

VIVÊNCIA DE ESTIGMA E ENFRENTAMENTO EM PESSOAS QUE CONVIVEM COM O HIV ¹

Dafne Suit
Marcos Emanuel Pereira

Resumo: Buscou-se com este estudo ampliar a compreensão da vivência da soropositividade a partir do diagnóstico dos portadores, identificando as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas soropositivas adultas, correlacionando-as com a percepção que esta população tem sobre sua estigmatização. 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 da Escala de Estigmatização para Portadores do HIV e Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). Foram realizadas análises estatísticas descritivas e correlações entre as variáveis. 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 prática religiosa/pensamento fantasioso e busca de suporte social. Pessoas que trabalham diretamente com ações voltadas para a soropositividade destacaram-se do restante da amostra, apresentando uma menor vivência de estigma e menor utilização do enfrentamento focalizado na emoção. Conclui-se que as pessoas que convivem com a soropositividade, 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. Enfrentamento. Estigma.

1 Esse artigo foi baseado na dissertação de mestrado *Pessoas convivendo com o HIV: construindo relações entre vivência de estigma e enfrentamento*, defendida em julho/2005, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Emanuel Pereira

Introdução

No final da década de 70 foram descritos os primeiros casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), mas somente em 1981 houve o seu reconhecimento como uma nova doença. Desde então, 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 se percebia que algumas pessoas não evidenciavam sinais de adoecimento, apesar de soropositivas ao HIV.

A partir de 1995 surgiram os primeiros medicamentos anti-retrovirais e, mesmo contando com eles, 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, como acontece em todos os processos de adoecimento.

A existência de estigmas em relação às pessoas soropositivas exerce grande peso em suas vidas, e alguns fatores podem associar-se ao processo de estigmatização, tais como o fato de ser um vírus para o qual ainda não se tem cura, que origina medo, a ainda persistente associação da infecção a comportamentos sexuais já estigmatizados antes do surgimento do vírus, a responsabilidade atribuída às pessoas que se infectam por meio do contato sexual e da utilização de drogas injetáveis e algumas crenças religiosas ou morais que levam a crer que se trata de um castigo por faltas cometidas (De Bruyn, 1999).

A questão que permeou o processo desta pesquisa foi como as pessoas passavam 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 facilitadoras de maior qualidade de vida e como o próprio tempo transcorrido desde o diagnóstico atuaria de maneira a originar uma imagem de sua situação diferenciada, facilitando comportamentos mais assertivos.

O conceito de estigma

A construção do conceito de estigma inicia-se com o trabalho do sociólogo e antropólogo Erving Goffman, na década de 60. Observa-se que nas últimas duas décadas o número de investigações sobre estigma cresceu, principalmente no âmbito da Psicologia Social (Link & Phelan, 2001). Nessa literatura fica clara a enorme variedade de motivos que favorecem a manifestação de estigmas em nossa sociedade. Sexualidade, gênero, etnia, poder econômico, são alguns, entre muitos, que hoje se associam à construção de estigmas. A sociedade e até mesmo os governos têm ocupado

o lugar de quem define regras a respeito do que se considera aceitável ou não. A subjetividade com que essas regras são estipuladas é evidente (Crocker, Major, & Steele, 1998).

Neste estudo, o estigma foi 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 de estigmatização. 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 et al., 1998; Major, Quinton, McCoy, & Schmader, 2000; Oyserman & Swim, 2001).

O estudo de Goffman (1975) deu suporte à busca de uma maior clareza para o conceito de estigma e outras pesquisas têm mostrado a importância das características de cada estigma na forma de reação das pessoas. Essas características dizem respeito à *visibilidade* e à *possibilidade de controle* (Crocker et al., 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 perceber as características que originam o estigma, as pessoas estigmatizadas passariam a pensar que suas ações são julgadas pelos outros levando o estigma em consideração.

