



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA**

LIDIANE BARBOSA GENUINO

***COPING EM PARCEIRO SOROPOSITIVO: UMA VISÃO
DESENVOLVIMENTISTA E PSICOSSOCIAL***

**CAMPINA GRANDE
2022**

LIDIANE BARBOSA GENUINO

***COPING EM PARCEIRO SOROPOSITIVO: UMA VISÃO
DESENVOLVIMENTISTA E PSICOSSOCIAL***

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de graduada em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros

**CAMPINA GRANDE
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

G341c Genuino, Lidiane Barbosa.
Coping em parceiro soropositivo [manuscrito] : uma visão desenvolvimentista e psicossocial / Lidiane Barbosa Genuino. - 2022.
36 p. : il. colorido.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2022.
"Orientação : Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros , Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."
1. Coping. 2. Soropositividade. 3. Estado emocional. 4. HIV. I. Título

21. ed. CDD 152.4

LIDIANE BARBOSA GENUINO

COPING EM PARCEIRO SOROPOSITIVO: UMA VISÃO DESENVOLVIMENTISTA E
PSICOSSOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado ao Departamento do Curso de
Psicologia da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do
título de graduada em Psicologia.

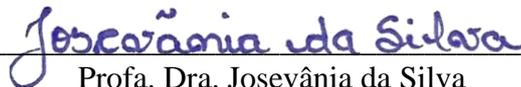
Área de concentração: Psicologia da Saúde

Aprovada em: 02/08/2022.

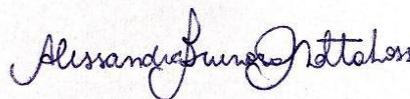
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Josevânia da Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta Loss
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Aos meus pais, por todo amor, cuidado e
confiança, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À Deus, meu refúgio e fortaleza, por me inspirar em todos os momentos ao longo dessa caminhada, concedendo ânimo, disposição e coragem para o enfrentamento das mais diversas dificuldades e desafios que surgiram.

À Maria Das Dores Barbosa Genuino e Antônio Genuino (*in memoriam*) pelo amor incondicional que sempre demonstraram e por acreditarem nos meus sonhos, hoje ele é real e também é de vocês.

Aos meus irmãos Geane, Rejane, Reginaldo e Ednaldo pela dádiva de termos aprendido juntos a sermos os melhores irmãos uns para os outros. Agradeço pela vida de cada um de vocês e por todas as palavras positivas de incentivo e esperança.

À Leandro Paulino de Oliveira, meu amor e melhor amigo, pelo apoio incomensurável, por não ter soltado a minha mão nos momentos de crise, por ter compreendido minhas ausências e por ter enfrentado junto comigo as mais inusitadas aventuras, tempestades, medos e perdas.

Aos meus sobrinhos Erick Emanuel, Rayane, Antônio Gabriel e Lorena, por colorirem meus dias com abraços, beijinhos, risadas, olhares e por serem as crianças mais meigas e afetuosas que já conheci.

Às amigas Elayne Cristina de Sousa Chagas e Juliana Bezerra de Souza pela amizade, empatia, companheirismo, momentos de apoio mútuo e escuta coletiva. Sem vocês essa conquista não seria a mesma. Jamais esquecerei da nossa figurinha preferida em meio à pandemia de Covid-19: Ainda bem que a gente, tem a gente!

À Professora Doutora Sibelle Maria Martins de Barros, orientadora ímpar, pela solicitude, amorosidade e paciência. Agradeço também pela oportunidade de participar do Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde e de suas profícuas discussões. Elas contribuíram enormemente para minha formação.

À Ricardo Alves de Oliveira, mestrando do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da UEPB por ter aceitado compartilhar os dados de sua pesquisa de mestrado e pelas ricas trocas de conhecimentos.

Aos professores do Departamento de Psicologia da UEPB, pelo compromisso, zelo e amor pelo ensino que sempre demonstraram. Em especial, à professora Doutora Josevânia da Silva, pessoa e profissional admirável, por ser inspiração.

À Professora Doutora Alessandra Brunoro Motta Loss, por ter aceitado o convite para participar da banca e pelas ricas contribuições na área de estudos sobre *coping*.

Às pessoas que vivem com HIV/AIDS, em especial, as que participaram dessa pesquisa, por aceitarem compartilhar suas vivências frente à realidade dinâmica e complexa que envolve a soropositividade.

“Você nunca sabe que resultados virão de suas ações. Mas se não fizer nada, não existirão resultados”

Mahatma Gandhi

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo hierárquico do processo de <i>coping</i>	14
Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes	17
Tabela 2 - Informações clínicas dos participantes	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CFP	Conselho Federal de Psicologia
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
PIBIC	Programa de Iniciação Científica
TMC	Teoria Motivacional do <i>Coping</i>
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Impacto do diagnóstico de HIV/AIDS	11
1.2 O processo de enfrentamento à luz da Teoria Motivacional do <i>Coping</i>	12
2. METODOLOGIA	15
2.1 Tipo de estudo	15
2.2 Contexto e Participantes	15
2.3 Procedimentos e instrumento para a coleta de dados	16
2.4 Procedimentos de análise	16
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	16
3.1 Comunicação do diagnóstico	18
3.1.1 Profissionais que comunicaram o diagnóstico	18
3.1.2 Postura dos profissionais	19
3.1.3 Encaminhamentos dos profissionais	19
3.2 <i>Coping</i> frente à comunicação diagnóstica	21
3.3 <i>Coping</i> na vivência com o vírus HIV	23
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICES - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	30
ANEXOS - DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS	33

COPING EM PARCEIRO SOROPOSITIVO; UMA VISÃO DESENVOLVIMENTISTA E PSICOSSOCIAL

COPING IN A SEROPOSITIVE PARTNER; A DEVELOPMENTAL AND PSYCHOSOCIAL VIEW

Lidiane Barbosa Genuino^{1*}

RESUMO

O diagnóstico de infecção pelo HIV acarreta impactos psicossociais nas pessoas, sobretudo pelo preconceito, ainda existente, em torno do tema HIV/AIDS. Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo analisar o *coping* em parceiros soropositivos frente ao recebimento do diagnóstico de infecção por HIV. Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva de abordagem qualitativa. Participaram do estudo sete pessoas com diagnóstico de soropositividade para o HIV/AIDS que estavam em relacionamentos sorodiferentes. A coleta de dados foi realizada de modo presencial e virtual durante os meses de fevereiro e março de 2022, em um hospital público situado no município de João Pessoa - PB. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico/clínico e uma entrevista semiestruturada, realizada individualmente. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática, considerando categorias *a priori*, a partir das famílias de *coping* propostas pela Teoria Motivacional do *Coping*, bem como categorias *a posteriori* construídas a partir da análise temática. Nesse sentido foram construídas as seguintes categorias: Comunicação do diagnóstico, *coping* frente à comunicação diagnóstica e *coping* na vivência com o vírus HIV. Os resultados sugeriram que frente ao recebimento da comunicação diagnóstica, as estratégias de *coping* utilizadas relacionaram-se principalmente às categorias Desamparo, Fuga, Isolamento e Submissão. Entretanto, a análise do *coping* frente à vivência com o vírus HIV evidenciou estratégias vinculadas às categorias Autoconfiança e à Acomodação, sobretudo pela manutenção dos relacionamentos sorodiferentes e acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, estratégias classificadas nas famílias de *coping* Desamparo e Fuga também continuaram a ser utilizadas, relacionadas principalmente a um contexto ameaçador, permeado por preconceitos. Conclui-se, portanto, que há necessidade de futuras pesquisas na área do *coping*, a partir de um olhar desenvolvimentista e psicossocial, que aprofunde o papel dos processos e construções sociais, como o preconceito e representações sobre o HIV/AIDS.

Palavras-chave: *Coping*. HIV. Soropositividade. Relacionamentos Sorodiferentes.

ABSTRACT

The diagnosis of HIV infection causes psychosocial impacts on people, especially due to the prejudice, which still exists, around the HIV/AIDS theme. Thus, this term paper aimed to analyze the coping in HIV-positive partners in the face of receiving the diagnosis. This is exploratory-descriptive research with a qualitative approach. Seven people diagnosed with HIV/AIDS who were in serodifferent relationships participated in the study. Data collection was carried out in person and virtually during the months of February and March 2022, in a public hospital located in the city of João Pessoa - PB. The tools used were a

¹ *Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba.
lidianegenuino97@gmail.com

sociodemographic/clinical questionnaire and a semi-structured interview, carried out individually. The interviews were submitted to thematic content analysis, considering a priori categories, from the coping families proposed by the Motivational Theory of Coping, as well as a posteriori categories constructed from the thematic analysis. In this sense, the following categories were constructed: Communication of the diagnosis, Coping in the face of diagnostic communication and Coping in living with the HIV virus. The results suggested that when receiving the diagnostic communication, the most used coping strategies were related to the categories helplessness, escape, isolation and submission. However, the analysis of coping in the face of living with the HIV virus showed strategies linked to self-confidence and accommodation, especially for the maintenance of serodifferent relationships and access to health services. On the other hand, strategies coping classified as helplessness and escape families also continued to be used, mainly related to a threatening context, permeated by prejudice. It is concluded, therefore, that there is a need for future research in the area of coping, from a developmental and psychosocial perspective, which deepens the role of social processes and constructions, such as prejudice and beliefs and representations about HIV/AIDS.

