritivas destas subescalas e do índice geral, encontram-se na Tabela 04.

**Tabela 04 - Análises descritivas da vivência de estigma**

	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
<b>Estigmatização personalizada</b>	2.38	.744	1.00	3.94
<b>Revelação</b>	2.91	.713	1.00	4.00
<b>Auto-imagem negativa</b>	2.09	.614	1.00	3.77
<b>Atitudes públicas</b>	2.60	.628	1.16	3.90
<b>Estigma geral</b>	2.49	.556	1.13	3.73

Estes dados mostram uma média mais elevada na subescala de revelação, percebendo-se que, para esta população, a possibilidade de sentir-se mais ou menos à vontade para revelar a sua condição diagnóstica ainda é fonte de dificuldades, pelo receio da reação das pessoas, passando, na maior parte das vezes, a restringir e analisar criteriosamente a quem é mais seguro contar, já que “perder amigos”, ao revelar-se, é uma experiência freqüente.

Os resultados observados nas demais subescalas, e no índice geral, também mostram a vivência da discriminação e como o sentimento de exclusão é difundido entre estas pessoas, verificando-se também a vivência de uma auto-avaliação mais positiva, ao mesmo tempo em que se vivencia uma avaliação mais negativa oriunda do meio externo.

Com base em ANOVAs, buscou-se encontrar diferenças significativas entre as médias encontradas para a vivência do estigma por pessoas que convivem com esposo(a)/ companheiro(a), sem observar-se significância, como também não foram encontradas diferenças significativas, a partir do teste t, no que diz respeito à ocorrência de infecções oportunistas e internamentos. Quanto à idade, não foram observadas correlações significativas com a vivência do estigma.

Entretanto, ao comparar as médias obtidas por homens e mulheres na subescala de estigma geral, as mulheres revelaram uma maior vivência de estigmatização (M=2,61) do que os homens (M=2,37) e esta diferença foi significativa,  $t(97.993)=2.288$ ,  $p<.05$ , indicando que, para as mulheres, pode ser mais difícil deparar-se com o estigma da soropositividade.

Investigou-se a associação entre o fato de ter filhos e a estigmatização, encontrando-se, a partir de teste t, diferenças significativas entre as médias daqueles que tinham filhos e daqueles que não tinham, sendo que aqueles que tinham filhos obtiveram médias maiores do que aqueles que não tinham, em todas as subescalas e no índice geral de estigmatização. Assim, na subescala de estigmatização personalizada, aqueles que tinham filhos obtiveram uma média de 2,50 e aqueles que não tinham uma média de 2,16, com  $t(79,53)=-2,29$ ,  $p<.05$ ; na subescala de revelação, aqueles que tinham filhos obtiveram uma média de 3,08 e aqueles que não tinham uma média de 2,6, com  $t(69,61)=-3,35$ ,  $p<.05$ ; na subescala de auto-imagem negativa a média de quem tinha filhos foi de 2,20 e daqueles que não tinham foi de 1,90, com  $t(80,43)=-2,51$ ,  $p<.05$ ; na escala de atitudes públicas, aqueles que tinham filhos obtiveram média de 2,73 e aqueles que não tinham uma média de 2,38, com  $t(73,48)=-2,73$ ,  $p<.05$  e, no índice de estigma geral, quem tinha filhos apresentou uma média de 2,62 e quem não tinha de 2,26, com  $t(72,98)=-3,22$ ,  $p<.05$ ; sinalizando que as pessoas com filhos parecem sentir maior estigmatização, vivenciando mais discriminação, mais necessidade de ocultamento de sua condição e maior preconceito por parte de quem lida com elas no dia-a-dia.

A partir da ANOVA, relacionou-se o grau de escolaridade com a vivência de estigma, encontrando-se diferenças significativas no que se refere à subescala de revelação, com  $F(94)=3,75$ ,  $p<.05$ , sendo que as pessoas de escolaridade mais baixa, com ensino fundamental incompleto, mostraram vivenciar maiores dificuldades em termos de estigma relativo à revelação de sua condição ( $M=3,2$ ) e as que tinham o ensino fundamental completo se apresentaram com menores dificuldades ( $M=2,67$ ), seguidas daquelas com o ensino médio completo ( $M=2,71$ ) e com o ensino médio incompleto ( $M=2,96$ ). Nas relações feitas com os resultados das outras subescalas não se encontraram diferenças significativas<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Para realizar esta análise foram retirados os resultados daqueles que tinham o ensino superior completo e incompleto, já que estes participantes diferiam, em termos numéricos, demasiadamente do número de participantes dos demais grupos de escolaridade.

Buscando-se uma relação, a partir da ANOVA, entre a vivência do estigma e o ano em que foi recebido o diagnóstico, foi realizada uma recodificação, construindo-se intervalos, sendo o primeiro até o ano de 1995, o segundo entre o ano de 1996 e 2000 e o terceiro a partir do ano 2001; encontrando-se diferenças significativas marginais entre as médias das subescalas de revelação com  $F(98)=2.37$ ,  $p<.1$ , de atitudes públicas, com  $F(98)=2,51$ ,  $p<.1$  e de estigma geral, com  $F(98)=2,40$ ,  $p<.1$ , e sem encontrar-se diferenças significativas nas demais subescalas. Os participantes que tiveram seu diagnóstico após o ano de 2001 obtiveram, na subescala de revelação  $M= 3,16$ ; na subescala de atitudes públicas  $M=2,81$  e no índice de estigma geral  $M=2,68$ ; seguidos daqueles que receberam seu diagnóstico até 1995, que tiveram  $M=2,84$  na subescala de revelação, uma média de 2,59 na subescala de atitudes públicas e uma média de 2,44 no índice de estigma geral; e, por último, daqueles que receberam o diagnóstico entre 1996 e 2000, que tiveram, no que se refere à revelação,  $M=2,80$ , na subescala de atitudes públicas  $M=2,48$  e na de estigmatização geral  $M=2,39$ ; observando-se uma tendência para vivenciar maior estigmatização nas pessoas de diagnóstico mais recente e nas pessoas que tiveram seu diagnóstico há 10 anos ou mais, principalmente no que se refere à revelação e às atitudes públicas. Utilizando-se o teste t, buscou-se uma possível relação entre a atuação em trabalhos relativos à soropositividade e a vivência do estigma, encontrando-se diferenças significativas entre as médias. Assim, as pessoas que militavam na causa obtiveram médias menores em todas as subescalas e no índice de estigmatização geral, revelando menor vivência da estigmatização. Na subescala de estigmatização personalizada aquelas que trabalhavam com a soropositividade tiveram uma média igual a 2.16 e aquelas que não trabalhavam uma média igual a 2.53, com  $t(81.14)= 2.49$ ,  $p<.05$ . Na subescala de revelação, aqueles que trabalhavam com soropositividade obtiveram uma média de 2.70 e aqueles que não trabalhavam, uma média de 3.06, com  $t(79.63)=2.56$ ,  $p<.05$ . Na subescala de auto-imagem negativa, aqueles que trabalhavam com a causa, tiveram média igual a 1.87, e aqueles que não trabalhavam, uma média de 2.24, com  $t(91.47)=3.32$ ,  $p<.05$ . Na subescala de atitudes públicas, aqueles que militavam na causa obtiveram média de 2.37 e

aqueles que não militavam uma média de 2.76, com  $t(82.10)=3.19$ ,  $p<.05$ . No índice de estigmatização geral, aqueles que trabalhavam com a causa obtiveram média de 2,29 e aqueles que não trabalhavam obtiveram uma média de 2.62, com  $t(85.89)=3.08$ ,  $p<.05$ .

Este resultado pode explicar-se a partir da necessidade que estas pessoas têm de informar-se para poder passar seu conhecimento e lutar contra a discriminação, expondo-se mais e enfrentando o preconceito. A informação pode funcionar como forma de não absorver as crenças e valores que o meio externo lhes apresenta, sem antes questioná-los, diminuindo assim a sua influência em termos de harmonia interna.

#### **5.4. Enfrentamento**

As estratégias de enfrentamento foram analisadas de acordo aos 4 fatores propostos: focalizado no problema, focalizado na emoção, busca de prática religiosa/ pensamento fantasioso e busca de suporte social. A apresentação das análises descritivas encontra-se na Tabela 05.

**Tabela 05: Análise descritiva do enfrentamento**

<b>ENFRENTAMENTO</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>
<b>Focalizado no problema</b>	4.15	.543	2.61	5.00
<b>Focalizado na emoção</b>	2.33	.805	1.00	4.80
<b>Busca de prática religiosa/ pensamento fantasioso</b>	3.84	.801	1.86	5.00
<b>Busca de suporte social</b>	3.43	1.177	1.00	5.00

As medidas descritivas mostram que os participantes utilizavam diversas estratégias de enfrentamento delineando-se uma maior utilização do enfrentamento focalizado no problema e uma menor utilização do enfrentamento focalizado na emoção.

Considerando-se que as estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas de maneira simultânea, e que na literatura há indicações de que haveria uma tendência a uma correlação negativa entre o enfrentamento focalizado na emoção e o focalizado no problema, observa-se que, neste estudo ocorreram correlações positivas entre todas as estratégias, indicando que a possibilidade de simultaneidade é alta, sem que haja a utilização de uma em detrimento da outra.

Buscando-se estabelecer diferenças no modo de enfrentamento a partir do gênero, aplicou-se o teste t, sem que fossem encontradas diferenças significativas entre as médias das estratégias focalizadas no problema e o gênero dos participantes, com  $t(98)=1.46$ ,  $p>.1$ . Entretanto, encontraram-se diferenças significativas entre as médias obtidas por homens e mulheres no que diz respeito ao enfrentamento focalizado na emoção, com  $t(97.55)=2.02$ ,  $p<.05$ , e na busca de suporte social, com  $t(96.22)=2.12$ ,  $p<.05$ ; assim como uma diferença de significância marginal na busca de prática religiosa / pensamento fantasioso, com  $t(97.62)=1.88$ ,  $p<.1$ . Dessa maneira, as mulheres apresentaram maior utilização do enfrentamento focalizado na emoção ( $M=2.49$ ) e maior busca de suporte social ( $M=3.67$ ) do que os homens, que obtiveram uma média menor, no enfrentamento focalizado na emoção ( $M=2.17$ ), e na busca de suporte social ( $M=3.18$ ); as mulheres também mostraram uma maior utilização da busca de prática religiosa / pensamento fantasioso ( $M=3.99$ ) do que os homens ( $M=3.69$ ).

Foi investigada a ocorrência de diferenças significativas entre o fato de ter ou não filhos e a escolha do tipo de enfrentamento, observando-se, a partir do teste t, ausência de diferenças significativas no que diz respeito ao enfrentamento focalizado no problema, com  $t(98)=.09$ ,  $p>.1$ , e à busca de suporte social, com  $t(98)=-.89$ ,  $p>.1$ . Entretanto, encontraram-se diferenças significativas no que se refere às estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, com  $t(78.04)=-2.19$ ,  $p<.05$  e à busca de religiosidade e pensamento fantasioso, com  $t(70.38)=-2.05$ ,  $p<.05$ ; verificando-se uma média mais alta, em termos de enfrentamento focalizado na emoção, por aqueles que têm filhos ( $M=2.46$ ) em relação aos que não têm filhos ( $M=2.11$ ); ocorrendo resultado semelhante em termos de busca de religiosidade/ pensamento fantasioso, para o qual também

aqueles que têm filhos apresentaram maior média ( $M=3.96$ ) do que aqueles que não têm filhos ( $M=3.62$ ).

A partir da ANOVA, buscaram-se diferenças significativas em termos de enfrentamento, relacionando-o ao estado conjugal, encontrando-se apenas significância marginal para o enfrentamento focalizado no problema, com  $F(99)=2.76$ ,  $p<.1$ , e para a busca de suporte social, com  $F(99)=3.02$ ,  $p<.1$ . Assim, no enfrentamento focalizado no problema, o grupo de pessoas separadas, divorciadas e viúvas apresentou maior média ( $M=4.35$ ) e o grupo de pessoas que convivem com alguém apresentou a menor média ( $M=4.02$ ). Na busca do suporte social ocorreu relação semelhante, com o grupo de pessoas separadas, divorciadas e viúvas apresentando a maior média ( $M=3.94$ ) e o grupo de pessoas que convivem com alguém apresentando a menor média ( $M=3.19$ ). Para os outros tipos de enfrentamento não se encontrou significância.