Os estigmas não visíveis possibilitam maior controle por parte da pessoa estigmatizada. Pessoas detentoras desse tipo de estigma podem decidir quando e como revelar suas características, observando as situações e revelando-se apenas em momentos que propiciem maior segurança. Esse constante decidir origina a necessidade de observar as pessoas detalhadamente para identificar aquelas que estariam preparadas para ouvir sobre sua condição, sem julgar e/ou ameaçar. Para Goffman (1975), existe tensão nesse processo decisório, entretanto, esta seria menor devido à possibilidade de controle da situação social e da conseqüente construção de uma postura mais ativa diante da reação das pessoas.

O estigma que os portadores do HIV enfrentam é passível de ser escondido. Nos atendimentos clínicos, logo após o diagnóstico, algumas pessoas passam a imaginar que todos ao seu redor as percebem como soropositivas, surpreendendo-se ao perceber que não é assim, dependendo delas contar ou não a sua condição. Em seguida, algumas passam por um período no qual 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 essa decisão.

A *possibilidade de controle* refere-se ao nível de responsabilidade que o estigmatizado tem sobre sua condição ou o quanto a sua condição de-

pende 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.

Observa-se que pessoas soropositivas podem ser avaliadas pelas pessoas de sua convivência como mais ou menos responsáveis pela sua situação. Trabalhadores do sexo, usuários de drogas injetáveis, pessoas consideradas “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).

Segundo a teoria da identidade social de Tajfel e Turner (1979), é importante que as pessoas se sintam fazendo parte de um grupo que é valorizado socialmente. Pessoas que pertencem a um grupo (*ingroup*) tenderiam a ver o grupo alheio (*outgroup*) com características negativas ou pouco valorizadas, além de perceber os membros do próprio grupo 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 caminho inverso também acontece, e as pessoas estigmatizadas podem formar um *ingroup*, no qual se valorizam as próprias vivências, que as pessoas do *outgroup* não possuem; por essa via, percebe-se que também aqueles que formam uma minoria estigmatizada formam estigmas a respeito daqueles que não fazem parte do seu grupo.

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 a seu respeito e valorizarem-se.

As lideranças desses grupos são desempenhadas por aqueles que sobressaem em termos de facilidade de expressão e motivação (Goffman, 1975). Nota-se que muitos desses 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. Goffman (1975) considera isso como um alto grau de maturidade em relação à situação de estigmatização.

O contato com o meio externo

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, por um menor acesso a tratamento médico, a um maior cuidado e a uma alimentação adequada; como também pode ver-se afetada indiretamente, por meio 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 existência de diferenças na maneira como as pessoas vivenciam os estigmas também tem sido objeto de estudos e um dos fatores a influenciar o processo diz respeito à relação de poder existente entre a pessoa estigmatizada e os grupos ou pessoas com as quais convive. Pessoas que detêm menor poder parecem experimentar maior quantidade de estigma (Link & Phelan, 2001).

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, que não passam pelas dificuldades decorrentes daquele 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 conceito de enfrentamento

Diante de situações que são fonte de 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 esse tipo

de situação que se encontra relacionado o conceito de enfrentamento (Folkman & Moskowitz, 2004).

Na década de 60 realizaram-se diversos estudos e o conceito de enfrentamento organizou-se sob perspectivas variadas. Grande parte das pesquisas 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). Nessa 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.

Define-se o enfrentamento 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). Na literatura brasileira utiliza-se, amplamente, tanto o termo enfrentamento como a palavra inglesa *coping*, para se referir ao mesmo conceito, da mesma forma que as estratégias de enfrentamento também são nomeadas como estratégias de *coping*. Para este trabalho optou-se por utilizar o termo enfrentamento.

Folkman e Moskowitz (2004) realizaram uma retrospectiva sobre o campo de conhecimentos construído ao longo dos anos a partir da abordagem cognitiva do enfrentamento e observaram um amplo crescimento do uso do conceito. Entretanto, os mesmos autores também enfatizaram tratar-se do início de uma compreensão mais ampla. O enfrentamento é um processo complexo e dinâmico, e, para uma compreensão mais apurada, é necessário o estudo de variáveis que dizem respeito à pessoa envolvida, ao meio em que ela se desenvolve e à relação pessoa-meio.