Keywords: *Coping*. HIV. Seropositivity. Serodifferent Relationship

1 INTRODUÇÃO

Desde o reconhecimento dos primeiros casos, no início da década de 1980, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) que pode levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) tem apresentado significativa repercussão pelo mundo (FELIX *et al.*, 2019; UNAIDS, c2022). A infecção por HIV, por muito tempo, foi associada a práticas sexuais que se distanciavam da conduta socialmente aceitável, uma vez que a noção de risco esteve relacionada à descrição de determinados grupos, acarretando a construção de estigmas e preconceito, principalmente para as pessoas que viviam com HIV/AIDS, homossexuais, pessoas que usavam drogas injetáveis e profissionais do sexo (FERNANDES *et al.*, 2017). Contribuindo, dessa forma, para deturpar a visão das pessoas que não se reconheciam nesses grupos de risco.

Diante da disseminação da infecção, sobretudo pelas pessoas que realizavam práticas de risco, como relações sexuais sem preservativo, compartilhamento de seringas de forma conjunta, entre outras, deixou-se de falar em grupo risco e passou-se a adotar o termo comportamento de risco (REIS; GIR, 2009). Nesse sentido, vários questionamentos contribuíram para o início da desconstrução de que apenas alguns grupos eram suscetíveis à infecção. Nesse ínterim, os avanços diagnósticos (exames) e terapêuticos (medicamentos), mostraram que a infecção por HIV tem contado com a possibilidade de tratamento - embora a AIDS continue sendo uma doença que mata, principalmente, as pessoas mais vulneráveis (FELIX *et al.*, 2019).

À vista disso, convém enfatizar que de pessoas acometidas por uma doença percebida como iminentemente mortal, as pessoas passaram a viver com a cronicidade do HIV/AIDS (REIS; GIR, 2009; FERNANDES *et al.*, 2017; BRASIL, 2021), o que significou não apenas um aumento na expectativa, mas também na qualidade de vida (SILVA, 2009; MAKSUD, 2012). A partir dessas transformações, as pessoas soropositivas têm apresentado necessidades e enfrentado desafios, quais sejam, a construção/reconstrução e/ou manutenção de projetos de vida, inclusive nos relacionamentos afetivo-sexuais com pessoas de sorologia negativa para o HIV/AIDS ou sorodiferente, que são cada vez mais frequentes em nossa sociedade (MAKSUD, 2012; SOUZA NETO *et al.*, 2016).

É sabido que, se por um lado houve avanços na detecção, tratamento e prevenção, por outro lado, muitas pessoas que vivem com o HIV/AIDS, infelizmente, ainda permanecem expostas a estigmas e discriminações, consequências que remontam ao período inicial da epidemia, marcada pela manifestação de crenças distorcidas sobre a doença (SILVA, 2009; MAKSUD, 2012). No estudo de Albuquerque (2014) pontua-se que as pessoas vivendo com HIV/AIDS preocupam-se mais com as concepções preconceituosas e discriminatórias que permutam o imaginário social em detrimento das possíveis afecções fisiopatológicas que o HIV/AIDS possa vir a desencadear. Fato que pode ocasionar o fenômeno da dupla vitimização, tanto pela infecção por HIV e afecções relacionadas, como pela estigmatização estabelecida (GUNTHER, 2013) com implicações aos aspectos morais das pessoas (CUNHA; GALVÃO, 2011).

Em virtude da problemática em questão e das múltiplas dimensões envolvidas no contexto da infecção pelo HIV, esta pesquisa tem como objetivo analisar o *coping* em parceiros soropositivos frente ao recebimento do diagnóstico de infecção por HIV. Trata-se de um recorte de uma pesquisa de mestrado, que focou na análise do processo de *coping* em casais cujos parceiros são sorodiferentes para o HIV/AIDS. O estudo sobre *coping* além de outros apontamentos permite a compreensão das estratégias de enfrentamento utilizadas frente às situações estressoras, levando em conta que o enfrentamento da infecção/doença e a incorporação da mesma ao processo de viver são questões que normalmente geram ansiedade e sofrimento (MALISKA *et al.*, 2009).

Escolheu-se, como aporte teórico, a Teoria Motivacional do *Coping*, que entende o *coping* como ação regulatória em resposta a diferentes demandas situacionais e um desafio ou ameaça a necessidades psicológicas básicas dos indivíduos, a saber: relacionamento, competência e autonomia (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015). A ação regulatória diz respeito a padrões organizados de comportamento, emoção, atenção e motivação. Postula-se que os indivíduos tentam não apenas lidar com experiências emocionais, expressões e reações fisiológicas perante situações estressantes, mas também coordenar o comportamento motor, a atenção, cognição e reações derivadas do contexto social e físico (SKINNER; ZIMMER-GEMBECK, 2007).

1.1 Impacto do diagnóstico de HIV/AIDS

De acordo com os estudos de Maliska *et al.* (2009), o diagnóstico de HIV/AIDS evidencia não apenas fatores biológicos, mas também psíquicos, sociais, culturais e econômicos. Pois, a AIDS além de ser considerada uma doença até então incurável e, fortemente ligada a crenças distorcidas, a falta de informação, bem como acerca do tratamento contribui para que a imagem da pessoa com sorologia positiva ainda esteja ligada a alguém fadado à morte e a sobrevida (SILVA; CAMARGO JÚNIOR, 2011; ALBUQUERQUE, 2014). Tratando-se assim, de uma experiência limite, que pode vir a estabelecer um conflito vital, alcançando intensidades maiores ou menores segundo as compreensões subjetivas que cada indivíduo tem sobre o HIV/AIDS, as quais são fortemente influenciadas por crenças e valores individuais, sociais e institucionais.

Segundo Silva (2012), após a descoberta da soropositividade podem surgir questionamentos tanto do ponto de vista subjetivo/existencial (percepção de morte, incertezas sobre o rumo da vida), como do ponto de vista conjugal (dúvidas sobre o meio de transmissão, possibilidade de viver conjugalmente com o HIV, dúvidas sobre a fidelidade e a confiança no parceiro). Fernandes *et al.* (2017), ao evidenciarem o tema das vulnerabilidades, destaca em relação à vulnerabilidade individual, que a revelação diagnóstica ao parceiro soronegativo se apresenta como um fator gerador de medo pela possibilidade de rejeição e de término da relação pelo parceiro soronegativo. O que, por sua vez, pode contribuir para o isolamento social,

intensificando quadros depressivos que podem se instalar desde a descoberta (SILVA, 2012; ALBUQUERQUE, 2014).

O HIV/AIDS, visto como um fator social e histórico que traz sob sua incumbência uma carga de vulnerabilidade social marcante, pode provocar em relações sorodiferentes sofrimento pelo receio do "preconceito aumentado", que se refere à dificuldade que se tem em aceitar a união entre alguém que não possui o vírus, vista como saudável com pessoas que possuem o vírus, vistas como doentes (SALDANHA, 2003; ALBUQUERQUE, 2014). Em face de tais entendimentos compreende-se que no interior de relações com familiares, amigos e redes de vizinhança, as pessoas soropositivas e/ou casais sorodiferentes sentem-se angustiadas e temem ser rejeitadas socialmente. Sendo o sigilo, a principal estratégia de defesa encontrada por essas pessoas para viver com o HIV/AIDS (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018).

Fenômeno que corrobora com a ênfase de que o estigma, infelizmente, ainda é um ator principal na produção e perpetuação de poder e de controle em todos os campos sociais (FONSECA *et al.*, 2020). Nesse sentido, percebe-se que a descoberta do diagnóstico evidencia tensões que trazem diversos impactos psicossociais. O sigilo, o sentimento de culpa por ter se infectado, a não adesão ao tratamento, a revolta e o consumo exagerado de bebida alcoólica podem ser citados como alguns dos muitos aspectos associados a essa problemática (CARVALHO; PAES, 2011).

Com isso, identifica-se assim, a necessidade dos profissionais de saúde levarem em consideração no trabalho de comunicação diagnóstica/aconselhamento, as pessoas que vivem com HIV/AIDS, imersas em um sistema repleto de vulnerabilidades. Levando, pois, em consideração o contexto intrasubjetivo e intersubjetivo das vivências, composto por crenças e valores, redes de apoio, e outras dimensões, as quais influenciam na percepção de contextos sociais geradores de apoio e/ou sofrimento, que impactam diretamente nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos parceiros soropositivos.

1.2 O processo de enfrentamento à luz da Teoria Motivacional do *Coping*

A Psicologia, como campo científico e profissional, ao investir nos estudos sobre o estresse, passou a compreendê-lo não como um processo automático de estímulo-resposta, mas influenciado por fatores mediadores, que podem ser internos e externos que, de acordo com a percepção individual, sobrecarregam ou excedem os recursos pessoais e sociais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019). Assim, interessando-se cada vez mais pela forma como as pessoas se adaptam às circunstâncias adversas da vida, sobretudo a partir da década de 60, iniciaram-se os estudos sobre o *coping*, termo traduzido para o português como: lidar com, estratégias de enfrentamento ou mesmo enfrentamento. Podendo ser concebido como “o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas” (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998, p. 274).