Quanto ao nível de escolaridade, a partir da ANOVA, foram observadas diferenças significativas no que diz respeito ao enfrentamento focalizado na emoção, com  $F(94)=3.08$ ,  $p<.05$ , e à busca de religiosidade/ pensamento fantasioso, com  $F(94)=6.88$ ,  $p<.001$ . O grupo de pessoas, com o ensino fundamental incompleto, apresentou uma média mais elevada, tanto no enfrentamento focalizado na emoção ( $M=2.69$ ), quanto na busca de religiosidade ( $M=4.29$ ), mostrando uma maior utilização deste tipo de enfrentamento. Para o enfrentamento focalizado na emoção, pessoas com o ensino médio completo, apresentaram menor média ( $M=2.17$ ) e, para a busca de religiosidade/ pensamento fantasioso, o grupo de pessoas com o ensino fundamental completo apresentou a menor média ( $M=3.47$ ), revelando menor utilização desses tipos de enfrentamento. Para o enfrentamento focalizado no problema e a busca de suporte social, não se encontraram diferenças significativas entre os grupos.<sup>2</sup>

Quanto à investigação de diferenças entre as médias encontradas para aqueles que trabalham com a soropositividade, definidos como “militantes”, e aqueles que não o fazem, a partir do teste t, perceberam-se diferenças

---

<sup>2</sup> Para a realização desta análise, foram retirados os resultados daqueles que tinham o ensino superior completo e incompleto, já que estes participantes diferiam, em termos numéricos, demasiadamente, do número de participantes dos demais grupos de escolaridade.

significativas, para o enfrentamento focalizado na emoção, com  $t(88.40)=3.54$ ,  $p<.05$ , e para a busca de religiosidade / pensamento fantasioso, com  $t(73.49)=3.51$ ,  $p<.05$ ; encontrando uma média menor naqueles que militam na causa, tanto no enfrentamento focalizado na emoção ( $M=2.00$ ), como na busca de religiosidade/ pensamento fantasioso ( $M=3.49$ ) e uma média mais elevada naqueles que não militam, no enfrentamento focalizado na emoção ( $M=2.54$ ) e na busca de religiosidade/ pensamento fantasioso ( $M=4.05$ ). Para as demais formas de enfrentamento não se encontraram diferenças significativas entre as médias dos grupos.

Estes resultados sugerem que as pessoas que carecem de maiores informações a respeito da soropositividade e que não se encontram num questionamento contínuo a respeito da situação das pessoas soropositivas escolhem formas de enfrentar menos racionais, mais voltadas para a descarga emocional, sentimentos negativos e para a busca de soluções, por vezes, pouco realistas, seja na acentuada religiosidade, ou na negação da situação que se vivencia.

No que diz respeito à ocorrência de infecções oportunistas e internamentos, o teste t não mostrou diferenças significativas entre os grupos, para os diversos tipos de enfrentamento, como também a ANOVA não mostrou diferenças significativas entre as médias, quanto ao período do diagnóstico.

### **5.5. Qualidade de Vida**

A qualidade de vida foi avaliada a partir de 5 dimensões: física, psicológica, relações sociais, meio ambiente e otimismo. As análises descritivas destas dimensões são apresentadas na Tabela 06.

**Tabela 06- Análises descritivas das dimensões do WHOQOL- bref**

<b>Dimensões</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>
<b>Física</b>	3.29	.818	1,57	5,00
<b>Psicológica</b>	3.78	.669	1,67	5,00
<b>Relações Sociais</b>	3.27	.997	1,00	5,00
<b>Meio Ambiente</b>	2.84	.734	1,25	5,00
<b>Otimismo</b>	3.82	.700	1,00	5,00

Os resultados mostram que há maior insatisfação quanto à dimensão relativa ao meio ambiente, em que se apresentou a menor média, observando-se uma maior média ao se tratar das questões voltadas para um maior ou menor otimismo.

Estes dados podem explicar-se ao lembrar da situação de desemprego e conseqüentes dificuldades financeiras vivenciadas pelos participantes deste estudo, sendo que o maior otimismo pode ser, apesar desta condição precária, uma maneira de enfrentar que facilite o lidar com a condição de soropositividade e demais dificuldades.

A partir da aplicação do teste t, observaram-se diferenças significativas entre as médias encontradas para os gêneros, na dimensão psicológica, com  $t(97.52)=-2.02$ ,  $p<.05$ , e na dimensão das relações sociais, com  $t(96.15)=-2.04$ ,  $p<.05$ ; sendo que as mulheres apresentaram menor média ( $M=3.65$ ) do que os homens ( $M=3.91$ ), para a dimensão psicológica, e também para a dimensão das relações sociais, onde os homens apresentaram uma média de 3.47 e as mulheres uma média de 3.07. Para as demais dimensões, não se encontraram diferenças significativas entre as médias dos grupos.

Quanto ao fato de ter ou não filhos, a partir do teste t, não foram encontradas diferenças entre as médias dos grupos no que se refere à dimensão física, mas foram diferenças significativas na dimensão psicológica, com  $t(67.42)=2.07$ ,  $p<.05$ , e de otimismo, com  $t(73.29)=2.67$ ,  $p<.05$ ; assim como diferenças significativas marginais em termos de relações sociais, com  $t(76.34)=1.88$ ,  $p<.1$ , e de meio ambiente, com  $t(61.85)=1.83$ ,  $p<.1$ . Na dimensão psicológica, as pessoas com filhos apresentaram média mais baixa ( $M=3.67$ ) do que as pessoas que não tinham filhos ( $M=3.97$ ); assim como na dimensão relativa ao otimismo as pessoas com filhos também apresentaram média menor ( $M=3.69$ ) do que aquelas que não os tinham ( $M=4.07$ ), repetindo-se o mesmo tipo de diferença em termos de relações sociais, onde as pessoas com filhos apresentaram uma média menor ( $M=3.13$ ) do que as pessoas sem filhos ( $M=3.51$ ); e em relação ao meio ambiente, em que também as pessoas com filhos apresentaram uma média menor ( $M=2.73$ ) do que as pessoas sem filhos

( $M=3.02$ ). Evidencia-se, assim, uma maior satisfação com a qualidade de vida, nas dimensões indicadas, em pessoas que não têm com filhos.

Estes resultados condizem com os demais, já que a condição financeira destas pessoas pode apresentar-se pior na medida em que têm filhos, assim como o fato de ser mulher pode significar também, em muitas ocasiões, ter que sustentar os filhos sem a ajuda de um companheiro, diminuindo a satisfação quanto à qualidade de vida, em termos de meio ambiente e o otimismo em relação ao futuro. As mulheres e as pessoas com filhos também sentiram maior estigmatização, o que coincide com a avaliação que fazem de sua satisfação em termos de qualidade de vida, na dimensão das relações sociais e psicológica.

Buscando-se a existência de diferenças significativas entre as médias das pessoas que referiram conviver com um(a) companheiro(a), as solteiras e as separadas, divorciadas ou viúvas, realizou-se uma ANOVA, a partir da qual encontrou-se uma diferença significativa, no que se refere à dimensão das relações sociais, com  $F(99)=3.61$ ,  $p<.05$ . As pessoas solteiras mostraram-se mais satisfeitas nesta dimensão ( $M=3.55$ ) do que aquelas que convivem com esposo(a) ou companheiro(a) ( $M=2.96$ ). Nas demais dimensões não se encontraram diferenças significativas.

O grau de escolaridade também foi avaliado a partir da ANOVA, encontrando-se diferenças significativas entre as médias dos grupos, no aspecto físico, com  $F(94)=3.97$ ,  $p<.05$ , e de meio ambiente, com  $F(94)=3.55$ ,  $p<.05$ . No aspecto físico, as pessoas com o ensino médio completo apresentaram maior satisfação ( $M=3.63$ ) do que as pessoas com o ensino fundamental completo ( $M=2.99$ ); e, na dimensão relativa ao meio ambiente, as pessoas com o ensino fundamental completo apresentaram-se mais satisfeitas ( $M=3.13$ ) do que aquelas que tinham o ensino médio incompleto ( $M=2.47$ ). Nas demais dimensões, não se encontraram diferenças significativas.

O fato de trabalhar ou não com ações referentes à soropositividade foi avaliado a partir do teste t, verificando-se diferenças significativas entre as médias dos grupos, nas esferas referentes ao psicológico, com  $t(69.51)=-2.523$ ,  $p<.05$ , às relações sociais, com  $t(71.81)=-2.52$ ,  $p<.05$ , e ao otimismo, com  $t(85.88)=-2.32$ ,

$p < .05$ ; nas demais dimensões não foram encontradas diferenças significativas. As médias mais altas, nos domínios que apresentaram diferenças significativas, foram daqueles que trabalham com ações voltadas para a soropositividade, apresentando no domínio psicológico uma média de 4.01 e aqueles que não trabalham uma média igual a 3.67; no domínio das relações sociais, os militantes apresentaram média igual a 3.59 e os que não militam uma média igual a 3.08; e, no que se refere ao otimismo, os que empreendem ações em torno à soropositividade alcançaram média igual a 4.03, já os que não atuam neste tipo de trabalho apresentaram média igual a 3.71. Estes dados podem traduzir-se numa maior satisfação, nesses domínios da qualidade de vida, por parte de quem trabalha em atividades voltadas para a soropositividade, dando respaldo aos dados encontrados em termos de vivência de estigmatização, em que estas mesmas pessoas mostraram sentir-se menos estigmatizadas

Aplicando-se o teste t, encontraram-se diferenças significativas entre pessoas que tinham sofrido infecções oportunistas e aquelas que não tinham tido esta experiência no domínio físico, com  $t(91.03)=2.44$ ,  $p < .05$ ; assim, este domínio foi avaliado como menos satisfatório por aqueles que tinham tido infecções oportunistas ( $M=3.14$ ) do que por aqueles que não as tinham vivenciado ( $M=3.52$ ). No domínio psicológico foram encontradas diferenças significativas marginais, com  $t(94.99)=1.68$ ,  $p < .1$ , apresentando-se resultados semelhantes em termos de médias. As pessoas que tinham sofrido infecções oportunistas apresentaram menor satisfação ( $M=3.68$ ), do que aquelas que não as tinham sofrido ( $M=3.91$ ). Nos demais domínios não se encontraram diferenças significativas entre as médias dos grupos.

As diferenças que se apresentaram entre as médias daqueles que tinham sido internados devido à soropositividade e aqueles que não tinham passado pela experiência foram semelhantes àsquelas encontradas para a vivência de infecções oportunistas, encontrando-se diferenças significativas no domínio físico, com  $t(82.54)=2.57$ ,  $p < .05$ , e diferenças significativas marginais no domínio psicológico, com  $t(82.84)=1.85$ ,  $p < .1$ ; como também não se encontraram diferenças significativas nos outros domínios. O grupo de pessoas que tinham sido internadas

apresentou uma menor satisfação ( $M=3.04$ ) do que o grupo de pessoas que não tinham se internado ( $M=3.46$ ), no domínio físico; como, também no domínio psicológico, o grupo de pessoas que tinham passado por internamento apresentou menor satisfação ( $M=3.63$ ) do que o grupo que não tinha se internado ( $M=3.88$ ). Estes resultados encontram-se de acordo ao esperado, já que, ao se internar e ao vivenciar infecções oportunistas, é natural que as pessoas sintam-se mais insatisfeitas com sua qualidade de vida, no aspecto físico, e apresentem uma leve tendência para a insatisfação também no aspecto psicológico.

Também foram feitas análises em que se buscou investigar a correlação entre a idade e a qualidade de vida, sem que fossem encontrados resultados significativos.

### **5.6. Correlações Entre as Variáveis em Estudo**

As correlações entre a vivência da estigmatização, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida, referentes a todas as subescalas e dimensões, encontram-se na Tabela 07.

#### **5.6.1. Correlacionando Estigma e Estratégias de Enfrentamento**

##### *Estigmatização personalizada*

Observa-se que houve uma correlação positiva entre o estigma personalizado e o enfrentamento focalizado na emoção, indicando que, quanto maior o sentimento de estigmatização personalizada, encontra-se uma maior utilização do enfrentamento focalizado na emoção.

##### *Revelação*

A vivência do estigma, relativo à revelação da condição soropositiva a outras pessoas, correlacionou-se de maneira positiva ao enfrentamento focalizado no problema, assim como ao enfrentamento focalizado na emoção e à busca de religiosidade/ pensamento fantasioso, sugerindo-se que ao sentir maior estigmatização, decorrente da revelação, as pessoas tendem a utilizar mais esses tipos de estratégias de enfrentamento.

### *Auto-imagem negativa*

Encontrou-se correlação entre o estigma relativo à vivência de uma auto-imagem negativa e o enfrentamento focalizado na emoção e a busca de religiosidade/ pensamento fantasioso. Tratando-se de uma correlação positiva, quanto maior a vivência de uma auto-imagem negativa, maior é a utilização do enfrentamento focalizado na emoção e a busca de religiosidade/ pensamento fantasioso.