O papel do contexto no processo do enfrentamento

A perspectiva cognitiva relaciona os conceitos de estresse e adaptação. Num primeiro momento a pessoa deve perceber a situação como fonte de estresse, para depois acessar as suas próprias possibilidades de enfrentamento. O processo do enfrentamento ocorre num contexto em que a situação é avaliada como pessoalmente significativa e penosa (Lazarus & Folkman, 1984).

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.

O grau de estresse vivenciado pelos portadores do HIV se relaciona com a avaliação que eles fazem da sua própria situação. A história pessoal, o contexto em que se encontra, são únicos, e, provavelmente, relaciona-se a um maior ou menor estresse perante a situação. A partir de procedimentos estatísticos adotados na análise fatorial, 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, como a confecção de um plano de ação ou a concentração 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. Esse 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.

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 outra pessoa pode dar na solução.

Folkman e Moskowitz (2004) ressaltam a identificação de outros tipos de estratégias de enfrentamento, tais como a busca de suporte social, de informação, religião etc., que podem atuar simultaneamente no processo de enfrentamento de uma única situação.

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 as rotinas diárias, 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 nesse tipo de enfrentamento, pois a religiosidade incluiria a vivência de espiritualidade de uma forma geral (Folkman & Moskowitz, 2004).

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 (Lazarus & Folkman, 1984).

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. Nesse sentido, Ulla e Remor (2002) descreveram 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).

Buscando uma maior compreensão das fontes de estresse em mulheres soropositivas, Tunala (2002) realizou um estudo com 150 mulheres, entrevistando-as a esse respeito e chegando à conclusão de que as fontes de estresse, para essas mulheres, eram decorrentes de questões afetivo-relacionais, que se originavam, muitas vezes, do estigma associado ao HIV.

Relacionando enfrentamento, suporte social e qualidade de vida, Seidl (2001) sugere a existência de modificações nas estratégias de enfrentamento e na adaptação à condição soropositiva, podendo, os portadores do HIV, passar a revelar sua condição a um maior número de pessoas, com o decorrer do tempo diagnóstico. Essa observação mostra como o estigma pode associar-se à maneira de enfrentar a condição de soropositividade e que, na medida em 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 desses estudos, sugere-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 esse estudo, investigaram-se relações entre os tipos de estratégia de enfrentamento adotados à vivência do estigma, configurando-se as seguintes hipóteses:

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

Contexto, participantes do estudo e instrumentos

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 ao HIV, na cidade de Salvador.

Participaram um total de 100 pessoas adultas, sendo 50 homens e 50 mulheres, com características sociodemográficas diversificadas, todas residentes no estado da Bahia, soropositivas sintomáticas e assintomáticas, que foram convidadas a participar da pesquisa de acordo com a sua maior adequação ao perfil de pessoas que se pretendia estudar.

Os instrumentos foram aplicados, invariavelmente, na seguinte sequência: 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. Para esse relato foram escolhidos os resultados obtidos em relação à vivência de estigma e ao enfrentamento, detalhando-se os aspectos referentes a esses instrumentos.

Escala de estigmatização para portadores do HIV

Trata-se de uma escala construída por Berger, Ferrans e Lashley (2001), para essa 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.

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 nessas 4 subescalas, analisou-se 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.

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, Trocoli e Zannon (2001) e que conta com 45 itens, distribuídos entre 4 fatores: enfrentamento focalizado no problema, enfrentamento focalizado na emoção, busca de prática religiosa/pensamento fantasioso e busca de suporte social. As respostas aos itens foram dadas em escala no formato Likert, de 5 pontos.

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 prática religiosa/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 re-

codificado, já que se encontra em escala inversa. Entretanto, esse 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.

Procedimentos e resultados

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 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.

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.

Após realização da análise descritiva da amostra, quanto aos dados sociodemográficos e situação médico-clínica, passou-se à análise estatística relativa aos conceitos avaliados, caracterizando-os e relacionando-os. Nesse relato, apenas os resultados referentes aos conceitos de estigma e enfrentamento serão abordados.