Nos estudos sobre o *coping* podem ser destacadas três influentes perspectivas psicológicas com os seus respectivos saberes teórico-metodológicos, a saber, a Psicologia do Ego, representada pelos pesquisadores psicanalistas; a perspectiva cognitiva do *coping* e a partir de uma perspectiva desenvolvimentista, em que o *coping* passa a ser entendido como ação regulatória (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015). Na primeira geração de estudos sobre o *coping* (décadas de 60 e 70) autores da Psicologia do Ego adotaram como base dos seus trabalhos as teorias psicanalíticas do desenvolvimento humano, em que, não obstante, conceitos como mecanismo de defesa podiam ser entendidos como correlatos do *coping* (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998). Nessa perspectiva, o *coping* além de ser concebido como estilo hierárquico – as estratégias eram categorizadas pelo grau de maturidade ou imaturidade, também era visto de forma estrutural - incluiria desde comportamentos mais adaptativos ou

saudáveis, até defesas neuróticas e psicóticas, com destaque para os traços de personalidade (RAMOS, 2012).

A segunda abordagem com vistas a ampliar compreensões acerca do *coping* surgiu ainda na década de 60, transcorrendo duas décadas posteriores, sendo, pois, denominada como um Modelo Integrativo do Estresse e *coping*, também conhecido como Modelo Cognitivo do Estresse e *Coping* ou ainda como Perspectiva Cognitiva do *Coping* (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Esta nova tendência buscou entender o *coping* como um processo resultante de uma transação entre o indivíduo e o ambiente (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

De acordo com essa perspectiva, o *coping* pode ser entendido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). O *coping*, segundo essa abordagem teórica, pode ser dividido em duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

No que diz respeito às estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, tem-se que estas atuam no intento de auxiliar na regulação da perturbação emocional (no nível somático ou de alívio de sentimentos), ao promover mudanças no significado da situação, sem que necessariamente haja mudança na situação objetiva (RAMOS, 2012). Já no que diz respeito ao enfrentamento focalizado no problema, tem-se que as estratégias objetivam gerir o problema que se encontra na gênese da perturbação do sujeito, buscando controlar ou alterar a situação que originou o estresse (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019). Segundo Lazarus e Folkman (1984) ambas as formas de enfrentamento podem ser utilizadas nos episódios de enfrentamento ao estresse, uma vez que, o *coping* focado na emoção pode facilitar o *coping* focado no problema por remover a tensão e, similarmente, o *coping* focado no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo a tensão emocional.

Na década de 90, sem se mostrar incompatível com a abordagem cognitiva anterior, a abordagem teórica que emerge, sendo, pois, desenvolvida por Ellen Skinner e Wellborn e ampliada por Ellen Skinner e colaboradores, intitula-se como Teoria Motivacional do *Coping* (TMC). A TMC, embasada na Psicologia do desenvolvimento, propõe uma análise do *coping*, considerando as fases do desenvolvimento de uma pessoa, bem como a compreensão de suas especificidades, ou seja, os recursos emocionais, sociais, comportamentais, cognitivos e outros aspectos do desenvolvimento cerebral nos processos de enfrentamento (SKINNER; ZIMMER-GEMBECK, 2007).

Em vista disso, faz-se sobremaneira importante salientar que o *coping* é considerado como ação regulatória, uma vez que concebe na raiz de todas as formas de enfrentamento tendências de ação (SKINNER, 1999) que energizam e direcionam reações iniciais convincentes ao estresse experimentado. A Teoria Motivacional do *Coping* (TMC) ao ter como base os estudos sobre a autorregulação emocional, propõe-se a ir além desta, entendendo que tanto os aspectos emocionais, quanto os comportamentais, motivacionais, cognitivos e sociais atuam na regulação do estresse (SKINNER, 1999; SKINNER; ZIMMER-GEMBECK, 2007).

A percepção da intensidade da experiência potencialmente estressante, e a forma de enfrentamento frente a essa situação, são intimamente influenciados por processos autorreferenciais, os quais, segundo Skinner (1999), moldam as avaliações de situações estressantes. Os processos autorreferenciais, definidos como crenças individuais sobre si e sobre o mundo, relacionam-se, por sua vez, aos recursos pessoais e sociais e desenvolvem-se na medida em que o indivíduo percebe e avalia situações como ameaça ou desafio a satisfação de suas necessidades (VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016). Tais necessidades, por sua vez, são compreendidas como necessidades psicológicas básicas, consideradas como

universais, inatas e de valor evolutivo adaptativo (SKINNER; WELLBORN, 1994; SKINNER, 1999; RAMOS, 2012).

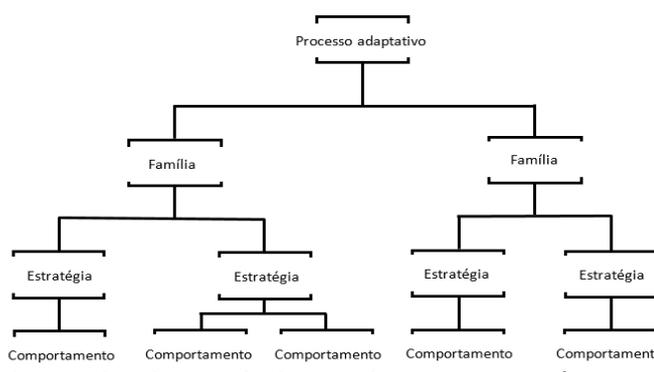
Pressupõe-se que a necessidade de relacionamento se refere a necessidade de sentir-se conectado a outras pessoas de forma segura e valorativa. A necessidade de competência refere-se à necessidade de experimentar a si mesmo como eficaz nas interações com os ambientes sociais e físicos, de modo a alcançar resultados desejados e evitar os indesejados. Já a necessidade de autonomia refere-se à necessidade de expressar o seu eu autêntico e de experimentar liberdade na determinação do curso de ação dos eventos, ou seja, diz respeito à capacidade de realizar escolhas (SKINNER, 1999; RAMOS, 2012; VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016).

É válido ressaltar que segundo Skinner e Wellborn (1994) qualquer evento que ameace ou desafie essas necessidades psicológicas básicas torna-se um estressor, desencadeando, assim, o processo de *coping*. Na percepção de ameaça, o indivíduo tende a se sentir desamparado, antevendo prejuízos psicológicos de forma iminente. Contudo, frente a eventos percebidos como desafio, este ver-se movido a lidar com o evento estressor, de forma otimista, possibilitando assim, desfechos positivos (VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016). Dessa forma, torna-se possível compreender que o processo de *coping* engloba esforços autorregulatórios, influenciados por recursos pessoais e sociais, que tem em vista manter, restaurar ou reparar necessidades afetadas pelos eventos estressores (SKINNER; WELLBORN, 1994).

Isto posto, reconhece-se mais uma vez a importância que os processos autorreferenciais possuem, ao influenciarem o grau de estresse que a experiência adversa pode acarretar e como o indivíduo tende a regular o próprio comportamento, orientação e emoção para lidar com ela (SKINNER; WELLBORN, 1994). Esses processos autorreferenciais constituem-se elementos chave para a compreensão dos recursos (ou limitações) do indivíduo no enfrentamento de situações estressantes, haja vista a influência que exerce no modo como a pessoa percebe a situação, o que ela focaliza e como ela a enfrenta (RAMOS, 2012).

A TMC propõe um modelo hierárquico do processo de *coping* em quatro níveis (comportamentos, estratégias, famílias e processos adaptativos), ilustrado na figura 1,

Figura 1: Modelo hierárquico do processo de *coping*.



Fonte: Adaptada de Skinner *et al.* (2003), p.218 por Vasconcelos e Nascimento (2016)

No nível inferior dessa estrutura situam-se as instâncias de *coping* compreendidas como ações do indivíduo tendo em vista lidar com a situação de estresse, que inclui comportamentos, cognições, emoções e aspectos fisiológicos (SKINNER *et al.*, 2003; VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016). Apesar disso, cabe frisar que essas instâncias se caracterizam como respostas de enfrentamento, constituem-se infinitas em sua variedade e são moldadas pelos recursos e contextos em que se desdobram (SKINNER; ZIMMER-GEMBECK, 2007). No

segundo nível, encontram-se as estratégias de enfrentamento (compostas pelo agrupamento das ações de *coping*). Por fim, no nível superior do modelo, têm-se as 12 famílias de *coping*, que são categorias de alta ordem, compostas pelas estratégias de enfrentamento identificadas por um dado repertório de comportamentos (RAMOS, 2012; VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016).

No sistema proposto pela TMC, cada família de enfrentamento se relaciona a uma das três necessidades básicas (relacionamento, competência ou autonomia), a um tipo de processo adaptativo, e à avaliação do estressor como ameaça ou desafio, tanto ao self (si mesmo) como ao contexto (SKINNER *et al.*, 2003). O primeiro conjunto de famílias de *coping* é organizado em torno de desafios e ameaças à competência e, portanto, se refere à necessidade de interações efetivas com o ambiente, ou seja, de alcançar consequências positivas e evitar negativas. Na avaliação de desafio, têm-se as famílias de enfrentamento, resolução de problemas e busca de informações; e na percepção de ameaça, tem-se desamparo e fuga. O processo adaptativo que está em jogo é a coordenação de ações e contingências (SKINNER *et al.*, 2003; SKINNER, ZIMMER-GEMBECK, 2007).