### *Atitudes públicas*

Quanto ao estigma visualizado nas atitudes públicas, observou-se sua correlação com o enfrentamento focalizado no problema, na emoção e com a busca de religiosidade/ pensamento fantasioso. Sendo correlações positivas, estas indicam que quanto maior o sentimento de estigmatização derivado das atitudes públicas, maior é a busca destes tipos de enfrentamento.

### *Índice de estigmatização geral*

Realizando-se uma análise da escala de estigmatização de forma integral, encontra-se correlação entre este índice e o enfrentamento focalizado no problema, na emoção e a busca da religiosidade/ pensamento fantasioso, percebendo-se que quanto maior for a vivência da estigmatização, maior é a utilização desses tipos de enfrentamento.

**Tabela 07 – Correlações de Pearson entre os índices de Estigma, Enfrentamento e Qualidade de Vida**

	Estigma Personalizado	Estigma Revelação	Estigma Auto Imagem Negativa	Estigma Atitudes Públicas	Estigma Geral	E.P.	E.E.	B.R.	B.S.S.	Qual. Físico	Qual. Psic.	Qual. Rel. Sociais	Qual. Meio Amb.	Qual. Otimismo
Estigma Personalizado	1.00													
Estigma Revelação	.55**	1.00												
Estigma Auto Imagem Negativa	.67**	.65**	1.00											
Estigma Atitudes Públicas	.89**	.76**	.75**	1.00										
Estigma Geral	.89**	.82**	.84**	.96**	1.00									
Enfrentamento	.14	.28**	.09	.24*	.22*	1.00								
Foc. Problema (EP) Enfrentamento	.63**	.56**	.59**	.67**	.70**	.36**	1.00							
Foc. Emoção (EE) Busca de Religiosidade/ Pens. Fantasiado (BR)	.19	.36**	.21*	.33*	.30**	.63**	.35**	1.00						
Busca de Suporte Social (BSS)	-0.00	.09	-0.00	.05	.04	.54**	.21*	.40**	1.00					
Qualidade Físico	-.16	-.23*	-.21*	-.21*	-.20*	-0.00	-.27**	-.23*	-.05	1.00				
Qualidade Psicológico	-.23*	-.23*	-.31**	-.22*	-.27**	.18	-.31**	-.01	.14	.59**	1.00			
Qualidade Rel.Sociais	-.35**	-.33**	-.31**	-.36**	-.37**	.03	-.30**	-.24*	.21*	.45**	.50**	1.00		
Qualidade Meio Ambiente	-.17	-.32**	-.23*	-.22*	-.26*	.13	-.12	-.08	.20	.51**	.55**	.55**	1.00	
Qualidade Otimismo	-.25	-.36**	-.40**	-.33**	-.36**	.11	-.26*	.03	.15	.20	.38**	.20*	.28**	1.00

\* $p < .05$ \*\* $p < .001$

Estes primeiros resultados mostram que há uma confirmação da hipótese inicial, no que diz respeito à maior utilização do enfrentamento focalizado na emoção, ao se vivenciar maiores índices de estigmatização, sendo que a busca de maior religiosidade e pensamento fantasioso não foge à possibilidade levantada pela hipótese, já que também neste caso se trata de uma maneira de lidar com os sentimentos e emoções negativas. Quanto ao enfrentamento focalizado no problema ser de menor utilização a partir da maior estigmatização, a hipótese não se confirma, a princípio, já que as pessoas, mesmo tendo essa maior vivência, continuam a utilizar-se desse tipo de enfrentamento; assim como se observou, anteriormente, que não ocorreu uma relação negativa entre o enfrentamento focalizado na emoção e o focalizado no problema, podendo ocorrer os dois simultaneamente.

### **5.6.2. Correlacionando Estigma e Qualidade de Vida**

#### *Estigmatização personalizada*

Observa-se uma correlação negativa entre a estigmatização personalizada e os domínios psicológico, relações sociais e otimismo, indicando que, quanto maior se mostra a vivência de estigmatização personalizada, menor satisfação é encontrada em termos de qualidade de vida, nos domínios psicológico, relações sociais e otimismo.

#### *Revelação*

Encontrou-se uma correlação negativa entre a estigmatização relativa à revelação da condição soropositiva e a qualidade de vida em todos os domínios. Este dado mostra que quanto maior a vivência de estigma referente à revelação, menor é a satisfação em termos de qualidade de vida, em todos os seus aspectos, percebendo-se como essa face do estigma pode influenciar a vida dos portadores do HIV.

### *Auto-imagem negativa*

Também em termos de vivência de uma auto-imagem negativa, decorrente do estigma, encontraram-se correlações negativas com todas as subescalas referentes à qualidade de vida. Assim, quanto maior a vivência de uma auto-imagem negativa, construída a partir da vivência do estigma, menor é a satisfação em termos de qualidade de vida, em todos os seus aspectos.

### *Atitudes públicas*

Os mesmos resultados anteriores verificam-se no que se refere à correlação entre a vivência do estigma decorrente das atitudes públicas e as dimensões da qualidade de vida, sendo que, quanto maior a estigmatização decorrente de atitudes públicas, maior é a insatisfação quanto à qualidade de vida.

### *Índice de estigmatização geral*

Quanto ao índice de estigmatização geral, observou-se a sua correlação negativa com todas as dimensões da qualidade de vida, indicando que quanto maior o índice, maior é a insatisfação, diante da qualidade de vida como um todo.

Estes resultados mostram que há uma correlação negativa entre a vivência da estigmatização em todos os seus fatores e todos os domínios da qualidade de vida, percebendo-se como o processo de estigmatização pode influenciar de maneira tão abrangente a satisfação que as pessoas soropositivas possam esboçar a respeito da qualidade com que conseguem encaminham suas vidas.

### **5.6.3. Correlacionando Enfrentamento e Qualidade de Vida**

#### *Enfrentamento focalizado no problema*

Este tipo de enfrentamento não se correlacionou com nenhum dos domínios referentes à qualidade de vida, indicando que a satisfação quanto à qualidade de vida independe dele.

### *Enfrentamento focalizado na emoção*

Este tipo de enfrentamento mostrou uma correlação negativa com a qualidade em seus aspectos físico, psicológico, relações sociais e otimismo, sem mostrar correlação com o aspecto meio ambiente. Estes dados indicam que quanto maior a satisfação com a qualidade de vida, nesses aspectos, há uma utilização menor deste tipo de enfrentamento.

### *Busca de religiosidade/ pensamento fantasioso*

Observa-se uma correlação negativa entre este tipo de enfrentamento e a satisfação com a qualidade, em seu domínio físico e de relações sociais, indicando que quanto menor a satisfação com a qualidade de vida nestes aspectos, maior se mostra a utilização desse tipo de estratégia de enfrentamento.

### *Busca de suporte social*

Apenas no que se refere à qualidade no aspecto relativo às relações sociais se estabeleceu uma correlação positiva, mostrando que quanto maior a satisfação em termos de relações sociais, maior é a busca de suporte social.

Estas análises mostram que a utilização do enfrentamento focalizado no problema parece não ter relação com a qualidade de vida das pessoas, diferente da utilização do enfrentamento focalizado na emoção, que parece ser mais utilizado quando a qualidade de vida se apresenta insatisfatória.

No que se refere à busca de religiosidade/ pensamento fantasioso, parece ser mais utilizada quando há maior insatisfação no domínio físico e de relações sociais. Talvez a frustração, ao não encontrar melhores condições, nesses dois aspectos, origine a busca de um amparo na prática da religião e na fuga da situação, por meio de pensamentos fantasiosos.

A busca de suporte social foi mais utilizada por pessoas que apresentavam maior satisfação diante de suas relações sociais, indicando que talvez, ao encontrar relações sociais satisfatórias, haja um estímulo para a utilização desse tipo de estratégia, podendo ocorrer esta relação no sentido contrário também.

### 5.7. Análises de Regressão Linear Múltipla

A seguir serão relatados os resultados encontrados nas análises de regressão múltipla, conduzidas com o objetivo de verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas, médico-clínicas, vivência de estigma, enfrentamento, qualidade de vida e seus possíveis determinantes.

Foram escolhidos alguns dos resultados obtidos, para este relato, baseando-se nos critérios de maior significância estatística e poder de explicação para a variância dos diversos fatores envolvidos.

#### 5.7.1. Preditores do Estigma

No que se refere ao *estigma personalizado*, o enfrentamento focalizado na emoção e o menor nível escolar (fundamental incompleto), explicaram 49,7% da variância do escore (tabela 8).

**Tabela 8: Resultado da análise de regressão linear múltipla para o estigma personalizado**

Fatores Preditores	$\beta$	$\beta$ Padronizado	Erro Padrão	$p$
Enfrentamento Focalizado na Emoção	.695	.777	.102	.000
Fundamental Incompleto	-.384	-.244	.180	.039

$F=23,198$ ;  $p=.000$

Estes resultados são condizentes com os resultados anteriormente encontrados, para o enfrentamento na análise das correlações, confirmando mais uma vez a hipótese inicial. Assim, pessoas que utilizam mais o enfrentamento focalizado na emoção parecem sentir mais o estigma personalizado. Já no que diz respeito à escolaridade, os resultados são discordantes dos anteriormente descritos, pois seria esperado que pessoas de escolaridade menor vivenciassem maior estigmatização, já que detêm menor poder de informação.

O estigma voltado para a *revelação* também se relacionou a uma maior utilização do enfrentamento focalizado na emoção, tendo como preditores esse tipo de estratégia e o fato de algum colega de trabalho conhecer o diagnóstico, explicando 33,8% da variância (tabela 9).

**Tabela 9: Resultado da análise de regressão linear múltipla para o estigma revelação.**

Fatores Preditores	$\beta$	$\beta$ Padronizado	Erro Padrão	$p$
Enfrentamento Focalizado na Emoção	.448	.506	.075	.000
Colega de trabalho sabe	-.364	-.201	.154	.020

$F=26,280$ ;  $p=.000$

Assim, a revelação da condição de soropositividade parece também ter uma relação direta com o enfrentamento focalizado na emoção, sendo que o fato de algum colega de trabalho saber a respeito parece relacionar-se a uma menor vivência deste tipo de estigma. Considerando-se que os colegas de trabalho talvez sejam os menos requisitados ou que sejam requisitados após os familiares e amigos, pode-se refletir que se eles chegam a ser escolhidos para a revelação do diagnóstico, existe uma menor vivência do estigma. Concluindo-se que aqueles que vivenciam uma maior estigmatização, por parte de sua família e amigos, talvez não cheguem a contar para pessoas mais distantes, como o colega de trabalho.

Buscando-se os preditores para o estigma relativo à *auto-imagem negativa*, encontrou-se o enfrentamento focalizado na emoção como responsável por 34,6% da variância (Tabela 10).

**Tabela 10: Resultado da análise de regressão linear múltipla para o estigma auto-imagem negativa.**

Fatores Preditores	$\beta$	$\beta$ Padronizado	Erro Padrão	$p$
Enfrentamento Focalizado na Emoção	.449	.589	.062	.000

$F=51,925$ ;  $p=.000$

Este dado também confirma os anteriores, sendo que para o estigma relativo às *atitudes públicas* ele se repete, encontrando-se o enfrentamento focalizado na emoção como responsável por 44,2% da variância (Tabela 11).

**Tabela 11: Resultado da análise de regressão linear múltipla para o estigma atitudes públicas.**

Fatores Preditores	$\beta$	$\beta$ Padronizado	Erro Padrão	$p$
Enfrentamento Focalizado na Emoção	.522	.669	.059	.000

$F=79,529$ ;  $p=.000$

Realizando-se o mesmo procedimento com o *índice geral de estigmatização*, o fato do colega de trabalho conhecer a situação surge, novamente, como fator preditor somando-se ao enfrentamento focalizado na emoção, sendo essas duas variáveis responsáveis por 49,9% da variância (Tabela 12).

**Tabela 12: Resultado da análise de regressão linear múltipla para o estigma geral.**

Fatores Preditores	$\beta$	$\beta$ Padronizado	Erro Padrão	$p$
Enfrentamento Focalizado na Emoção	.450	.651	.051	.000
Colega de trabalho sabe	-.232	-.165	.104	.028

$F=50,298$ ;  $p=.000$

### 5.7.2. Preditores do Enfrentamento

Para o enfrentamento focalizado no problema, encontraram-se três fatores preditores, responsáveis por 23,2% da variância: o estigma revelação, a qualidade de vida no domínio psicológico e o fato de tomar a medicação corretamente (Tabela 13).