Vivência do estigma

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 dessas subescalas e do índice geral encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Análises descritivas da vivência de estigma

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

Esses dados mostram uma média mais elevada na subescala de revelação, percebendo-se que, para essa 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 frequente.

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 essas 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 Análises de Variância (ANOVAs), buscaram-se 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 sub-escala de estigma geral, as mulheres revelaram uma maior vivência de estigmatização ($M=2,61$) do que os homens ($M=2,37$), e essa 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 do 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 sub-escala 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.

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 encontrarse 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 soropositi-

vidade 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 $t(85.89)=3.08, p<.05$.

Esse resultado pode explicar-se a partir da necessidade que essas 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.

Enfrentamento

As estratégias de enfrentamento foram analisadas de acordo com os 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 2.

Tabela 2. Análise descritiva do enfrentamento

Enfrentamento	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
Focalizado no problema	4.15	.543	2.61	5.00
Focalizado na emoção	2.33	.805	1.00	4.80
Busca de prática religiosa/ pensamento fantasioso	3.84	.801	1.86	5.00
Busca de suporte social	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, nesse estudo, ocorreram correlações positivas entre todas as estratégias (ver Tabela 3), 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 ($t(98)=1.46, p>.1$). 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 prática religiosa 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 prática religiosa/pensamento fantasioso, para o qual também aqueles que têm filhos apresentaram maior média ($M=3.96$) do que aqueles que não têm filhos ($M=3.62$).

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 significativas, para o enfrentamento focalizado na emoção, com $t(88.40)=3.54, p<.05$, e para a busca de prática religiosa/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 prática religiosa/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 prática religiosa/pensamento fantasioso ($M=4.05$). Para as demais formas de enfrentamento não se encontraram diferenças significativas entre as médias dos grupos.

Esses resultados, de acordo com as definições das subescalas investigadas pelo instrumento utilizado, 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.

Correlações entre as variáveis em estudo

As correlações entre a vivência da estigmatização e estratégias de enfrentamento, referentes a todas as subescalas e dimensões, encontram-se na Tabela 3.

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.

Tabela 3. Correlações de Pearson entre os índices de Estigma e Enfrentamento

	Estigma Personalizado	Estigma	Estigma Auto Imagem Negativa	Estigma Atitudes Públicas	Estigma Geral	E.P.	E.E.	B.R.	B.S.S.
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 Foc. Problema (EP)	.14	.28**	.09	.24*	.22*	1.00			
Enfrentamento Foc. Emoção (EE)	.63**	.56**	.59**	.67**	.70**	.36**	1.00		
Busca de Religiosidade/ Pens. Fantástico (BR)	.19	.36**	.21*	.33*	.30**	.63**	.35**	1.00	
Busca de Suporte Social (BSS)	-.00	.09	-.00	.05	.04	.54**	.21*	.40**	1.00

* $p < .05$

** $p < .001$

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, essas indicam que quanto maior o sentimento de estigmatização derivado das atitudes públicas, maior é a busca desses tipos de enfrentamento.

Índice de estigmatização geral

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

Esses 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. O impacto da busca de maior prática religiosa e pensamento fantasioso não se distancia da hipótese, já que, também nesse caso, se trata de uma maneira de lidar com os sentimentos e emoções negativas.

A hipótese que associava negativamente o enfrentamento focalizado no problema à estigmatização não se confirma, a princípio. Mesmo apresentando maior vivência de estigma, as pessoas mostraram utilizar-se desse tipo de enfrentamento; além de não se encontrar uma relação negativa entre o enfrentamento focalizado na emoção e o focalizado no problema, evidenciando-se simultaneidade entre eles.

Considerações finais

O estudo retratou a forma de enfrentar e a vivência da estigmatização em pessoas que convivem com a soropositividade e confirmou as hipóteses referentes à maior utilização do enfrentamento focalizado na

emoção e busca de prática religiosa/pensamento fantasioso por pessoas que apresentam uma maior vivência de estigma.