O segundo conjunto de famílias de *coping* é organizado em torno de desafios e ameaças ao relacionamento e envolve avaliações da disponibilidade (ou ausência) de outros confiáveis. Engloba também a necessidade de se sentir seguramente conectado a outros e a necessidade de experimentar a si mesmo como tendo valor e capacidade de amar. As famílias de *coping* relacionadas às avaliações de desafio são autoconfiança e busca de suporte, e as famílias associadas à avaliação de ameaça incluem a delegação e o isolamento. O processo adaptativo que está em jogo é a coordenação da confiança e dos recursos sociais disponíveis (SKINNER *et al.*, 2003; SKINNER, ZIMMER-GEMBECK, 2007).

O terceiro conjunto de famílias de enfrentamento é organizado em torno de desafios e ameaças à autonomia e, portanto, envolve avaliações de oportunidades (ou ameaças) de ações autodeterminadas e de controle, ou seja, a possibilidade de fazer escolhas nas interações com o ambiente. No par evocado pelas avaliações de desafio, tem-se acomodação e negociação e, no par evocado pela avaliação de ameaça, estão a submissão e a oposição. O processo adaptativo que está em jogo é a coordenação de preferências e opções disponíveis (SKINNER *et al.*, 2003; SKINNER, ZIMMER-GEMBECK, 2007).

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva de abordagem qualitativa. Esse tipo de abordagem consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade a diversos contextos, uma vez que utilizam grande número de métodos, entre os quais se destacam: estudos de casos, investigações participativas, entrevistas, observações participantes, análises interpretativas entre outros. Isto posto, percebe-se que a pesquisa qualitativa através de seus pesquisadores, estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (DENZIN *et al.*, 2006).

2.2 Contexto e Participantes

Esta pesquisa foi vinculada aos Programas Institucionais de Pós-Graduação e Pesquisa de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Estadual da Paraíba. Em respeito aos critérios éticos, obteve-se parecer nº 5.137.908 e CAAE 53470521.2.0000.5187. Ademais, aprovação da instituição em que foram contatados os participantes, a saber, um Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas público, situado no estado da Paraíba – Brasil.

Participaram do estudo sete pessoas adultas, sendo seis homens e uma mulher com diagnóstico de soropositividade para o HIV, os quais foram identificados com o apoio dos profissionais de saúde que atuavam no hospital. Para participação na pesquisa definiu-se como critérios de inclusão: homens e mulheres acima de 18 anos que estavam em um relacionamento amoroso sorodiferente. Foram excluídos sujeitos que não tivessem acesso à internet ou recursos tecnológicos e pessoas que não sabiam ler.

2.3 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados, realizada em apenas um encontro, foi conduzida tanto de modo presencial na Unidade Hospitalar supracitada, bem como de modo virtual, através do *Google Meet*, durante os meses de fevereiro e março de 2022. Todas as entrevistas foram iniciadas após explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, disponibilizado de forma impressa nas seis entrevistas presenciais e via *google forms* na única entrevista realizada de modo virtual (ANEXOS 1 e 2). A única entrevista virtual ocorreu devido contingências ocasionadas pela pandemia da Covid-19 e dificuldades para encontrar casais sorodiferentes que aceitassem participar da pesquisa.

Todos os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e clínico (APÊNDICE A) e participaram de uma entrevista individual, com roteiro semiestruturado sobre *coping*, elaborado a partir do estudo de Vicente (2013) e adaptado para esta pesquisa (APÊNDICE B). Após a gravação, com consentimento dos participantes, foram feitas transcrições integrais das entrevistas.

2.4 Procedimentos de análise

A análise dos dados coletados por meio do questionário sociodemográfico e clínico foram analisados a partir de tabelas de frequência. As entrevistas foram analisadas a partir da análise de conteúdo temática, metodologia proposta por Bardin (2011). Por análise de conteúdo entende-se um conjunto de técnicas de análise que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mais diversas formas de comunicação (BARDIN, 2011), podendo também ser considerada como “uma das dimensões do exercício da compreensão e interpretação” (FRANCO, 2007, p.34), sobretudo dos significados e sentidos expressos através do conteúdo de mensagens. Com isso, percebe-se que a escolha dessa referida metodologia tornou-se pertinente aos objetivos da presente pesquisa, uma vez que trata-se de relatos pessoais, situados no contexto de soropositividade para HIV/AIDS.

O processo de análise de conteúdo divide-se em três fases: na fase intitulada pré-análise, compreendida como a fase da organização, realiza-se leitura flutuante no sentido de se aproximar e conhecer os dados a serem analisados. A segunda fase, de exploração do material, busca-se realizar as operações de codificação, decomposição ou enumeração em função de regras previamente estabelecidas. Nessa fase, considerando esta pesquisa, as unidades de registro foram definidas a partir dos temas em questão. A terceira fase compreende o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, em que é possível a proposição de inferências a propósito dos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2011, p. 133).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados sociodemográficos (Tabela 1) permitiram identificar que a média de idades entre as sete pessoas participantes da pesquisa é de 35 anos, sendo seis pessoas do gênero masculino e uma do gênero feminino. Sobre o estado civil, cinco pessoas afirmaram estar solteiras, uma em união estável e uma casada. A única pessoa casada era também a única pessoa

que afirmou ter um filho. Em relação à religião, uma pessoa declarou ser católica e as demais afirmaram não possuir religião. Dentre as pessoas participantes, apenas uma possuía ensino médio incompleto; três, o ensino médio completo e três, o ensino superior completo.

A renda variou entre menos de um salário mínimo até mais de dois salários mínimos, considerando que apenas uma pessoa recebia renda menor que um salário mínimo, uma recebia apenas um salário mínimo (BPC - Benefício de Prestação Continuada²), três pessoas recebiam entre um e dois salários mínimos e duas recebiam renda maior que dois salários mínimos. Na variável ocupação, foi identificado que participaram da pesquisa dois profissionais da psicologia, um professor, duas pessoas que trabalhavam de forma autônoma, uma como analista de mídias digitais e uma pessoa desempregada.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes

Variável	Categorias	Frequência
Sexo	Masculino	06
	Feminino	01
Faixa etária	De 18 a 25 anos	01
	De 25 a 35 anos	02
	Mais de 35 anos	04
Estado Civil	Solteiro	05
	Casado	01
	União Estável	01
Filhos	Sim	01
	Não	06
Religião	Sem religião	06
	Católica	01
Escolaridade	Ensino Médio Incompleto	01
	Ensino Médio Completo	03
	Ensino Superior Completo	03
Renda	Menor que um salário mínimo	01
	Um salário mínimo	01
	Entre um e dois salários mínimos	03
	Mais de dois salários mínimos	02
Trabalho	Sim	06
	Não	01
Ocupação	Psicólogo	02
	Professor	01
	Autônomo	02
	Analista de mídias sociais	01
	Desempregado	01

Fonte: Dados da pesquisa

² O Benefício de Prestação Continuada – BPC, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, é a garantia de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos) que a impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade (BRASIL, 2019).

Referente às características clínicas dos participantes (Tabela 2) verificou-se que cinco pessoas declararam viver com o diagnóstico de cinco a dez anos e apenas duas pessoas há mais de 10 anos. No que se refere ao tratamento, quatro pessoas relataram ter iniciado o tratamento de imediato após a comunicação do diagnóstico de HIV, enquanto duas pessoas afirmaram ter demorado de 1 a 12 meses e uma pessoa até sete anos para dar início à proposta terapêutica indicada.

Tabela 2: Informações clínicas dos participantes

Variável	Categorias	Frequência
Tempo do diagnóstico	De 5 a 10 anos	05
	Mais de 10 anos	02
Tratamento após o diagnóstico	Imediato	04
	De 1 a 12 meses	02
	Até 7 anos	01

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados qualitativos se organizaram em torno das seguintes categorias: comunicação do diagnóstico, *coping* frente à comunicação diagnóstica e *coping* frente à vivência com o vírus HIV. Para garantir o anonimato das pessoas soropositivas, os nomes dos participantes foram substituídos por nomes fictícios.

3.1 Comunicação do diagnóstico

A categoria comunicação do diagnóstico por sua vez, subdividiu-se em: profissionais que comunicaram o diagnóstico, postura dos profissionais e encaminhamentos.

3.1.1 Profissionais que comunicaram o diagnóstico

Os profissionais que comunicaram o diagnóstico aos participantes, foram: psicólogos (3); assistente social (1) e médico (1). Dois participantes afirmaram não saber a especialidade dos profissionais que os atenderam. No Brasil, constata-se que a comunicação do diagnóstico de HIV não é prerrogativa do profissional da Medicina, fazendo parte das atribuições de outros profissionais que trabalham na área da saúde (MASSIGNANI *et al.*, 2014; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019). Assim, faz-se de suma importância salientar que a participação do profissional de psicologia na comunicação do diagnóstico após a confirmação do resultado sorológico, está bem definida no contexto dos serviços e equipes de saúde em IST/HIV/AIDS (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

Pois, é sabido que desde os anos de 1990, com a instituição do SUS, a Psicologia tem assumido o desafio de se reinventar diante das mais diversas demandas em saúde pública (GALINDO; FRANCISCO; RIOS, 2015). Com base na escuta ativa e no acolhimento, às pessoas profissionais de psicologia assim como outras categorias profissionais, têm integrado equipes em atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS, contribuindo para a integralidade nos cuidados em saúde (BRASIL, 2012).