**Tabela 13: Resultado da análise de regressão linear múltipla para o enfrentamento focalizado no problema.**

Fatores Preditores	$\beta$	$\beta$ Padronizado	Erro Padrão	$p$
Estigma Revelação	.355	.446	.083	.000
Qualidade – Psicológico	.270	.329	.086	.002
Toma medicação corretamente	.242	.214	.115	.039

$F=8,841$ ;  $p=.000$

Assim, observa-se que as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema seriam mais utilizadas por aqueles que sofrem uma maior

estigmatização relativa à revelação, que vivenciam uma maior qualidade no que se refere ao aspecto psicológico e que tomam a medicação de maneira correta. Para estes dados pode-se considerar que o estigma revelação estaria mais propenso ao controle por parte da pessoa estigmatizada, já que depende dela, na maior parte do tempo, revelar ou não a sua condição, constituindo-se numa forma de enfrentar focalizada no problema, em que existe o planejamento da ação mais adequada. Uma maior satisfação quanto à qualidade no aspecto psicológico pode ser interpretada como um maior suporte emocional, originando a possibilidade para maior utilização do enfrentamento focalizado no problema e, por último, o fato de tomar a medicação de maneira correta é mesmo uma forma de enfrentar a soropositividade focalizando-se no problema, já que constitui uma maneira de tomar as devidas providências diante do adoecimento.

Para o *enfrentamento focalizado na emoção*, as variáveis preditivas encontradas foram o índice de estigmatização geral e a qualidade de vida em seu aspecto físico, sendo essas variáveis responsáveis por 49,2% da variância (Tabela 14).

**Tabela 14: Resultado da análise de regressão linear múltipla para o enfrentamento focalizado na emoção.**

Fatores Preditores	$\beta$	$\beta$ Padronizado	Erro Padrão	$p$
Estigma Geral	.967	.668	.106	.000
Qualidade – Físico	-.136	-.138	.072	.062

$F=48,944$ ;  $p=.000$

A partir destes dados, observa-se novamente a relação direta entre o enfrentamento focalizado na emoção, a qualidade de vida referente ao aspecto físico e a vivência do estigma, confirmando os resultados anteriores. Pessoas que apresentam uma maior vivência de estigma associada a uma menor satisfação com a sua qualidade de vida no domínio físico estariam mais propensas à utilização do enfrentamento focalizado na emoção.

No que se refere à busca de religiosidade/ pensamento fantasioso, encontraram-se como preditores o estigma revelação e o fato de trabalhar em

ações voltadas para a soropositividade (militância), sendo responsáveis por 17,9% da variância (Tabela 15).

**Tabela 15: Resultado da análise de regressão linear múltipla para o enfrentamento busca de religiosidade / pensamento fantasioso.**

Fatores Preditores	$\beta$	$\beta$ Padronizado	Erro Padrão	$p$
Estigma Revelação	.335	.293	.108	.003
Militância	-.440	-.266	.156	.006

$F=11,656$ ;  $p=.000$

Estes resultados também confirmam os anteriores e indicam que pessoas que vivenciam maior estigma voltado para a revelação e não militam na causa estariam adotando mais o enfrentamento focalizado na religiosidade e o pensamento fantasioso.

Realizando o mesmo procedimento para o enfrentamento voltado para a *busca de suporte social*, encontraram-se como preditores a qualidade de vida relativa às relações sociais, o fato de trabalhar e tomar a medicação de maneira correta e o gênero feminino, sendo responsáveis por 42% da variância (Tabela 16).

**Tabela 16: Resultado da análise de regressão linear múltipla para o enfrentamento busca de suporte social.**

Fatores Preditores	$\beta$	$\beta$ Padronizado	Erro Padrão	$p$
Qualidade – Relações Sociais	.685	.575	.150	.000
Trabalha	-.1,017	-.380	.334	.004
Toma a medicação corretamente	.718	.304	.274	.012
Gênero feminino	.784	.322	.299	.012

$F=9,132$ ;  $p=.000$

Estes resultados mostram que pessoas que têm uma maior satisfação em termos de qualidade de vida no domínio relações sociais, aquelas que tomam a medicação corretamente e as mulheres, estariam utilizando mais esse tipo de enfrentamento, sendo que aqueles que trabalham o utilizariam menos.

### 5.7.3. Preditores da Qualidade de Vida

No que se refere à qualidade de vida no *domínio físico*, encontraram-se os preditores escolaridade (ensino médio completo) e o enfrentamento focalizado na emoção, sendo responsáveis por 17,4% da variância (Tabela 17).

**Tabela 17: Resultado da análise de regressão linear múltipla para a qualidade de vida no domínio físico.**

Fatores Preditores	$\beta$	$\beta$ Padronizado	Erro Padrão	$p$
Ensino Médio Completo	.581	.343	.230	.015
Enfrentamento Focalizado na Emoção	-.233	-.275	.115	.050

$F=5,744$ ;  $p=.000$

Estes dados mostram que aqueles que têm a escolaridade média completa têm também uma maior satisfação em termos de qualidade de vida no aspecto físico, e aqueles que utilizam mais o enfrentamento focalizado na emoção tenderiam a uma menor satisfação em termos deste tipo de qualidade de vida, levando a considerar que a piora no quadro físico se encontra associada ao enfrentamento focalizado na emoção.

Para a qualidade de vida no *domínio psicológico*, os dados obtidos não foram considerados relevantes do ponto de vista estatístico.

No que se refere à qualidade de vida relativa ao *domínio relações sociais*, encontraram-se como preditores responsáveis por 40,3% da variância: o fato de ter uma atividade profissional, o enfrentamento voltado para a busca de suporte social e o gênero feminino (Tabela 18).

Analisando estes dados, pode-se associar aqueles que têm uma atividade profissional, que buscam enfrentar a situação a partir do suporte social a uma maior satisfação neste domínio da qualidade de vida, e as mulheres, a uma menor satisfação nesse aspecto, apesar delas terem se destacando no enfrentamento voltado para o suporte social nos dados anteriores, o que pode significar que, apesar de buscar mais esse tipo de enfrentamento, não se sentem satisfeitas com o resultado obtido.

**Tabela 18: Resultado da análise de regressão linear múltipla para a qualidade de vida no domínio relações sociais.**

Fatores Preditores	$\beta$	$\beta$ Padronizado	Erro Padrão	$p$
Trabalha	.971	.431	.276	.001
Enfrentamento - Busca de Suporte Social	.452	.538	.101	.000
Gênero feminino	-.610	-.298	.247	.018

$F=11,143$ ;  $p=.000$

Para a qualidade de vida, no *domínio meio ambiente*, encontraram-se como preditores o fato de ter uma orientação sexual homossexual, o enfrentamento voltado para a busca de suporte social e o fato de ter uma atividade profissional, sendo responsáveis por 26,6% da variância (Tabela 19).

**Tabela 19: Resultado da análise de regressão linear múltipla para a qualidade de vida no domínio meio ambiente.**

Fatores Preditores	$\beta$	$\beta$ Padronizado	Erro Padrão	$p$
Orientação Sexual – Homossexual	1,170	.356	.423	.008
Enfrentamento – Busca de Suporte Social	.230	.403	.076	.004
Trabalha	.439	.287	.204	.037

$F=6,423$ ;  $p=.000$

Estes dados mostram que pessoas com orientação sexual homossexual, que buscam o suporte social como forma de enfrentamento e que têm uma atividade profissional, estariam mais satisfeitas com sua qualidade de vida no aspecto meio ambiente.

Considerando-se que o domínio meio ambiente agrupa questões voltadas para a satisfação com aspectos econômicos e atividades de lazer, e que entre os 21 participantes que se definiram como homossexuais apenas 2 têm filhos, pode-se pensar que estes participantes possuem uma situação vantajada em termos econômicos, já que não necessitam responsabilizar-se pelo sustento de filhos. Além disso, a maior busca pelo suporte social também pode originar atividades de lazer diversificadas, originando satisfação neste domínio. Por último, o fato de ter uma atividade profissional, provavelmente, origina uma melhor situação

econômica, lazer mais satisfatório e maior satisfação no que se refere à qualidade de vida no domínio meio ambiente.

No que se refere à qualidade de vida no *domínio otimismo*, encontrou-se o estigma geral como preditor, responsável por 13,2% da variância (Tabela 20).

**Tabela 20: Resultado da análise de regressão linear múltipla para a qualidade de vida no domínio otimismo.**

Fator Preditor	$\beta$	$\beta$ Padronizado	Erro Padrão	<b>P</b>
Estigma Geral	-.479	-.375	.120	.000

*F=15,864; p=.000*

Assim, pessoas que apresentam menor índice de estigma geral, tenderiam a apresentar maior satisfação em termos da qualidade de vida referente ao otimismo. Este dado revela como pessoas que se sentem estigmatizadas tendem a vivenciar maior pessimismo e sentimentos negativos, diante do seu dia-a-dia e do futuro.

## ***CAPÍTULO VI***

### ***DISCUSSÃO***

O capítulo de discussão foi organizado na forma de tópicos, seguindo a mesma ordem na qual foram abordados os resultados da pesquisa, realizando um paralelo destes com o corpo teórico abordado nos capítulos iniciais. Num primeiro momento, são discutidos os resultados referentes à caracterização sociodemográfica e médico-clínica, passando à vivência do estigma, enfrentamento e qualidade de vida. Finalizando, serão abordados os resultados referentes às provas estatísticas realizadas, com o intuito de delinear prováveis relações de causalidade entre as variáveis estudadas.

#### ***6.1. Caracterização sociodemográfica e médico-clínica***

A caracterização sociodemográfica da amostra refletiu o caminho que a epidemia tem tomado, nos últimos anos, no Brasil. Assim, as dificuldades econômicas, a carência em termos de escolaridade e de trabalho, têm sido ressaltadas, tanto pelos estudos epidemiológicos como pelas pesquisas mais recentes a respeito do tema (Ministério da Saúde, 2004; Bastos e Swarcwald, 2000).

Para Bastos e Swarcwald (2000), as áreas mais pobres são as mais vulneráveis à infecção e também à realização de diagnósticos tardios, cujas conseqüências diminuem em muito a possibilidade de tratamento médico adequado.

A carência econômica observada na maioria dos participantes, associada à falta de perspectivas profissionais e nível de instrução rudimentar constitui um quadro que não é exclusivo da população soropositiva, mas uma dificuldade nacional. Assim, o fato de ter uma doença crônica soma-se às dificuldades já vivenciadas por esta população.

O crescimento da epidemia nas mulheres, a partir do ano de 1993, e em pessoas heterossexuais (Ministério da Saúde, 2002) também pôde observar-se na constituição da amostra, em que há um maior número de pessoas que se

definiram como “heterossexuais”. A amostra foi escolhida de modo a comportar o mesmo número de homens e mulheres e, apesar do término da coleta, com a amostra feminina, ter ocorrido mais tarde do que com a amostra masculina, isto não se deveu à falta de mulheres nos locais de realização da pesquisa, mas à sua resistência diante da participação.

A situação familiar dos participantes revelou que uma minoria se encontrava convivendo com um(a) parceiro(a), apesar de que a maioria tinha um filho ou mais de um, que em 2 casos também eram soropositivos. Diante destes dados, supõe-se que a paternidade, e principalmente a maternidade, eram vivenciadas de maneira solitária, sem a ajuda de um parceiro na divisão das responsabilidades decorrentes da criação dos filhos.

A ocorrência de casais sorodiscordantes, ou seja, em que apenas um dos parceiros é soropositivo, também foi observada, e se trata de uma tendência atual, descrita no estudo de Seidl (2001) que, somada às características já descritas, levam a cogitar a importância de trabalhar na assistência aos grupos familiares e não somente no acompanhamento individualizado.

O tempo decorrido desde o diagnóstico mostrou-se diversificado e a maioria dos participantes sabia de sua condição a partir de 1996, período em que se iniciou a distribuição gratuita da medicação anti-retroviral e que se constitui num marco na história da epidemia no país. A partir desta prática, possibilitou-se uma melhor qualidade de vida e maior tempo de sobrevida, caracterizando-se a AIDS como uma doença crônica.

Este dado, somado à caracterização da amostra quanto à ocorrência de infecções oportunistas e hospitalizações, mostra que, apesar de ainda não existir uma aderência adequada ao tratamento, a possibilidade de se vislumbrar uma melhoria do quadro sintomático e do tempo de sobrevida já é uma realidade palpável para esta população.

Assim, apesar da maioria dos participantes utilizar a medicação anti-retroviral, uma parcela significativa referiu interrupção da terapia medicamentosa. Os efeitos colaterais, assim como depressão e dificuldades com a rotina

necessária para a administração da medicação constituíram os principais motivos para as interrupções.