A hipótese que correlacionava o fato de ter um maior grau de informação a uma menor vivência de estigma e a uma menor utilização do enfrentamento focalizado na emoção foi corroborada, assim como 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.

Como foi visto na seção de resultados, os participantes que exerciam a militância apresentaram um perfil bastante diferenciado do restante da amostra no que diz respeito à vivência de estigma e ao enfrentamento da soropositividade. A partir do efeito benéfico que a militância propicia no enfrentamento da soropositividade, vislumbra-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 sinaliza a necessidade de estudos que caracterizem de modo mais preciso o processo da militância e o seu efeito na vida das pessoas portadoras do HIV e confirmam tanto os resultados encontrados nos estudos relativos ao enfrentamento de estigmas e discriminação citados e discutidos na seção relativa aos conceitos de estigma e enfrentamento como as hipóteses iniciais desse estudo, relativas às possíveis associações entre o enfrentamento, a vivência de estigma e o grau de informação.

Observou-se no grupo feminino uma maior utilização do enfrentamento focalizado na emoção, busca de prática religiosa/pensamento fantasioso, associada à maior vivência de estigma, além de menor satisfação referente à qualidade de vida. Esses dados confirmam as hipóteses iniciais, referentes à relação vivência de estigma–enfrentamento.

É possível compreender esses resultados associando-os ao contexto da pesquisa. 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. Em muitas ocasiões as mulheres participantes eram únicas responsáveis pela criação dos filhos, vivenciando situações de extrema carência de recursos, tanto psicológicos como econômicos. Outro aspecto a se considerar é que, talvez, as mulheres ainda não se sintam vulneráveis ao HIV, e que, quando ocorre a infecção, seja mais difícil a aceitação de sua condição. Um último aspecto relaciona-se ao fato de que em muitas ocasiões as participantes relataram a vivência de situações associadas à infecção, como a separação, a viuvez, a soropositividade de filhos recém-nascidos e a morte desses, necessitando enfrentar essas perdas adicionais.

Sendo assim, 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 infec-

ção HIV/AIDS, e esse suporte parece fundamental para a concretização de um enfrentamento mais assertivo e uma menor vivência de estigma.

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 discutida inicialmente. Esse resultado também sinaliza como a AIDS passou a ocupar o lugar de doença crônica, para a qual existe a possibilidade de controle, diferente do lugar que ocupava no início da epidemia.

Como recomendação final do trabalho, salienta-se que a estigmatização da população soropositiva também se encontra relacionada à falta de informação. Isso demanda o desenvolvimento de 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, dado que as dificuldades no enfrentamento decorrem, em grande parte, da estigmatização vivenciada a partir do diagnóstico.

Experience of Stigmatization and Coping in People who live with HIV

Abstract: This study was aimed at widening the understanding of how subjects experience HIV seropositivity from its diagnosis by detecting the coping strategies used by HIV-positive adults and correlating them with that population's perception of their stigmatization. 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 the Stigmatization Scale for HIV-Positive Subjects and the Brazilian version of the Ways of Coping Scale (EMEP). Descriptive statistical analyses and correlations among variables 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. Those who work directly with seropositivity-oriented actions were shown to have lower levels of stigmatization experience and less 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.

Keywords: HIV. AIDS. Coping. Stigma.