Nos últimos anos, diversas ações foram realizadas buscando a ampliação do acesso ao diagnóstico de HIV, em especial através da disponibilização de testes rápidos em serviços de saúde não especializados (BRASIL, 2018). Todavia, estratégias como essa, podem correr sérios

riscos de comprometer a devida função de apoio aos usuários, caso os profissionais não estejam bem preparados (GALINDO; FRANCISCO; RIOS, 2015). Pois, os diagnósticos de soropositividade são considerados más notícias, as quais fomentam impactos, sobretudo emocionais, tanto para as pessoas que recebem a notícia, quanto para os profissionais incumbidos de comunicar, visto a responsabilidade que carregam (MASSIGNANI *et al.*, 2014).

Assim, compreende-se que há necessidade de maior qualificação profissional e/ou fomento de educação permanente em saúde, tendo em vista as implicações da comunicação do diagnóstico de HIV, com vistas à promoção de atendimentos mais acolhedores e humanizados (BRASIL, 2012). Posto que a comunicação diagnóstica pode ser entendida como um dos fatores determinantes no processo saúde-doença (MASSIGNANI *et al.*, 2014).

3.1.2 Postura dos profissionais

No que se refere à postura dos profissionais, os participantes referiram que ocorreu mediante acolhimento (4), com foco no diagnóstico (2), bem como pela falta de acolhimento (1). Nesse sentido, torna-se importante ressaltar a importância do acolhimento no contexto de atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS, uma vez que atua possibilitando a criação de vínculo destas com o profissional, a equipe e o serviço de saúde, bem como na adesão ao tratamento (BRASIL, 2012; 2017; 2018). Nesse sentido, dados da presente pesquisa sugeriram repercussões positivas do acolhimento para a adesão imediata ao tratamento, uma vez que todos os participantes que se sentiram acolhidos, também relataram terem iniciado de imediato o tratamento. Logo, o acolhimento, entendida como tecnologia leve do trabalho em saúde, deve iniciar assim que a pessoa chegar ao serviço de saúde, como uma prática que visa garantir respeito à pessoa que será ouvida, independentemente do motivo que a levou a buscar ajuda (BRASIL, 2018).

Não obstante, segundo o relato de um dos participantes, pôde-se identificar que a percepção da falta de acolhimento na postura de um dos profissionais que o atendeu, dificultou o vínculo necessário para a colaboração com o tratamento.

[...] a profissional ela não tinha nenhum tipo de cuidado, não tinha nenhum tipo de, é.. acolhimento. Assim, ela foi muito muito descuidada, assim, na minha visão, né? Porque assim que eu entrei na sala ela já foi falando, perguntando é...dizendo "ah você já sabe né e tal" não teve aquele cuidado de sentar, de enfim, de me informar...eticamente... [...] Eu me senti muito mal assim, na real não foi exatamente após que eu comecei o medicamento não, devido a essa, lembrei agora, devido essa abordagem assim, eu me senti muito afastado do serviço, não queria voltar né, porque eu me senti muito, muito mal mesmo (Benício, 27 anos, está em relacionamento sorodiferente há 2 anos e 6 meses).

A falta de acolhimento e cuidado na comunicação do diagnóstico pode ser considerada como parte de uma das dimensões da vulnerabilidade, a dimensão programática, produzida pela falta de aconselhamento eficiente na entrega dos resultados soropositivos (FERNANDES *et. al.*, 2017). Zakabi (2012), ao conduzir uma pesquisa com profissionais de saúde, percebeu em suas análises que os profissionais apresentam dificuldades para lidar com aspectos emocionais envolvidos na testagem para o HIV, tendo em vista a possibilidade do resultado ser positivo. Segundo a pesquisadora, essas dificuldades interferem no manejo dos profissionais, os quais acabam valorizando os aspectos técnicos e biomédicos em detrimento dos aspectos emocionais, prejudicando o acolhimento da pessoa usuária.

3.1.3 Encaminhamentos dos profissionais

Apenas dois participantes afirmaram ter recebido encaminhamentos para iniciarem o tratamento e para buscarem outro profissional, respectivamente. Nesse sentido, é necessário pontuar que a prática do acolhimento, de forma isolada, não garante resposta a todas as necessidades apresentadas pelos usuários. A equipe deve estar articulada com as redes de atenção à saúde, psicossocial, de assistência social e comunitárias, entre outras, para que sejam feitos os devidos encaminhamentos (MENDES, 2011). Pois, o diagnóstico positivo de HIV e o tratamento antirretroviral geralmente exigem significativas mudanças nas rotinas e na vida das pessoas. Considerando essas repercussões, é fundamental que os profissionais de saúde prestem informações sobre o HIV e a aids e, aspectos do tratamento, mas também estejam atentos às representações sociais permeada por estigmas, preconceitos e discriminações que impactam na saúde, convívios interpessoais e relações sociais das pessoas que vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2012).

Cabe ressaltar que no momento da comunicação diagnóstica, cinco participantes já suspeitavam estar com o vírus e dois não possuíam conhecimento sobre o que de fato era o HIV. Uma das suspeitas relacionava-se ao fato da pessoa reconhecer-se como integrante de um dos grupos de risco para o HIV/AIDS, como expõe o discurso a seguir:

[...] Eu tinha uma suspeita de ser soropositivo porque eu sou hemofílico, eu não adquiri por via sexual não. Adquiri por transfusão. Mesmo num tendo feito o exame mas sempre tinha o estigma entre os hemofílicos e eu já suspeitava, mas não tinha certeza. Fui pra São Paulo em 95 e tive certeza, é, mas o preconceito é o mesmo em qualquer, qual seja, qualquer que seja a forma de contágio. Então eu me sentia, eu me sentia, eu tentava me enganar que não tinha nada, mesmo tendo o resultado positivo” (Luís, 47 anos, está em relacionamento sorodiferente há 26 anos).

No referido discurso pôde-se perceber estigmas que atravessam o tema HIV/AIDS, mediante suspeita da infecção pelo fato de ser hemofílico, ancorada na ideia de referência aos grupos de risco. Sabe-se que a forma como a noção de “grupos de risco” foi disseminada, sobretudo pelos epidemiologistas, acarretou estigmas e discriminações como “peste gay”, “câncer gay”, “peste rosa”, e “doença dos cinco H”, em relação as pessoas homossexuais, hemofílicas, heroinomanas, haitianas e *hookers* - sigla para denominar profissionais do sexo (NARDELLI, 2014). Em conjunturas como essa, o estigma tanto pode ser vivenciado de forma externa, na qual há uma percepção negativa de uma pessoa que vive com HIV/AIDS e o consequente afastamento social desta, como de forma interna, em que as construções externas em torno da temática são internalizadas pelas pessoas que vivem com o vírus e repercutem na sua própria avaliação (MALDONADO, BLANCO e RENDÓN, 2016).

Ainda na segunda década da epidemia de HIV/AIDS no Brasil, havia uma significação veiculada nos meios de comunicação organizada em duas polaridades: as vítimas e os culpados (GALVÃO, 1992 apud LOURENÇO, 2018). Segundo os estudos desse autor, eram considerados culpados aqueles que subvertiam as regras sociais, por meio de comportamentos sexuais e uso de drogas e, vítimas, os hemofílicos e transfundidos, por entrarem em contato com o HIV através de uma fatalidade, sendo não só inocentados, mas vistos como vítimas.

Entrevistador: *Você sente culpa frente ao seu diagnóstico?*

Luís: *Não, de forma nenhuma. Eu fui vítima de um sistema de saúde falido. Eu fui contaminado numa transfusão, né. Num procurei,.. eu num sou melhor do que ninguém por causa disso, mas eu não fui o provocador da minha situação, eu fui vítima (47 anos, está em*

relacionamento sorodiferente há 26 anos).

Nesse sentido, compreende-se que os discursos supramencionados além de assinalarem a questão do estigma atrelado ao HIV/AIDS, apontaram para significações que permutaram o contexto da infecção. Desse modo, percebe-se que a infecção por HIV/AIDS torna-se muito mais expressiva do ponto de vista psíquico, social, cultural, político e econômico, do que propriamente biológico (MALISKA *et al.*, 2009).

3.2 Coping frente à comunicação diagnóstica

As estratégias de *coping* frente ao recebimento do diagnóstico positivo para o HIV estavam relacionadas principalmente à família Desamparo (09). Contudo, outras estratégias também estavam vinculadas às famílias de *coping* Fuga (03), Isolamento (03), Submissão (03), Busca de informações (02), Busca de suporte (02), Autoconfiança (02), Acomodação (02), Resolução de problemas (01), Oposição (01) e Delegação (01).

Na família de *coping* Desamparo foi possível identificar nove estratégias diferentes, que agruparam várias reações ou comportamentos de *coping*: medo (8), desânimo (5), paralisção (4), catastrofização (3), confusão (2), exaustão emocional (2), pânico (1), desespero (1) e decepção (1). A estratégia medo (8) compreendeu as reações de medo de não mais se relacionar, de rejeição dos pais e dos parceiros, da exposição pública, de revelar ao parceiro, de infectar o parceiro, do preconceito e das reações das pessoas do trabalho.