Um dos mais recentes efeitos colaterais observados tem sido a Lipodistrofia, que modifica a aparência física, prejudicando a auto-imagem e dando a possibilidade de visibilidade ao problema (Seidl, 2001).

O esquema de medicação exige uma alimentação adequada e respeito aos horários estabelecidos para sua administração; demandas difíceis de cumprir por uma população que não conta com a possibilidade de alimentação nem com o discernimento adequado para lidar com esquemas de horários mais rígidos, aumentando a ocorrência de “esquecimentos” e de efeitos colaterais que poderiam atenuar-se ao ingerir a alimentação adequada.

Pessoas que têm um maior suporte social têm mostrado maior facilidade para enfrentar as dificuldades decorrentes da adesão ao tratamento (Remor, 2002) e isso pode relacionar-se à “depressão” de alguns participantes, enfatizada como motivo para a interrupção do tratamento, fato que também pode relacionar-se à vivência da estigmatização.

Revelar o diagnóstico a pessoas que não faziam parte da equipe médica foi um comportamento freqüente entre os participantes, principalmente às pessoas da família, parceiros amorosos e profissionais de entidades freqüentadas. Este dado deve ser analisado de maneira mais detalhada ao abordar o aspecto da vivência do estigma.

## **6.2. Vivência do Estigma**

Os resultados mostraram a vivência da estigmatização por parte dos participantes, principalmente no que diz respeito à revelação do diagnóstico. Apesar da maioria dos participantes ter compartilhado sua situação com pessoas próximas, o estigma diante da revelação mostrou-se presente, fazendo parte do dia-a-dia destas pessoas.

Sob a perspectiva delineada por Crocker e colaboradores (1998) a respeito das características básicas para a compreensão de um estigma, pode-se definir o percurso do “tornar-se soropositivo” a partir da visibilidade e da possibilidade de controle.

Quanto à visibilidade do estigma, tratando-se de soropositividade, existem momentos em que é possível uma menor visibilidade e outros em que isso se torna mais difícil, principalmente nos estágios mais avançados da sintomatologia. A revelação do diagnóstico ocorre, geralmente, diante de pessoas nas quais se deposita maior confiança e, muitas vezes, após longo tempo de observação das opiniões que essas pessoas têm sobre o assunto. Como foi enfatizado por vários participantes, mesmo assim, corre-se o risco de que essas pessoas nas quais se confiou contem a outras, desencadeando um processo que já tinha sido descrito por Goffman (1975), em que uma constante desconfiança do meio externo se torna presente.

Algumas das dificuldades relativas à interrupção da medicação podem decorrer do esforço por encobrir a condição estigmatizante. Para aqueles que não contam com um amplo repertório de “desculpas”, pode tornar-se difícil tomar a medicação ao se encontrarem em locais públicos, achando que serão “descobertos” se o fizerem. Também o fenômeno da lipodistrofia pode ser de mais difícil aceitação, ao surgir como uma “marca visível” do problema.

A possibilidade de controle seria fonte para grande parte da estigmatização que se observa em relação às pessoas soropositivas, já que se trata de uma condição que é tida, por muitos, como o resultado de uma conduta que poderia ter-se evitado. Isso origina sentimentos de culpa que se mostraram presentes neste estudo, tanto em termos de vivência do estigma, como na escolha de estratégias de enfrentamento.

Desde as primeiras abordagens do conceito (Goffman, 1975), até as mais recentes (Berger e colaboradores, 2001), relacionou-se a vivência de estigma à construção de uma auto-imagem desvalorizada. Entretanto, os resultados obtidos nesta pesquisa evidenciaram uma menor dificuldade nesse aspecto, ao compará-lo com os demais aspectos abordados pela escala de vivência de estigma. Isso

pode se constituir numa maneira mais adequada de enfrentar a situação, em que prevaleçam bons pensamentos a respeito de si mesmo, colocando a responsabilidade pela desvalorização no meio externo e não em si.

Também pode ser entendido como uma maneira de valorizar a sua vivência, categorizando-se como fazendo parte de um grupo melhor do que o alheio (de soronegativos, neste caso), estruturando uma identidade social valorizada diante do meio externo (Tajfel & Turner, 1979). A constituição de uma identidade valorizada e a atribuição da culpa pela discriminação àquele que discrimina e não a si próprio constituem algumas das estratégias de enfrentamento para o estigma, encontradas por Major e O'Brien (2004) na literatura sobre o assunto.

Todas as pessoas que participaram desta pesquisa participavam de grupos de pessoas soropositivas, nos quais havia a oportunidade de estruturar uma identidade grupal, positiva e valorizada; talvez isso tenha influenciado neste resultado. Inclusive, como já citado, a presença de "militantes", assumindo lideranças e mostrando um perfil bastante diferenciado em termos de vivência de estigma, também foi uma das características dessa amostra. O nível de informação e o desenvolvimento de uma postura mais ativa diante da soropositividade parecem ser características que facilitaram a menor vivência de estigma por parte dos "militantes".

Entretanto, não se deve esquecer que um dos motivos dados para a interrupção da medicação foi o "sentir-se deprimido", que confirma o estudo de Fleishman e Fogel (1994), associando a depressão a grupos minoritários e a um enfrentamento negativo da situação.

Para as mulheres, a vivência do estigma mostrou-se mais significativa do que para os homens, evidenciando mais dificuldades ao se sentirem aceitas em seu dia-a-dia. Numa tentativa de interpretação para este resultado, deve-se lembrar que no universo feminino a soropositividade ainda é uma realidade que se refere a "outro tipo de pessoas", em vista da predominância de associações entre AIDS e promiscuidade / homossexualismo (Parker & Galvão, 1996). Alguns autores, como O'Leary e Cheney (1993), relatam em seus estudos que as

mulheres não solicitam o uso do preservativo em relações estáveis, contraindo o vírus a partir destes parceiros e passando a conhecer o diagnóstico somente a partir de algum sintoma, tendo um filho com problemas de saúde decorrentes da soropositividade ou enviuvando. Ou seja, o momento do diagnóstico vem associado a outras perdas substanciais, sem considerar-se a opressão à qual estão sujeitas nas camadas mais empobrecidas, que as torna mais vulneráveis às ameaças do meio externo (Parker & Camargo Jr., 2000). O estudo conduzido por Tunala (2000), mostra a grande preocupação das mulheres com a possibilidade de rejeição a partir da soropositividade, além de ficar evidente a solidão ao cuidar de seus filhos, deixando seu cuidado em segundo plano e buscando o tratamento somente nos momentos de maior debilidade.

As pessoas com filhos também mostraram maior vivência de estigma. Associando-se o fato de ter filhos a uma situação econômica mais difícil, é provável que estas pessoas sintam menos poder diante dos valores que o meio externo lhes apresenta. Nos estudos de Link e Phelan (2001) a quantidade de estigma que uma pessoa experimenta encontra-se vinculada à relação de poder existente entre ela e os grupos e indivíduos que a estigmatizam, sendo que quanto menor o poder experimentado, maior será a vivência da estigmatização.

Quanto à relação entre o tempo decorrido desde o diagnóstico e a vivência do estigma, observou-se uma maior estigmatização em pessoas com diagnóstico mais recente, sugerindo que o menor tempo decorrido desde o diagnóstico pode estar associado a uma menor aprendizagem sobre o como lidar com a situação nova, confirmando a hipótese inicial. Entretanto, observou-se que o grupo de pessoas com tempo decorrido do diagnóstico igual ou maior a 10 anos, apesar de não ter médias tão altas como aquele de diagnóstico mais recente, obteve maior índice de estigmatização do que aquele em que o tempo de diagnóstico era intermediário. Talvez isso decorra do fato de que as pessoas que tinham diagnóstico mais antigo vivenciaram uma realidade para a AIDS muito diferente daquela que se passou a vivenciar a partir da medicação anti-retroviral. Para elas, a associação do diagnóstico a estigmas seria mais evidente.

### **6.3. Enfrentamento**

Para esta amostra, as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema foram as mais utilizadas, sendo que as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção foram menos utilizadas. Isso, a princípio revela que se trata de uma amostra que estaria tomando as devidas providências no que se refere ao enfrentamento da soropositividade; entretanto, é preciso detalhar melhor estes dados.

O enfrentamento focalizado no problema foi associado por Folkman e Lazarus (1980) a situações passíveis de modificação, enquanto a focalização na emoção foi relacionada a situações avaliadas como inalteráveis. Neste estudo, o controle da sintomatologia, a partir da medicação anti-retroviral, pode ter atuado estimulando um enfrentamento mais prático.

Observou-se também uma simultaneidade na utilização dos diversos tipos de enfrentamento, sem confirmar os resultados que relacionavam inversamente o enfrentamento focalizado no problema e o enfrentamento focalizado na emoção em pesquisas anteriores (Seidl, 2001).

As diferenças na utilização dos diversos tipos de enfrentamento, excluindo o enfrentamento focalizado no problema, foram evidentes entre homens e mulheres. A utilização maior, por parte das mulheres do enfrentamento focalizado na emoção, da busca de suporte social e da busca de religiosidade / pensamento fantasioso não deve ser analisada sem considerar-se a discussão realizada em termos de vivência de estigma.

De maneira geral, as mulheres se mostraram mais vulneráveis aos efeitos da estigmatização, permitindo a associação da maior utilização do enfrentamento focalizado na emoção ao estresse desencadeado pela vivência do estigma. Nesse tipo de enfrentamento prevalecem as descargas emocionais, ações paliativas ou de afastamento diante da fonte de estresse, assim como sentimentos de culpa e comportamento de culpar o outro (Folkman & Moscovitz, 2004) que condizem com a postura mais dependente do meio externo, tanto no aspecto econômico como emocional, descritas anteriormente para a população feminina. A focalização na emoção, leva a se considerar que, para estas participantes, sua

situação de estigmatização se configura como um evento que foge à possibilidade de controle por parte delas, além de confirmar a hipótese inicial desta pesquisa. A busca de religiosidade / pensamento fantasioso também pode ser interpretada da mesma maneira. Finalmente, a maior busca de suporte social, teria sua origem na vivência de maior rejeição e conseqüente carência em termos de relações sociais gratificantes. A desconfiança em relação a pessoas desconhecidas pôde ser observada a partir do maior nível de resistência à pesquisa, talvez decorrente do sentimento de exclusão e da necessidade de maior segurança ao relacionar-se. Assim, a busca de suporte social parece ocorrer diante de pessoas conhecidas, que não ofereçam maior risco em termos de discriminação, e não de estranhos, como no caso de um pesquisador.

As pessoas com filhos mostraram maior utilização do enfrentamento focalizado na emoção e da busca de religiosidade/ pensamento fantasioso. Considerando-se que estas pessoas enfrentam maiores dificuldades econômicas, compreende-se este resultado a partir da noção de que a avaliação do problema pode desencadear o sentimento de pouco ou nenhum controle, como ocorre no resultado anterior, em relação ao gênero feminino.

A busca de suporte social e o enfrentamento focalizado no problema foram mais comuns no grupo de pessoas separadas, divorciadas e viúvas. Quanto ao suporte social, trata-se de algo esperado, já que são pessoas que provavelmente sentem mais a solidão e têm mais vontade de conhecer novas pessoas ou estar em contato mais freqüente com pessoas conhecidas. A maior busca do enfrentamento focalizado no problema talvez decorra do fato destas pessoas se sentirem mais amparadas pelas relações sociais que constroem a partir da busca de suporte social, vivenciando menor estigmatização.

Os resultados associando a escolaridade ao tipo de enfrentamento não permitem uma conclusão significativa, talvez pelo fato da amostra não ser uniforme nesse aspecto.

As pessoas que militam na causa destacaram-se, utilizando menos o enfrentamento focalizado na emoção e a busca de religiosidade/ pensamento fantasioso. Torna-se necessário relembrar o resultado obtido em termos de

vivência de estigma para esses mesmos participantes. Trata-se de pessoas que também apresentaram menor grau de estigmatização, confirmando a hipótese inicial, mais uma vez.

Entretanto, a busca de religiosidade/ pensamento fantasioso deve considerar-se num sentido mais amplo do que aquele abordado pela escala, incluindo o fomento da solidariedade (Folkman & Moscovitz 2004). Sendo assim, as pessoas que desenvolviam trabalhos relativos à soropositividade, estariam exercendo a religiosidade neste sentido, mais positivo, que não foi avaliado pela escala utilizada.

#### **6.4. Qualidade de Vida**

No que diz respeito à qualidade de vida, a situação econômica da amostra parece ter influenciado os resultados, já que na dimensão meio ambiente ocorreu o maior nível de insatisfação. Apesar desse dado, na dimensão otimismo observou-se o maior índice de satisfação, que pode facilitar o enfrentamento, já que se trata da vivência de emoções positivas, mesmo diante das dificuldades, o que para Folkman e Moscovitz (2004) constitui um campo promissor para futuras pesquisas.