Expérience de Stigmatisation et Affrontement pour Personnes Infectées par le VIH

Résumé: On a recherché dans cette étude, à élargir la compréhension du vécu de la séropositivité à partir de l'annonce du diagnostic, en identifiant les stratégies de lutte utilisées par des adultes séropositifs, en corrélant cette perception que les populations ont sur sa stigmatisation. On a réalisé une étude à caractère transversal, corrélational, qui se constitue dans un dessin *ex-post facto*. L'échantillon étudié a été de cinquante personnes du genre masculin et de cinquante personnes du genre féminin, résidentes dans la ville de Salvador, dans l'État de Bahia; cette étude est caractérisée et évaluée à partir de l'Échelle de Stigmatisation pour les Porteurs de HIV et l'Échelle de Modes de lutte face à ces Problèmes (EMEP). Des analyses statistiques descriptives et des corrélations entre les variables ont été réalisées. On y a trouvé une plus grande utilisation de lutte focalisée sur le problème et une utilisation moindre focalisée sur l'émotion, cette dernière étant directement liée à un plus grand vécu du stigmaté. On y a également trouvé des différences significatives entre les genres, attendu qu'on a observé, pour le genre féminin, un plus grand vécu de stigmaté, une plus grande utilisation de lutte focalisée sur l'émotion, la recherche de religiosité / la pensée fantastique et la recherche d'un support social. Les personnes qui travaillent directement avec des actions orientées vers la séropositivité se sont faites particulièrement remarquées et elles présentaient un plus grand vécu de stigmaté et une utilisation moindre de lutte focalisée sur l'émotion. Elles ont besoin d'affronter les questions relatives à la stigmatisation, ce qui peut engendrer des difficultés dans la concrétisation d'une lutte plus active dans la situation.

Mots-clés: HIV. SIDA. Coping. Stigmaté.

Experiencia de Estigmatización y Afrontamiento en Personas que Conviven con el VIH

Resumen: El objetivo de este estudio fue ampliar la comprensión de la experiencia de la seropositividad a partir del momento del diagnóstico de los individuos infectados, identificando las estrategias de afrontamiento utilizadas por personas adultas seropositivas, correlacionándolas con la percepción que estas personas presentan sobre su estigmatización. Se realizó un estudio de diseño transversal, correlacional que se constituyó en un diseño *ex-post-facto*. La muestra fue de 50 personas del género femenino y 50 personas del género masculino, residentes en la ciudad de Salvador, Bahia, caracterizadas y evaluadas a partir de la Escala de Estigmatización para Portadores del VIH y de la Escala de Estrategias de Afrontamiento de Problemas. Se realizó análisis estadístico descriptivo y correlaciones entre las variables.

Fue encontrado un uso más común del afrontamiento centrado en el problema y un menor uso del afrontamiento centrado en la emoción, con este último directamente relacionado a una mayor experiencia de estigmatización. También se encontraron diferencias significativas entre los géneros: en el género femenino se observó una mayor experiencia de estigmatización, una mayor utilización de afrontamiento centrado en la emoción, búsqueda de práctica religiosa/pensamiento fantasioso y búsqueda de apoyo social. Las personas que trabajan en actividades relativas a la seropositividad se destacaron en relación al resto de la muestra, presentando una menor experiencia de estigma y un menor uso de afrontamiento centrado en la emoción. Se concluye que las personas seropositivas, además de tener que afrontar su condición somática, deben afrontar el estigma, lo que puede causar dificultades en el logro de una confrontación más activa de la situación.

Palabras clave: VIH. SIDA. Enfrentamiento. Estigma.

Referências

- 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.
- 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.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S. Fiske & G. Lindzey, *The handbook of social psychology* (pp.504-553). Boston: McGraw-Hill.
- 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.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a 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, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, (55), 745-74.
- Gimenes, M. G. G., & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp. 171-195). Campinas, SP: Psy.
- Goffman, E. (1975). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- 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. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (cap. 10), Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Oyserman, D., & Swim, J. K. (2001). Stigma: An insider's view. *Journal of Social Issues*, 57(1), 1-14.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2001). *Estigma, discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Seidl, E. M. F. (2001). *Pessoas que vivem com HIV / AIDS: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- 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*, 17(3), 225-234.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. G. Worchwl (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-47). Monterey, CA: Brooks.
- 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.
- 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.

Dafne Suit, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Bahia.
Endereço para correspondência: Rua da Brisa, 42, ap. 601, Pituba, Salvador,
Bahia – CEP 41.927-450. Endereço eletrônico: dafnesuit@hotmail.com

Marcos Emanuel Pereira, Professor adjunto da Universidade Federal da Bahia,
Endereço para correspondência: Estrada de São Lázaro, s/n, Federação, CEP 40000-
000, Salvador (BA).

Recebido em: 23/09/2007

Aceito em: 24/03/2008