[...] É, eu senti muito medo, senti muito medo do, da, assim, porque é uma doença que é muito discriminada. Perdi o emprego porque não tive coragem de contar, eu faltava muito no começo porque quando eu descobri a minha carga viral tava muito alta e a minha imunidade tava 54, tava muito baixa. Então veio quando eu comecei o tratamento, muitas doenças, então eu tive de me ausentar do trabalho muitas vezes, e por isso eu não... eu perdi, porque eu não tive coragem de chegar e contar, com medo da reação do meu patrão, dos meus colegas de trabalho, então eu preferi sair do trabalho” (Marina, 43 anos, está em relacionamento sorodiferente há 8 anos).

[...]no começo eu fiquei muito desesperada se ele viesse a me deixar, eu pensava muito nisso, entendeu? Porque eu pensava assim: poxa, eu vou ficar só, porque se ele me deixar, ninguém vai me aceitar dessa forma, entendesse? (Marina, 43 anos, está em relacionamento sorodiferente há 8 anos).

A estratégia desânimo (5) também foi identificada e expressada pela tristeza e baixa autoestima, bem como pela falta de vontade para dar prosseguimento às atividades cotidianas, sair para assistir aula e socializar-se. Já a estratégia paralisção (4), dizia respeito às reações de paralisção, choque, susto e desorientação, conforme relatou Marina *[...] é como se [...] abrisse um buraco gigante nos seus pés e você ficasse sem, sem direção.* A estratégia catastrofização (3) agrupou reações como sentir que o mundo tivesse desabado, pensar que a vida tinha acabado e que iria morrer logo/rápido, como explicita o trecho da fala de Manoel: *[...] eu sou uma pessoa que sou dos anos 80 então do começo do HIV, né, então... ter e morrer, a pessoa pensa logo que vai morrer [...]* (40 anos, está em relacionamento sorodiferente há 4 meses).

Na família de *coping* Fuga foi possível identificar três estratégias que agruparam várias reações ou comportamentos de *coping*: negação (3), evitação cognitiva (3) e evitação comportamental (2). A estratégia evitação cognitiva (3) compreendeu as reações: não buscar informações, enganar-se e tentar esquecer o diagnóstico, conforme ilustra o trecho a seguir:

[...] Eu tentei me enganar, eu tentei me enganar e que eu ia...meu corpo era mais forte do que o vírus e que eu ia viver uma vida normal e como as...como me enganei por vinte anos, né. Se eu tivesse procurado o tratamento precoce eu nunca tinha nem manifestado nada (Luís, 47 anos, está em relacionamento sorodiferente há 26 anos).

As famílias de *coping* Desamparo e Fuga se articulam à necessidade básica de competência e à visão do estressor como ameaça ao *self* e ao contexto, respectivamente. A família de *coping* Desamparo refere-se a uma ação regulatória em que o indivíduo se sente impotente frente à situação estressante. A família de *coping* Fuga evidencia a ação regulatória em que o indivíduo tenta fugir ou evitar o estressor ou situação estressante (VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016). Na família de *coping* Desamparo, as respostas dos sujeitos agruparam-se em estratégias que evidenciaram a dimensão emocional e a orientação (ou tendências de rotas de ação), em detrimento aos comportamentos. Já as estratégias da família de *coping* Fuga, por sua vez, envolveram comportamentos e orientação.

Cabe ressaltar que as estratégias de ambas as famílias de *coping* articulam-se às questões psicossociais, como o preconceito relacionado às pessoas com HIV/AIDS. Percebe-se, portanto, como os processos autorreferenciais dizem respeito também às construções e processos psicossociais de uma determinada sociedade, contribuindo para a emergência de determinadas emoções e comportamentos característicos do processo de *coping*.

Na família de *coping* Isolamento foram identificadas três estratégias de enfrentamento que agruparam reações ou comportamentos de *coping*: afastamento social (4), sigilo (4), solidão (1), frequentemente relacionadas ao propósito de preservar o sigilo do diagnóstico, conforme demonstra o discurso a seguir:

“Porque assim, eu passei oito anos solteiro por opção... por essa questão de ter que toda vez que arrumar um namoradinho ter que contar pra um e eu tenho essa questão da minha privacidade” (Manoel, 40 anos, em relacionamento sorodiferente há 4 meses).

A família de *coping* Isolamento relaciona-se à necessidade psicológica básica de relacionamento e à visão do estressor como ameaça ao contexto. Está em jogo uma ação de regulação em que o indivíduo evita as pessoas ou impede que elas saibam sobre a situação em questão (VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016). O afastamento das pessoas tem uma função de proteção tendo em vista a discriminação social do HIV/AIDS, ainda existente em nossa sociedade. Mas, por outro lado, evitar as pessoas pode diminuir sua rede de apoio e tornar o enfrentamento da infecção um processo solitário (FONSECA *et al.*, 2020).

Além do exposto, também foi possível identificar a família de *coping* Submissão com três estratégias e suas respectivas respostas de *coping*: Autoculpa (3), Ruminação (1) e Apatia (1). Na estratégia autoculpa (04) as reações relatadas foram: culpar a si mesmo, culpar-se o tempo inteiro, culpar-se pela orientação sexual e por ter mantido relação sexual desprotegida, como exposto a seguir:

[...] Eu me culpei na época, não quis culpar a pessoa que passou isso pra mim, né?. Por eu ser gay e ter ficado sem preservativo, e, eu nem pensei, jamais, em momento nenhum em acusar a pessoa que passou. Então na época quando eu soube do resultado aqui, eu me culpei o tempo todo. A culpa todinha eu joguei pra cima de mim (Manoel, 40 anos, está em relacionamento sorodiferente há 4 meses).

A família de *coping* Submissão está relacionada à necessidade de autonomia e percepção do estressor como ameaça ao *self* (si mesmo). As pessoas soropositivas, portanto, encontram dificuldades para realizar escolhas livres na interação com o ambiente, como relata Marina: [...] *you aprende a lidar à força, né, com a situação. Porque você não tem o que fazer mesmo (43 anos, está em relacionamento sorodiferente há 8 anos)*. A ação regulatória, na família de *coping* Submissão, diz respeito à passividade e foco nos aspectos negativos da situação estressora (VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016).

As famílias de *coping* menos identificadas ao vincularem-se às três necessidades psicológicas básicas de relacionamento, competência e autonomia, sugerem que diante do recebimento do diagnóstico, as pessoas soropositivas utilizaram bem menos respostas adaptativas para o enfrentamento.

3.3 *Coping* na vivência com o vírus HIV

Ao longo do tempo, os indivíduos recorreram a outras estratégias de *coping* para lidar com as adversidades do cotidiano relacionadas à soropositividade. Foi possível, portanto, identificar estratégias sobretudo nas famílias de *coping*: Autoconfiança (08), Acomodação (05), Desamparo (05), Fuga (05), Isolamento (03), Delegação (03), Resolução de problemas (03), Oposição (03), Submissão (03), Busca de suporte (03) e Busca de Informações (02).

Na família de *coping* Autoconfiança foram identificadas oito estratégias que agruparam reações ou comportamentos de *coping*: Regulação emocional (5), Regulação comportamental (4), Aceitar responsabilidades (3), Expressão emocional (3), Autofala positiva (3), Preocupação com os outros (2), Autocuidado (2) e Lidando com sentimentos (1).

“Me sinto bem, me sinto, eu me... apesar de, apesar de me incomodar com a medicação, mas o fato de ter alguém pra dividir o meu problema e se arriscar de tá comigo me deixa bastante esperançoso” (Luís, 47 anos, está em relacionamento sorodiferente há 26 anos).

A família de *coping* Autoconfiança vincula-se à necessidade psicológica básica de relacionamento e a percepção de desafio ao *self* (si mesmo). Nesse ínterim, cabe destacar o papel do relacionamento conjugal na adoção das estratégias que contribuam para possíveis desfechos adaptativos. Pois, a vivência da conjugalidade sorodiferente ao organizar estratégias necessárias à construção e/ou manutenção do relacionamento afetivo/sexual (LOURENÇO, 2018) funciona também como um moderador das escolhas e das reavaliações das estratégias de *coping* utilizadas (VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016). O que, por sua vez, além de restabelecer os laços de apoio, impacta positivamente no enfrentamento da situação estressora.

Na família de *coping* Acomodação, por sua vez, foram identificadas cinco estratégias que agruparam reações ou comportamentos de *coping*: reestruturação cognitiva (7), aceitação (5), cooperação (3), minimização (2). Na estratégia reestruturação cognitiva chama atenção o fato dos participantes terem redirecionado seu olhar para a possibilidade do tratamento e oportunidade para cuidar da saúde de forma ampla usufruindo dos serviços de saúde.

[...] quando eu consegui elaborar melhor, eu percebi que eu tava me sentindo melhor na verdade do que antes, porque eu percebi que eu tava agora tendo acesso a serviços que eu não tinha, antes tava tendo um acompanhamento que eu não tinha antes. Então isso foi responsável por ter me deixado melhor, eu pensei: nossa, realmente se cuidar é bom né, se cuidar é massa, então eu fui muito por esse lado (Benício, 27 anos, está em relacionamento sorodiferente há 2 anos e 6 meses).

A família de *coping* Acomodação trata de uma ação regulatória que demonstra uma tentativa ativa de redirecionar a atenção modificando a visão sobre a situação estressora a partir de diferentes estratégias (VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016). No que tange às tendências de ação empreendidas, identifica-se que os comportamentos, emoções e orientações funcionaram construtivamente tendo em vista coordenar as preferências e opções disponíveis (SKINNER *et al.*, 2003).