As mulheres mostraram menor satisfação na dimensão psicológica e na dimensão das relações sociais, confirmando o quadro delineado nos resultados anteriores. Assim, observando-se que elas vivenciaram maior estigmatização, é natural que se sintam pouco satisfeitas no que diz respeito a esses dois aspectos da qualidade de vida, ficando claro que, apesar de buscarem mais o suporte social, não se sentem satisfeitas com o resultado encontrado.

Pessoas com filhos apresentaram maior insatisfação quanto às dimensões psicológica, relações sociais, meio ambiente e otimismo. Lembrando que estas pessoas também sentiram maior grau de estigmatização e mostraram uma maior utilização do enfrentamento focalizado na emoção e da busca de religiosidade/ pensamento fantasioso pode-se vislumbrar a abrangência que os efeitos da escassez de recursos econômicos e da vivência do estigma têm na vida das pessoas.

Os participantes solteiros, separados e viúvos mostraram-se mais satisfeitos com a dimensão relações sociais, resultado condizente com a maior utilização da busca de suporte social como estratégia de enfrentamento, só que, diferente das mulheres, estas pessoas ao buscarem mais o suporte social, sentem-se mais satisfeitas nas relações que estabelecem.

Quanto à relação do nível escolar à satisfação em termos de qualidade de vida, não se encontraram dados que possibilitem conclusões pertinentes, sendo prematuro realizá-las. Talvez estes resultados decorram das grandes diferenças do número de participantes encontrados em cada grupo.

Para aqueles que trabalhavam com ações voltadas para a soropositividade, os resultados em torno da dimensão psicológica, de relações sociais e de otimismo, mostram uma maior satisfação nessas esferas, confirmando os resultados abordados nas seções anteriores.

As pessoas que relataram a ocorrência de internamentos e de infecções oportunistas, também avaliaram a sua qualidade de vida como menos satisfatória no que se refere à dimensão física e psicológica; resultados que são esperados, já que se trata do adoecimento e de um comprometimento concreto da dimensão física, assim como se entende que considerando o ser humano como um todo, é natural que o adoecimento, o desenvolvimento da sintomatologia, relembre a possibilidade de morte e influencie o aspecto psicológico.

Os resultados em termos de qualidade de vida mostram que ela deve mesmo ser associada à vivência de estigmas, ao se tratar de pessoas soropositivas, como proposto por Galvão e colaboradores (2004). Além disso, visualiza-se que a qualidade de vida prévia à soropositividade também pode estar atuando como um facilitador ou como um entrave para a maneira de enfrentar tanto o estigma como a soropositividade.

### **6.5. Configurando relações entre as variáveis**

Os resultados encontrados nas correlações e nas regressões confirmam as análises anteriores. Assim, o a vivência do estigma pôde associar-se diretamente

à escolha por determinadas formas de enfrentamento, que por sua vez, se relacionam à avaliação da qualidade de vida.

O enfrentamento focalizado no problema foi mais utilizado por aqueles que vivenciavam mais o estigma relativo à revelação, mostrando a possibilidade de relacionar a teoria sobre estigma (Crocker e colaboradores, 1998; Goffman, 1975) à teoria sobre enfrentamento (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman & Moskowitz, 2004). Na primeira, se destaca que a possibilidade de revelar ou não a condição estigmatizante é algo que pode ser controlado, e isso pode relacionar-se a um enfrentamento focalizado no problema, já que se trata de uma tomada de providências, de ter um maior controle sobre a situação.

Como preditores do enfrentamento focalizado no problema encontraram-se tanto o estigma revelação como a qualidade de vida no domínio psicológico e a tomada de medicação corretamente. Isso mostra a importância dos fatores psicológicos para que possa ocorrer um enfrentamento mais positivo da situação, dado que já tinha sido observado nos estudos de Seidl (2001), Miller e Kaiser (2001) e Fleishman e Fogel (1994). Além disso, evidencia-se como a insatisfação no domínio psicológico pode associar-se à maior vivência do estigma. A tomada de medicação corretamente, sem dúvida, constitui-se num enfrentamento focalizado no problema.

O enfrentamento focalizado na emoção relacionou-se de forma direta à vivência de estigma em todas as subescalas, ocorrendo associado à busca de religiosidade / pensamento fantasioso. A primeira associação confirma a hipótese inicial deste estudo, e o surgimento da busca de religiosidade / pensamento fantasioso parece complementá-la. Deve-se sinalizar aqui, entretanto, que a perspectiva adotada na escala utilizada para a avaliação da religiosidade não inclui a posição recente adotada por Folkman e Moskowitz (2004) no que se refere a este fator.

Como preditores para o enfrentamento focalizado na emoção, observou-se a vivência do estigma, que confirma a hipótese inicial, e a maior insatisfação com a qualidade de vida no domínio físico, que traz à esfera do enfrentamento da

soropositividade a questão puramente orgânica, que também faz parte do dia-a-dia desta população.

A busca de religiosidade / pensamento fantasioso, além de relacionar-se diretamente à vivência do estigma, teve como preditores o estigma revelação e, numa relação inversa, a militância. Esses dados mostram a confirmação dos demais dados relativos ao aspecto da militância, abrindo a possibilidade para outros estudos no sentido de ampliar o conhecimento a respeito da busca de informação como uma estratégia de enfrentamento.

Como preditores para a busca de suporte social, encontraram-se a qualidade de vida no domínio das relações sociais, a administração correta da medicação, o gênero feminino e, numa relação inversa, o fato de ter uma atividade profissional. Essas relações eram esperadas, já que a satisfação diante desse aspecto da qualidade de vida pode originar uma maior procura do suporte social, possibilitada pela maior segurança nos relacionamentos estabelecidos. A relação suporte social e adesão ao tratamento também tinha sido observada por Remor (2002), assim como a busca de suporte social pelas mulheres surge novamente. Quanto ao fato de trabalhar e buscar menos o suporte social, seria interessante pesquisar mais a este respeito.

A avaliação da qualidade de vida em seus diversos domínios relacionou-se diretamente à vivência de estigma. Assim, um maior grau de estigmatização significou uma maior insatisfação com a qualidade de vida, confirmando estudos realizados neste sentido (Crocker e colaboradores, 1998; Galvão e colaboradores, 2004).

Relacionando o enfrentamento à qualidade de vida, não foram encontradas relações significativas no que se refere ao enfrentamento focalizado no problema. Quanto ao enfrentamento focalizado na emoção, observou-se a relação de maneira inversa aos domínios físico, psicológico, relações sociais e otimismo, mostrando uma maior utilização desse tipo de enfrentamento a partir das dificuldades encontradas no dia-a-dia, desde a vivência de um maior otimismo às dificuldades econômicas e materiais. A busca de religiosidade/ pensamento fantasioso pareceu ser mais utilizada no momento em que existia uma maior

insatisfação nos domínios físico e de relações sociais, podendo ser entendida como uma maneira de encontrar o apoio necessário para lidar com as dificuldades encontradas em termos de socialização e comprometimento da saúde orgânica. Quanto à busca de suporte social, ao relacionar-se diretamente ao domínio das relações sociais, confirmou o esperado, por se tratar de fatores muito próximos.

Analisando-se os encontrados preditores para a qualidade de vida no domínio físico, observa-se uma confirmação dos dados anteriores, relacionando de forma direta a maior insatisfação nessa área e o enfrentamento focalizado na emoção. O fato de pessoas com o ensino médio completo sentirem uma maior satisfação, deve ser mais estudado, já que a amostra tão diferente em termos de escolaridade, não possibilita conclusões mais precisas.

O fato de ter uma atividade profissional, utilizar mais a busca de suporte social e o gênero feminino, como preditores para a qualidade de vida no domínio relações sociais, confirmou as análises já descritas, evidenciando-se, mais uma vez, as dificuldades encontradas pelas mulheres nesse aspecto.

Para a dimensão meio ambiente, a qualidade de vida pôde ser explicada a partir da orientação sexual homossexual, da busca de suporte social e do fato de ter uma atividade profissional; que também confirmam os dados anteriores, já que se trata de pessoas que na maior parte não contam com a necessidade de sustento econômico para filhos (no caso dos participantes homossexuais), a partir da busca de suporte social e da atividade profissional podem encontrar maiores oportunidades de lazer e de segurança econômica.

Em termos de otimismo, como preditor surgiu o estigma geral, mostrando um menor otimismo ao se vivenciar maior estigmatização. Este dado é fundamental ao considerar-se que formas mais ativas de enfrentamento das situações de estresse encontram-se relacionadas à vivência de sentimentos positivos (Folkman & Moskowitz, 2004).

## ***CAPÍTULO VII***

### ***CONSIDERAÇÕES FINAIS***

O estudo retratou a forma de enfrentar, a vivência da estigmatização e a avaliação da qualidade de vida em pessoas que convivem com a soropositividade; e também relacionou esses conceitos.

Como já era esperado, trata-se de conceitos que, na maior parte do tempo, não permitem relações de precisa causalidade, por influenciarem-se de maneira recíproca e contínua.

As hipóteses referentes à maior utilização do enfrentamento focalizado na emoção e busca de religiosidade / pensamento fantasioso por pessoas que apresentam uma maior vivência de estigma foram confirmadas. Também se confirmou a hipótese que correlacionava o fato de ter um maior nível de informação a uma menor vivência de estigma e a uma menor utilização do enfrentamento focalizado na emoção; assim como a hipótese que relacionava a menor satisfação referente à qualidade de vida à maior vivência do estigma e à maior utilização do enfrentamento focalizado na emoção e a hipótese que relacionava a maior vivência de estigma e a maior utilização do enfrentamento focalizado na emoção a um período mais curto desde a situação diagnóstica.

Os instrumentos utilizados supriram os objetivos do trabalho, entretanto, a partir dos resultados, observa-se a necessidade da construção de uma escala para o enfrentamento que esteja mais de acordo aos novos rumos que essa área de conhecimentos propõe, principalmente no que se refere à mensuração de sentimentos positivos, à busca de informação como forma de enfrentar e à ampliação do que é considerado como busca de religiosidade, que pode comportar um número maior de atitudes e ações do que as propostas pela escala. Estudos qualitativos poderiam facilitar a ampliação dos fatores propostos pela escala que foi utilizada e a conseqüente construção de um instrumento mais abrangente.

De um modo geral, o material escrito e a necessidade de leitura dificultaram a concretização da pesquisa como tinha sido planejada. Para os participantes que

não operacionalizavam a leitura foi necessário fazer a aplicação dos instrumentos a partir da leitura das questões, necessitando explicar o vocabulário também. Assim, torna-se cada vez mais necessária a construção de instrumentos que facilitem a participação de pessoas de menor nível de instrução.

Os resultados ressaltaram o efeito benéfico que a militância propicia no enfrentamento da soropositividade, vislumbrando-se que a possibilidade de maior informação facilita a construção de uma postura mais ativa diante do problema e menos dependente do meio estigmatizante. Essa constatação, além de sinalizar a necessidade de estudos que caracterizem de modo mais preciso o processo da militância e o seu efeito na vida das pessoas soropositivas, confirmaram os resultados encontrados em estudos relativos ao enfrentamento de estigmas e discriminação e a hipótese inicial deste estudo.

Observou-se no grupo feminino uma maior utilização do enfrentamento focalizado na emoção, busca de religiosidade/ pensamento fantasioso, associada à maior vivência de estigma, além de menor satisfação referente à qualidade de vida. Estes dados confirmam as hipóteses iniciais, referentes à relação vivência de estigma - enfrentamento – qualidade de vida. Também se observou a insatisfação diante das relações sociais, apesar da maior busca por este tipo de apoio.

Ao longo de toda a pesquisa, desde a coleta de dados à análise dos resultados, constatou-se como a população feminina soropositiva se encontrava em condições mais difíceis do que a masculina, mostrando maior vulnerabilidade e a vivência de amplas dificuldades. Lembrando que, em muitas ocasiões, estas mulheres são únicas responsáveis pela criação dos filhos, vislumbra-se como isto pode comprometer as gerações futuras, tanto no sentido mais prático, impossibilitando a escolarização e obtenção de condições econômicas que permitam uma melhor qualidade de vida; como no sentido psicológico, já que estas cuidadoras, impossibilitadas de harmonizar-se emocionalmente, apresentariam menos recursos facilitadores do desenvolvimento psicológico adequado de sua prole.