As estratégias utilizadas na família de *coping* Acomodação refletiram provável desfecho adaptativo positivo, pois ofereceu indícios de que foram utilizadas de forma organizada, flexível e construtiva (SKINNER; WELLBORN, 1994). Destaca-se que essas estratégias de *coping* foram utilizadas mediante avaliação otimista de acesso a tecnologias e cuidados nos serviços de saúde. Esses serviços além de ofertarem a terapia antirretroviral combinada (TARV) e promoverem a realização de exames e políticas de prevenção com base nos princípios do SUS, têm atuado possibilitando uma melhor qualidade e expectativa de vida às pessoas que vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2012).

Mesmo alcançando discursos que referem positivamente a influência do acesso a políticas e informações sobre o HIV, incluindo uma vasta amplitude de novas possibilidades de prevenção e tratamento, as famílias de *coping* Desamparo e Fuga continuaram marcadamente presentes no repertório de estratégias para enfrentar vivências no contexto da soropositividade. Pois, as pessoas soropositivas referiram temor a preconceitos em seu seio familiar e nos grupos sociais que fazem parte. Situações essas, que podem levar a sentimentos de baixa autoestima, falta de pertencimento e perda da identidade social e psicológica, desencadeadores de estados de sofrimento psíquico e transtorno mental (BRASIL, 2012).

Na família de *coping* Desamparo foram identificadas cinco estratégias que agruparam reações ou comportamentos de *coping*: culpa (6), medo (4), Dúvidas (1), Autoflagelação (1), Desânimo (1). O medo do preconceito persiste, conforme verifica-se a seguir:

[...] é um peso você ser soropositivo, é uma coisa que lhe faz mal, na verdade, o problema dela mesmo, é como eu te disse é que eu tenho medo que alguém das minhas relações descubra, sinto muito medo desse preconceito, entendeu? [...] cada vez que eu venho aqui no hospital pra mim é um grande desafio muito grande, vir, por isso, sempre tenho medo de encontrar alguém que eu conheça, tá entendendo? Porque as pessoas discriminam mesmo (Marina, 43 anos, está em relacionamento sorodiferente há 8 anos).

Na família de *coping* Fuga (5) também foram identificadas cinco estratégias que agruparam reações ou comportamentos de *coping*: evitação cognitiva (3), evitação comportamental (2), desesperança (2), pessimismo (1), negação (1). Entre as reações da estratégia evitação comportamental destacam-se: tomar medicamentos de relapso em alguns momentos e não gostar de estar no hospital em razão principalmente do preconceito, como é possível perceber pelo relato a seguir:

“Eu não gosto de tá lá, justamente é isso, tipo, ainda, tipo, por mais que eu me aceite, eu fico achando que os outros vão pensar, entendeu “ah essa pessoa tá aqui é porque tem isso, tem aquilo”, eu não gosto desse pré-julgamento” (Carlos, 23 anos, está em relacionamento sorodiferente há 3 anos).

Observa-se sobre essas duas últimas estratégias de enfrentamento que desde o momento do recebimento do diagnóstico, estas são utilizadas para lidar com as situações estressoras que ameaçam à satisfação da necessidade de competência. Portanto, apesar de serem identificados

processos de *coping* com relevantes estratégias adaptativas, ainda são identificadas consideráveis estratégias que podem contribuir para um desfecho negativo.

Inicialmente, o *coping* frente ao estressor diagnóstico envolveu uma série de estratégias associadas às famílias de *coping* com possíveis desfechos desadaptativos. As reações de *coping* revelaram o choque, o medo do abandono, da rejeição e da discriminação frente ao diagnóstico, como uma gama de aflições e perturbações que foram além de questões biológicas, perpassando os âmbitos pessoal e social (FONSECA *et al.*, 2020).

Diante da vivência com o vírus, as estratégias de *coping* apontaram para possíveis desfechos adaptativos. Pois, partindo de uma avaliação que percebia as situações estressoras como desafio, tendências de ação flexíveis foram utilizadas na tentativa de enfrentá-las. Sabe-se que “lidar com eventos estressores de forma maleável é importante para a saúde, o desempenho e, inclusive, para o desenvolvimento adaptativo das habilidades de *coping*” (VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016, p.86).

Nesse processo, convém destacar positivamente, os papéis das parcerias soronegativas, que se apresentaram como importantes fontes de apoio. Isto posto, faz-se relevante pontuar que determinadas estratégias desadaptativas continuaram sendo utilizadas, principalmente em decorrência de construções sociais marcadas pelo preconceito.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseada em uma perspectiva desenvolvimentista e motivacional, a presente pesquisa analisou o *coping* em parceiros soropositivos frente ao recebimento do diagnóstico de infecção por HIV. Receber o diagnóstico de HIV é impactante para os indivíduos, principalmente pelas crenças que se tem sobre esse objeto social e sobre a AIDS, frequentemente associados.

A análise do *coping* na vivência do vírus HIV indicou que foram desenvolvidas novas estratégias mediante percepção da situação estressora como um desafio e apoio dos companheiros (as) e serviços de saúde. Esse fato demonstra também a importância da rede de apoio no enfrentamento das dificuldades cotidianas. Por outro lado, a permanência de estratégias incluídas nas famílias de *coping* Desamparo e Fuga, revelam o papel do contexto social no processo de *coping*, no que diz respeito ao preconceito e seus estereótipos subjacentes sobre as pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Enfrentar o diagnóstico de HIV significa enfrentar o preconceito, o que torna a situação estressora ainda mais ameaçadora, na maioria das vezes, levando o sujeito a se distanciar de sua rede de apoio. Nessa dinâmica, muitas vezes o (a) parceiro (a) representa a principal pessoa significativa, no sentido de oferecer suporte. Este fato merece atenção, uma vez que o companheiro (a) pode se sobrecarregar acarretando prejuízos também à relação amorosa.

Diante do exposto, pode-se considerar que o estudo sobre *coping* exibe complexidades e que o contexto da soropositividade requer olhares ampliados. Dessa forma, toda a sociedade é convocada a problematizar construções sociais que continuam estigmatizando grupos sociais, principalmente os mais vulneráveis. Mais estudos, portanto, precisam aprofundar o estudo de *coping* também a partir de uma perspectiva psicossocial.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. R. "Até que a morte nos separe": o casamento sorodiferentes para o HIV/Aids e seus desdobramentos. 2014. 115f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7645/2/arquivototal.pdf> acesso em: 06 de fevereiro de 2022.

ALBUQUERQUE, J. R. de; BATISTA, A. T; SALDANHA, A. A. W. O fenômeno do preconceito nos relacionamentos sorodiferentes para o HIV/AIDS. **Psic., Saúde & Doenças [online]**. João Pessoa, vol.19, n.2, pp.405-421. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190219>

ANTONIAZZI, A. S; DELL'AGLIO, D. D; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal , v. 3, n. 2, p. 273-294, dez. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL, Ministério da Cidadania. **Benefício de Prestação Continuada (BPC)**. Publicado em 25/11/2019 17h24. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc> acesso em: 15 de julho de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids**. – Brasília:, 2012. 128 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2012/atencao-em-saude-mental-nos-servicos-especializados-em-dstaid-2012> acesso em: 16 de julho de 2022.

_____. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids/ 2021**. Número Especial / Dez. 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaid-2021> acesso em: 25 de fevereiro de 2022.

_____. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica : manual para a equipe multiprofissional**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 56 p. : il. Disponível em: [Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica : manual para a equipe multiprofissional \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br) acesso em: 20 de julho de 2022.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 412 p. : il. Disponível em: [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos - Biblioteca Virtual de Enfermagem - Cofen](http://www.saude.gov.br) acesso em: 20 de julho de 2022.

CARVALHO, S. M. ; PAES, G. O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Colet.**, 19(2), 157-163.(2011). DOI: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202013e14757>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) nos programas de IST/HIV/Aids**. 2ª Edição, Brasília, julho de 2019. (Versão de consulta pública). Disponível em: http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2010/11/livro_web3_FINAL2.pdf acesso em: 20 de julho de 2022.

CUNHA, G. H. ; GALVÃO, M. T. G. Métodos contraceptivos e de prevenção da transmissão/reinfecção do vírus entre portadores de HIV/AIDS. **Rev. Rene [Internet]**. [cited 2014 jun 08]; 12(4): p. 699-708. 2011. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12690/1/2011_art_ghcunha.pdf acesso em: 4 de março de 2022.

DEZIN, Norman K. ; LINCOLN, Yvonna S. (Orgs). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, 432 p.

DIAS, E. N; PAIS-RIBEIRO, J. L. O modelo de *coping* de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. **Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande**, v. 11, n. 2, p. 55-66, ago. 2019.

FELIX, J. F. B. *et al.* Análise dos parceiros sorodiferentes no serviço de referência para hiv. **Rev enferm UFPE on line**.13:e241626. 2019.

FERNANDES, N. M. *et al.* Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.4, 2017.

FONSECA, L. K. da S. *et al.* Análise da estigmatização no contexto do HIV/AIDS: Concepções de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 13(2), 2020, e14757. DOI: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202013e14757>

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. Volume 6 de (Série Pesquisa). Líber Livro, 79p. 2007.

GALINDO, W. C. M., FRANCISCO, A. L., RIOS, L. Reflexões sobre o Trabalho de Aconselhamento em HIV/Aids. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia – 2015**, Vol. 23, nº 4, 815-829 DOI: 10.9788/TP2015.4-02. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v23n4/v23n4a03.pdf> acessado em: 24 de julho de 2022.