Por outro lado, apesar do perfil da epidemia ter se modificado e das campanhas relativas à prevenção focalizando esse dado, ainda se associa a

transmissão do HIV a pessoas que pertenceriam aos tão difundidos “grupos de risco”. Disso pode decorrer que as mulheres ainda não se sintam passíveis de infectar-se e, quando isto ocorre, seja mais difícil a aceitação de sua condição. Não se deve esquecer, também, que além do fato de infectar-se, em muitas ocasiões as mulheres devem enfrentar a separação, a viuvez, a soropositividade de filhos recém-nascidos e a morte desses, necessitando enfrentar essas perdas adicionais.

Trabalhos focalizando os grupos familiares tornam-se cada vez mais importantes, tanto com o objetivo de maior prevenção, como no acompanhamento das dificuldades que surgem após o diagnóstico. A concretização de grupos familiares que sejam verdadeiras fontes de suporte social ainda não é uma realidade abrangente quando se trata da infecção HIV/AIDS.

A ampla utilização do enfrentamento focalizado no problema, independente da vivência do estigma, não era esperada a partir das hipóteses iniciais; entretanto, revela como a possibilidade de maior controle da situação, a partir da terapia anti-retroviral, pode propiciar o enfrentamento mais prático, dado que encontra respaldo na literatura. Este resultado também sinaliza como a AIDS tem ocupado o lugar de doença crônica, para a qual existe a possibilidade de controle; diferente do lugar que ocupava no início da epidemia, quando se tratava de uma situação irreparável, que favorecia a maior utilização do enfrentamento focalizado na emoção.

Os efeitos positivos da distribuição gratuita da medicação anti-retroviral também foram evidenciados, percebendo-se que hoje a soropositividade não é uma condição que, necessariamente, invalide a vida das pessoas. A melhoria no quadro sintomático e o aumento do tempo de sobrevivência podem considerar-se como uma realidade. Entretanto, ainda existem grandes desafios para o enfrentamento da epidemia, que dizem respeito às dificuldades que a população brasileira como um todo enfrenta, tais como o desemprego, a carência em termos de escolarização e todos os prejuízos decorrentes desses dois fatores. Diagnósticos mais rápidos, a adesão ao tratamento e a diminuição da transmissão vertical encontram-se diretamente relacionados a esses aspectos.

A estigmatização da população soropositiva também se encontra relacionada à falta de informação; tornando-se cada vez mais necessárias, campanhas que propiciem a diluição dos estereótipos negativos na população como um todo, o que facilitaria a prevenção, a busca pelo diagnóstico, a adesão ao tratamento e a vivência da soropositividade, lembrando que as dificuldades no enfrentamento, em grande parte, decorrem da estigmatização vivenciada a partir do diagnóstico.

Retomando o estudo realizado por Ulla e Remor (2002), em que se considera que um pior estado de ânimo, um maior nível de estresse e estratégias de enfrentamento menos ativas se relacionam a uma progressão mais rápida do vírus no organismo; fica bastante claro o papel negativo que o processo de estigmatização pode desempenhar na vida dos portadores do HIV.

Finalmente, considera-se que, a partir dos resultados obtidos, o estudo pode colaborar, tanto com pesquisas futuras, como no sentido de abrir novos caminhos no atendimento às pessoas soropositivas.

## **REFERÊNCIAS**

- ANGERAMI-CAMON, V. (1996). **O Doente, a Psicologia e o Hospital**. S.Paulo: Pioneira.
- ANTONIAZZI, A.S., DELL'AGLIO, D.D. & BANDEIRA, D.R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, 3(2), 273-294.
- BASTOS, F.I. & SZWARCOWALD, C.L. (2000). AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, 16(Sup.1): 65-76.
- BERER, M.(1993). **La Mujer y el VIH / SIDA**. Londres: Bath Press.
- BERGER, B.E., FERRANS, C.E. & LASHLEY, F.R. (2001). Measuring Stigma in People With HIV: Psychometric Assessment of HIV Stigma Scale. **Research in Nursing & Health**, 24, 518-529.
- CARDOSO, G.C.P. (2002). **Representações Sociais da Soropositividade: Um estudo a partir das práticas de adesão a tratamento**. Dissertação de mestrado em saúde coletiva, UFRJ, Rio de Janeiro.
- COLE, S.W., KEMENY, M.E. & TAYLOR, S.E. (1997). Social Identity and Physical Health: Accelerated HIV Progression in Rejection- Sensitive Gay Man. **Journal of Personality and Social Psychology**. 72:320-35.
- COSE, E. (1993). **Rage of a privileged class**. New York: Harper Collins.
- CROCKER, J., MAJOR, B. & STEELE, C. Social Stigma. In GILBERT, D., FISKE, S. & LINDSEY, G. (1998). **The handbook of social psychology**. Boston, Ma: McGraw-Hill.
- CROCKER, J. VOELKL, K. TESTA, M. & MAJOR, B. (1991). Social stigma: The affective consequences of attributional ambiguity. **Journal of Personality and Social Psychology**. 60, p.218-228.
- DANIEL, H. & PARKER, R. (1991). **AIDS: A Terceira Epidemia**. São Paulo: Iglu.
- DE BRUYN, T. (1999). **HIV / AIDS and discrimination 2. Stigma and discrimination: definitions and concepts**. Ottawa: Canadian HIV / AIDS Legal Network and the Canadian AIDS Society.
- DEUTSCH, M. & KRAUSS, R.M.(1974). **Teorías en Psicología Social**. Buenos Aires: Paidós.

- DUNBAR, H.T., MUELLER, C.W., MEDINA, C. & WOLF, T.(1998). Psychological and spiritual growth in women living with HIV. **Social Work**, 43, 144-154.
- FLEISHMAN, J.A. & FOGEL, B. (1994). Coping and depressive symptoms among people with AIDS. **Health Psychology**, 13, 156-169.
- FLECK, M.P.de A., LEAL, O.F., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., et al.(1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 21 (1).
- FOLKMAN, S. & LAZARUS, R.S. (1980). An analysis of coping un middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, 21, 219-239.
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R.S., GRUEN, R.J. & DELONGIS, A. (1986). Appraisal, Coping, Helth Status, and Psychological Symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 50, N.3, 571-579.
- FOLKMAN, S. & MOSKOWITZ, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. **Annual Review of Psychology**, 55: 745-74.
- GALVÃO, M.T.G, CERQUEIRA, A.T.A.R. & MARCONDES-MACHADO, J.(2004). Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(2), 430-437, Rio de Janeiro.
- GIMENES, M.M.G. (1997). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psico-oncologia. Em GIMENES, M.G.G. & FÁVERO, M.H. (org.). **A Mulher e o Câncer** (pp.111-147). Campinas: Psy.
- GIMENES, M.G.G. & QUEIROZ, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em GIMENES, M.G.G. & FÁVERO, M.H. (org.). **A Mulher e o Câncer** (pp.171-195). Campinas: Psy.
- GOFFMAN, E. (1975). **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar.
- GUIMARÃES, K. (1996). Nas Raízes do Silêncio: A Representação Cultural da Sexualidade Feminina e a Prevenção do HIV / AIDS. Em PARKER, R. & GALVÃO, J. (org.). **Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil**. (pp.89-113). Rio de Janeiro: Reluma Dumurá / ABIA / IMS – UERJ.
- GUIMARÃES, R. & MORANDO, L. (org.).(1998). **AIDS: Olhares Plurais**. Belo Horizonte: BISA.
- LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S.(1984). **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer.

- LAZARUS, R.S. (1993). From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. **Annual Psychological Review**, 44, 1-21.
- LESERMAN, J., PERKINS, D.O. & EVANS, D.L. (1992). Coping with the threat of AIDS: The role of social support. **American Journal of Psychiatry**, 149, 1514-1520.
- LINK, B.G. & PHELAN, J.C. (2001) Conceptualizing Stigma. **Annual Review of Sociology**, 27, 363-85.
- MAJOR, B.N. & O'BRIEN, L. (2005). The Social Psychology of Stigma. **Annual Review of Psychology**, 56:15.1-15.29.
- MAJOR, B., QUINTON, W.J., McCOY, S.K. & SCHMADER, T. (2000). Reducing Prejudice: The Target's Perspective. OSKAMP, S. (ed). **Reducing Prejudice and Discrimination**. Cap.10, Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- MILLER, C.T. & KAISER, C.R. (2001) A Theoretical Perspective on Coping With Stigma. **Journal of Social Issues**, vol.57, nº.1, 73-92.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (2002). **Boletim Epidemiológico: AIDS**. Ano XV, nº 2. Brasília, DF.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (2004). **Boletim Epidemiológico: AIDS e DST**. Ano I, nº 1. Brasília, DF.
- MORALES, J.F. (coord.). (1994). **Psicologia Social**. Madrid: Mc Graw – Hill.
- O'LEARY, S. & CHENEY, B. (1993). **A Tripla Ameaça: Mulheres e AIDS: Dossiê Panos**. Rio de Janeiro: ABIA.
- OYSERMAN, D. & SWIM, J.K.(2001). Stigma: An Insider's View. **Journal of Social Issues**, vol.57, nº1, 1-14.
- PARKER, R. & AGGLETON, P. (2001). **Estigma, Discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA.
- PARKER, R. & CAMARGO Jr., K.R. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, 16(Sup.1):89-102.
- PARKER, R. & GALVÃO, J. (org.). (1996). **Quebrando o Silêncio; mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Reluma Dumurá / ABIA / IMS – UERJ.
- PEREIRA, M.E. (2002). **Psicologia Social dos Estereótipos**. São Paulo: EPU.

- PINEL, E. (1999). Stigma consciousness. The psychological legacy of social stereotypes. **Journal of Personality and Social Psychology**, 76, 114-128.
- REMOR, E.A. (2002). Aspectos Psicossociais na Era dos Novos Tratamentos da AIDS. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Vol. 18, 283-287.
- SEIDL, E.M.F. (2001). **Pessoas que Vivem com HIV / AIDS: Configurando Relações entre Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida**. Tese de doutorado em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- SEIDL, E.M.F., TROCOLI, B.T. & ZANNON, C.M.L.C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Vol.17, n.3, 225-234.
- SEIDL, E.M.F. & ZANNON, C.M.L.C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(2): 580-588.
- SILVA, C.L.C. (1998). ONG's/AIDS, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. **Cadernos de Saúde Pública**, 14(Sup.2):129-139.
- STEELE, C. & ARONSON, J. (1995). Stereotype threat and intellectual test performance of African Americans. **Journal of Personality and Social psychology**, 69, 797-811.
- TAPP, J.T. (1985). Multisystem holistic model of health, stress and coping. FIELD, T.M., McCABE, P.M. & SCHENEIDERMAN (Eds.). **Stress and coping**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates
- TAJFEL, H. & TURNER, J.C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. Em W.G. AUSTIN e S.G. WORCHWL (Eds.). **The social psychology of intergroup relations** (p.33-47). Monterey, CA: Brooks / Cole.
- THE WHOQOL GROUP. (1994). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc.Sci.Med.**; 41: 1403-10.
- TUNALA, L.G. (2002). Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV. **Revista de Saúde Pública**, 36(4 Supl): 24-31.
- ULLA, S. & REMOR, E.A. (2002). Psiconeuroimunologia e Infecção por HIV: Realidade ou Ficção? **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 15(1),113-119.
- VAILLANT, G.E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. **Journal of Abnormal Psychology**, 103, 44-50.

- VITALIANO, 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.
- WEITEN, W. (2002). **Introdução à Psicologia: Temas e Variações**. São Paulo:  
Pioneira.
- ZEIDNER, M. & ENDLER, N.S. (1996). **Handbook of Coping**. New York: Wiley.

**ANEXO A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Gostaríamos de saber algumas informações sobre você. Por favor, marque com um X a alternativa que se aplica a você.

1. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

2. Data da nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Escolaridade:

( ) 1º grau incompleto

( ) 1º grau completo

( ) 2º grau incompleto

( ) 2º grau completo

( ) Superior incompleto

( ) Superior completo

4. Situação conjugal atual:

( ) Convive com esposo(a) ou companheiro(a)

( ) Solteiro(a)

( ) Separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)

5. Você tem filhos? ( ) Não ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_

6. Você tem ou teve outra pessoa soropositiva na família? (Marque as alternativas que se aplicam a você)

( ) Não

( ) Sim. Qual o grau de parentesco? \_\_\_\_\_

7. Qual a sua situação quanto ao emprego?

( ) Trabalho em emprego fixo, com todos os direitos trabalhistas

( ) Trabalho em emprego fixo, sem direitos trabalhistas

( ) Trabalho por conta própria regularmente

( ) Trabalho por conta própria às vezes

( ) Estou desempregado(a) / não estou trabalhando

( ) Nunca trabalhei

( ) Estou aposentado

( ) Tenho benefício continuado

( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

8. Você gostaria de acrescentar alguma informação ou fazer algum comentário? \_\_\_\_\_

Muito obrigada pela sua colaboração!

**ANEXO B - QUESTIONÁRIO MÉDICO CLÍNICO**

Agora, pedimos que você responda a algumas perguntas sobre o seu tratamento e sobre a descoberta da soropositividade. Lembramos que o sigilo sobre as informações prestadas por você está assegurado.

1. Em que ano você teve conhecimento do diagnóstico de soropositividade para o HIV? \_\_\_\_\_
  
2. Você já foi internado(a) devido a problemas de saúde decorrentes do HIV?  
 Sim. Quantas vezes? \_\_\_\_\_ vez(es)  
 Não.  
 Não sei
  
3. Você já teve infecções oportunistas?  
 Não     Sim     Não sei
  
4. Sem contar com os profissionais de saúde, quantas pessoas sabem que você é soropositivo(a)?  
 Nenhuma, não contei a ninguém  
 1 a 5 pessoas  
 6 a 15 pessoas  
 16 a 30 pessoas  
 Mais de 30 pessoas
  
5. Essas pessoas que sabem sobre sua soropositividade são:  
 Esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)  
 Seu(s) filho(s)  
 Sua mãe e/ou seu pai  
 Outra(s) pessoa(s) da família  
 Amigo(s)  
 Pessoa(s) do trabalho  
 Vizinho(s)  
 Pessoa(s) da entidade ou instituição que frequento (Igreja, ONG, outra)  
 Outra pessoa. Qual? \_\_\_\_\_
  
6. No momento, você está tomando medicamentos antiretrovirais?  
 Não, nunca tomei pois o médico não receitou  
 Não, nunca tomei apesar do médico já ter receitado  
 Não, já tomei mas no momento não estou tomando  
 Sim, tomo  
 Outra: \_\_\_\_\_
  
7. Se você está tomando antiretrovirais, em algum momento anterior você já interrompeu o seu tratamento com esses medicamentos?  
 Não  
 Sim. Por que? \_\_\_\_\_

8. Se você está tomando antiretrovirais, assinale a situação que expressa melhor a maneira como você usa os medicamentos antiretrovirais, no momento atual.

Tomo corretamente como foi orientado pelo médico

Tomo quase corretamente, pois às vezes deixo de tomar ou atraso o horário dos remédios.

Não estou tomando corretamente, pois muitas vezes deixo de tomar ou atraso o horário dos remédios

Não estou tomando corretamente, pois freqüentemente deixo de tomar ou atraso o horário dos remédios

9. Para finalizar este questionário, você se incomodaria de nos informar sobre sua orientação sexual?

Sou heterossexual

Sou homossexual

Sou bissexual

Sou transexual

Não quero informar sobre isto

10. Você quer acrescentar alguma informação ou fazer algum comentário sobre o seu tratamento ou sobre a sua orientação sexual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Taxas de linfócitos CD4/CD8: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Carga Viral: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

***ANEXO C - ESCALA DE ESTIGMATIZAÇÃO PARA PORTADORES DO HIV***

Este estudo é sobre alguns dos aspectos sociais e emocionais da vida dos portadores do HIV.

Você deve assinalar o número que corresponde melhor ao que você sente. Caso você concorde totalmente com a frase, você assinalará com um "X" o número 4, caso você discorde totalmente da frase, você assinalará o número 1. Se sua opinião é diferente dessas duas opções, marque 2 ou 3, conforme ela seja.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é o que você acha que combina mais com seus sentimentos. Se você quiser, sinta-se à vontade para acrescentar qualquer observação ou comentário, à medida em que for respondendo as perguntas. Por favor, esforce-se para responder cada uma das perguntas da melhor forma possível, sem deixar nenhuma em branco.

O primeiro grupo de perguntas trata das suas experiências, sensações e opiniões sobre como as pessoas com o HIV se sentem e sobre como elas são tratadas.

Muito obrigada pela sua colaboração!

1	2	3	4	
Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	
01) Em muitos setores da minha vida, ninguém sabe que eu tenho o HIV.	1	2	3	4
02) Eu me sinto culpado por ter o HIV.	1	2	3	4
03) As atitudes das pessoas em relação ao HIV fazem com que eu me sinta pior comigo mesmo.	1	2	3	4
04) Dizer a alguém que eu tenho o HIV é um risco.	1	2	3	4
05) As pessoas que têm o HIV perdem o emprego quando os patrões descobrem.	1	2	3	4
06) Eu me esforço muito para que as pessoas não saibam que eu tenho o HIV.	1	2	3	4
07) Eu não me sinto uma pessoa tão boa quanto as outras, porque eu tenho o HIV.	1	2	3	4
08) Eu nunca tenho vergonha de ter o HIV.	1	2	3	4
09) Pessoas que têm o HIV são tratadas como pessoas excluídas.	1	2	3	4
10) A maioria das pessoas acredita que alguém que tem o HIV é promíscuo.	1	2	3	4
11) É mais fácil evitar novas amizades do que ficar me preocupando em dizer a alguém que eu tenho o HIV.	1	2	3	4
12) Ter o HIV faz com que eu me sinta sujo(a).	1	2	3	4
13) Desde que eu soube que tinha o HIV, eu me sinto isolado(a) e excluído(a) do resto do mundo.	1	2	3	4
14) A maioria das pessoas acha que uma pessoa que tem o HIV é nojenta.	1	2	3	4
15) Ter o HIV faz com que eu me sinta um pessoa ruim.	1	2	3	4
16) A maioria das pessoas que têm o HIV é rejeitada quando as outras pessoas descobrem.	1	2	3	4
17) Eu tomo bastante cuidado ao decidir a quem eu digo que tenho o HIV.	1	2	3	4
18) Algumas pessoas que sabem que eu tenho o HIV se distanciaram de mim.	1	2	3	4
19) Desde que eu soube que tinha o HIV, eu fico preocupado(a) se as pessoas vão me discriminar.	1	2	3	4
20) A maioria das pessoas se sente desconfortável quando está com alguém que tem o HIV.	1	2	3	4
21) Eu nunca sinto a necessidade de esconder o fato de que eu tenho o HIV.	1	2	3	4

22) Eu fico achando que as pessoas podem me julgar quando elas sabem que eu tenho o HIV.	1	2	3	4
23) Ter o HIV em meu corpo me causa nojo.	1	2	3	4

Muitas das afirmações abaixo partem da hipótese de que você já contou a outras pessoas que você é portador(a) do HIV ou que outras pessoas já sabem disso. Pode ser que este não seja o seu caso. Mesmo assim, se a afirmação relatar fatos ou situações que não aconteceram em sua vida, pedimos que você tente se imaginar nessas situações e dê a sua opinião, baseada em como você acha que se sentiria ou como você acha que as pessoas reagiriam nas situações descritas.

Lembre-se, a forma de marcação das respostas continua igual à anterior:

1	2	3	4
Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

24) Eu me sinto magoado(a) pela maneira como as pessoas reagiram quando souberam que eu tinha o HIV.	1	2	3	4
25) Eu fico preocupado(a) com o fato de que as pessoas que sabem que eu tenho HIV possam contar a outras pessoas.	1	2	3	4
26) Eu me arrependo de ter contado a algumas pessoas que eu tenho o HIV.	1	2	3	4
27) De forma geral, contar a outras pessoas que eu tenho o HIV foi um erro.	1	2	3	4
28) Algumas pessoas evitam me tocar quando sabem que eu tenho o HIV.	1	2	3	4
29) As pessoas que eu considero importantes para mim pararam de me ligar depois que souberam que eu tenho o HIV.	1	2	3	4
30) As pessoas me disseram que eu mereci ter adquirido o HIV por causa do modo como eu estava vivendo minha vida.	1	2	3	4
31) Algumas pessoas próximas a mim temem que elas sejam rejeitadas se todos ficarem sabendo que eu tenho o HIV.	1	2	3	4
32) As pessoas não querem que eu tenha contato com seus filhos ou filhas depois que elas sabem que eu tenho o HIV.	1	2	3	4
33) As pessoas evitam contato físico comigo depois que sabem que eu tenho o HIV.	1	2	3	4

34) Algumas pessoas agem como se eu fosse culpado(a) por ter o HIV.	1	2	3	4
35) Eu parei de me encontrar com algumas pessoas por causa da reação delas ao fato de eu ter o HIV.	1	2	3	4
36) Eu perdi amigos quando contei para eles que eu tinha o HIV.	1	2	3	4
37) Eu pedi às pessoas próximas a mim que não contassem a ninguém que eu tenho o HIV.	1	2	3	4
38) As pessoas que sabem que eu tenho o HIV têm a tendência de ignorar minhas qualidades.	1	2	3	4
39) As pessoas sentem medo de mim quando sabem que eu tenho o HIV.	1	2	3	4
40) Quando alguém sabe que você tem o HIV, procura defeitos em seu caráter.	1	2	3	4

## **ANEXO D - ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS EMEP**

### Instruções:

As pessoas reagem de maneiras diferentes a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua soropositividade, nesse momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar essa condição, no momento atual.

Veja um exemplo:

Eu estou buscando ajuda de um profissional para enfrentar o meu problema de saúde.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2,3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Muito obrigada pela sua participação!

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

01) Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
02) Eu me culpo.	1	2	3	4	5
03) Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	1	2	3	4	5
04) Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	1	2	3	4	5
05) Procuro um culpado para a situação.	1	2	3	4	5
06) Espero que um milagre aconteça.	1	2	3	4	5
07) Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	1	2	3	4	5
08) Eu rezo / oro.	1	2	3	4	5
09) Converso com alguém sobre como estou me sentindo.	1	2	3	4	5
10) Eu insisto e luto pelo que quero.	1	2	3	4	5
11) Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.	1	2	3	4	5
12) Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	1	2	3	4	5
13) Desconto em outras pessoas.	1	2	3	4	5
14) Encontro diferentes soluções para o meu problema.	1	2	3	4	5
15) Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	1	2	3	4	5
16) Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	1	2	3	4	5
17) Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	1	2	3	4	5
18) Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.	1	2	3	4	5
19) Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	1	2	3	4	5
20) Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.	1	2	3	4	5
21) Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.	1	2	3	4	5
22) Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5	
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre	
23) Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	1	2	3	4	5
24) Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.	1	2	3	4	5
25) Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	1	2	3	4	5
26) Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que eu estou.	1	2	3	4	5
27) Tento esquecer o problema todo.	1	2	3	4	5
28) Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	1	2	3	4	5
29) Eu culpo os outros.	1	2	3	4	5
30) Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	1	2	3	4	5
31) Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
32) Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha própria idéia.	1	2	3	4	5
33) Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	1	2	3	4	5
34) Procuro me afastar das pessoas em geral.	1	2	3	4	5
35) Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	1	2	3	4	5
36) Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	1	2	3	4	5
37) Descubro quem mais é ou foi o responsável.	1	2	3	4	5
38) Penso em coisas fantásticas ou irrealis (como vingança ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	1	2	3	4	5
39) Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	1	2	3	4	5
40) Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	1	2	3	4	5
41) Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.	1	2	3	4	5
42) Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.	1	2	3	4	5
43) Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	1	2	3	4	5
44) Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	1	2	3	4	5
45) Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.	1	2	3	4	5

- Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com essa dificuldade ou problema?

---

---

Favor verificar se todos os itens foram preenchidos.

Muito obrigada pela sua colaboração!

### **ANEXO E - WHOQOL – bref**

#### **Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito satisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos?)	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas?)	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o *quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas “*extremamente*”, coloque um círculo no número abaixo de “*extremamente*”. Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de “*nada*”. Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre “*nada*” e “*extremamente*”, você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F6.6 O quanto você se valoriza?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**ANEXO F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Salvador, de de

Prezado Senhor(a),

Estamos estudando como as pessoas portadoras do HIV/AIDS estão convivendo com a soropositividade, como elas enfrentam esta condição e como percebem o contato com as pessoas soronegativas. Os resultados desta pesquisa poderão ser úteis na melhoria da assistência prestada a pessoas soropositivas. A pesquisa está sendo realizada pela psicóloga Dafne Andrea Suit, aluna do mestrado em Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

Este é um convite para que o(a) senhor(a) participe deste trabalho, respondendo aos questionários que fazem parte do estudo. A sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo em qualquer momento, se assim o desejar. O sigilo sobre as informações fornecidas e o anonimato dos participantes estão garantidos.

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o(a) senhor(a) e outra com a pesquisadora.

O contato com a pesquisadora, caso seja necessário, poderá ocorrer através do e-mail: [dafnesuit@hotmail.com](mailto:dafnesuit@hotmail.com).

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

Atenciosamente,  
Dafne Andrea Suit

Sim, aceito participar deste estudo.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)