GUNTHER, L. E. O HIV e a Aids: preconceito, discriminação e estigma no trabalho. **Revista Jurídica**,1(30), 398-428. 2013. Disponível em: 2015_gunther_luiz_hiv_aids.pdf (tst.jus.br) acesso em: 16 de março de 2022.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer. 1984.

LOURENÇO, Gilclécia Oliveira. **HIV/AIDS e conjugalidade: a experiência de pessoas em relacionamentos afetivos-sexuais sorodiscordantes**. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

MAKSUD, I. Silêncios e segredos: Aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(6):1196-1204, jun, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2012.v28n6/1196-1204/> acesso em: 16 de março de 2022.

MALISKA, I. C. A. *et al.* Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) mar;30(1):85-91. 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-545459> acesso em: 18 de março de 2022.

MALDONADO, M. S.; BLANCO, J. L. T.; RENDÓN, J. C. L. (2016). Estigmatización y usos léxicos en el tratamiento informativo del VIH/SIDA en cinco diarios mexicanos de 2012 a 2013. **Nueva época**, 25, 71-100. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2016000100004 acesso em: 02 de julho de 2022

MASSIGNANI, Lucila Rosa Matte. *et al.* Comunicação de diagnóstico de soropositividade HIV e AIDS por profissionais de saúde. **Psicologia Argumento**, v. 32, Supl 2, 2014. Disponível em: <https://pucpr.emnuvens.com.br/psicologiaargumento/article/view/20367/19635> acessado 20 de julho de 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf acesso em: 15 de julho de 2022.

NARDELLI, Rachel D'Amico. **Sobre o direito de ser normal: identidades normalizadas e a construção das políticas públicas de saúde para gays e lésbicas na cidade de São Paulo**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, 135 f. Disponível em: Sobre o direito de ser normal: identidades normalizadas e a construção das políticas públicas de saúde para gays e lésbicas na cidade de São Paulo (unesp.br) acesso em: 10 de setembro de 2021.

RAMOS, F. P. **Uma proposta de análise do coping no contexto de grupo de mães de bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 2012. Vitória, ES. 2012.

RAMOS, F. P. ; ENUMO, S. R. F; PAULA, K. M. P. de. Teoria Motivacional do *Coping*: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. **Estudos de Psicologia I Campinas** I 32(2) I 269-279 I abril - junho 2015.

REIS, R. K. ; GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Rev Esc Enferm USP [Internet]**. [cited 2014 jun 21]; 43(3): 662-9. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ZW5vPBkChp5szrfFx36QDxL/> acesso em: 15 de março.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e Construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003. Tese (Doutorado em Ciências; área: Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-01102003-185727/publico/Tesedoutorado.pdf> acesso em: 18 de março de 2022.

SILVA, J. **O viver com aids depois dos 50 anos e sua relação com a Qualidade de vida**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6949/1/arquivototal.pdf> acesso em: 16 de fevereiro de 2022.

SILVA, L. M. F. **Fazendo a diferença: as dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/AIDS**. 2012. Tese (Doutorado em Sociologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa: Centro de Ciências Humanas e Letras e Artes. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7293/1/arquivototal.pdf> acesso em: 14 de março de 2022.

SILVA, A. M.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12), 4865-4873. 2011. doi:10.1590/S1413- 81232011001300035

SOUSA NETO, V. L. *et al.* Sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS: implicações para o enfermeiro. **Rev Fund Care Online**. Out/dez; 8(4):5184-5192. 2016
DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5184-5192>.

SKINNER, E. A. Action regulation, *coping* and development. In J. B. Brandtstädter & R. M. Lerner (Eds.) **Action and self-development** (pp. 465-503). Thousand Oaks, CA: Sage. 1999.

SKINNER, E. A. *et al.* Searching for the Structure of *Coping*: a review and critique of category systems for Classifying ways of coping. **Psychological Bulletin**, 129 (2), 216-269. 2003.

SKINNER, E. A.; WELLBORN, J. G. Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D. L. Feartherman, R. M. Lerner, & M. Perlumutter (Eds.). **Life-span development and behavior**. (Vol. 12, pp. 91-133). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1994.

SKINNER, E. A.; ZIMMER-GEMBECK, M. J. The development of *coping*. **Annual Review of Psychology**, 58, 119-144. 2007.

UNAIDS Brasil (Joint United Nations Program on HIV/AIDS in Brazil). **Estatísticas Mundiais Sobre o HIV**. Folha de Dados 2021. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2021/06/2020_11_19_UNAIDS_FactSheet_PORT_Revisada-Final.pdf acesso em: 22 de fevereiro de 2022.

_____. **Informações básicas sobre o HIV e a AIDS**. c2022. Disponível em: <https://unaids.org.br/informacoes-basicas/> acesso em: 20 de fevereiro de 2022.

_____. **Guia de terminologias do UNAIDS**. 2017. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/10/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf acesso em: 05 de julho de 2022.

VASCONCELOS, A. G.; NASCIMENTO, E. Teoria Motivacional do *Coping*: um modelo hierárquico e desenvolvimental. **Revista Avaliação Psicológica**, v. 15, n. esp., p. 77-87, 2016.

VICENTE, S. R. C. R. M. **O Impacto do Diagnóstico de Anomalia Congênita: Coping e Indicadores Emocionais Maternos**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, Brasil. 2013.

ZAKABI, D. **Aconselhamento pré e pós-teste antiHIV na atenção básica: a perspectiva dos profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. 2012.

APÊNDICE A – Formulário Sociodemográfico e Clínico

Tendo em vista a necessidade de obter o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, pedimos-lhe que forneça as seguintes informações:

Sexo: Masc. () Fem. () **Idade:** _____ **Data:** __/__/____

1. Estado civil:

Solteira/o () Casada/o () Separada/o ou Divorciada/o () Viúva/o ()

2. Tem filhos/as:

Sim () Não () Quantos? _____

Tempo de relacionamento (relacionamento atual):

3. Ocupação: _____

4. Escolaridade:

a. Sem escolaridade ()

b. Fundamental () completo () incompleto ()

c. Médio () completo () incompleto ()

d. Universitário: () completo () incompleto () Qual curso _____

e. Pós-Graduação: _____ Especialização em : _____

f. Mestrado ()

g. Doutorado ()

5. Renda: _____

6. Cidade onde reside: _____

7. Com quem mora:

() Esposo/Companheiro (a) () Mãe/Pai () Irmãos () Avós () Tios () Outros

No caso de Outros, quem? _____

8. Religião: _____

9. Qual o tempo de diagnóstico, tratamento e carga viral/CD4?

APÊNDICE B – Entrevista de *Coping*

Após o preenchimento do Formulário Sociodemográfico e Clínico, iremos para um segundo momento da pesquisa. Agora, gostaria de entender como você tem feito para lidar com as questões decorrentes da relação sorodiferente para o HIV/AIDS. É importante lembrar que não existem respostas certas ou erradas. O importante é a sua forma de pensar e lidar com as possíveis situações difíceis que podem surgir no decorrer da relação sorodiferente.

PERGUNTAS INTRODUTÓRIAS
<p>1. Há quanto tempo sabe do diagnóstico de infecção pelo HIV? Como se sentiu? O que você pensou na hora em que foi comunicado?</p>
<p><i>Família 1: AUTOCONFIANÇA</i></p>
<p>2. O que você sentiu frente ao diagnóstico? 3. O que fez para lidar com os sentimentos frente à descoberta do diagnóstico de infecção pelo HIV? 4. O que você ficou pensando logo após a descoberta? 5. No que você tentou focar seu pensamento?</p>
<p><i>Família 2: BUSCA DE SUPORTE</i></p>
<p>6. Quem está te apoiando neste momento? Como? Isso tem te ajudado? E de que forma? 7. Que forma de ajuda você considera mais importante neste momento?</p>
<p><i>Família 3: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS</i></p>
<p>8. Existe alguma situação que você considera difícil de lidar? Como você busca resolver?</p>
<p><i>Família 4: BUSCA DE INFORMAÇÃO</i></p>
<p>9. Quando recebeu o diagnóstico de HIV buscou informações em algum lugar? Onde? Com quem? 10. Como foi a comunicação do diagnóstico e demais orientações sobre as possibilidades de tratamento? 11. Você conversou com alguém para obter maiores informações? Quem? Como se sentiu?</p>
<p><i>Família 5: ACOMODAÇÃO</i></p>
<p>12. Como você tem lidado com a infecção pelo HIV atualmente?</p>
<p><i>Família 6: NEGOCIAÇÃO</i></p>
<p>13. Como você tem buscado se planejar/resolver as questões referentes ao acompanhamento médico? Isso tem ajudado? De que forma?</p>
<p><i>Família 7: DELEGAÇÃO</i></p>
<p>14. Você imagina um período melhor do que está vivenciado agora? Como você imagina esse período?</p>

15. Quando você pensa, hoje, no diagnóstico de infecção pelo HIV e no tratamento, como você se sente?

16. O que você espera das pessoas ao seu redor?

Família 8: ISOLAMENTO

17. Você tende a guardar seus sentimentos para si mesmo? Por que? Como você se sente?

18. Quando passa por alguma situação difícil se distancia das outras pessoas?

19. Após a descoberta você utilizou do sigilo para evitar que outras pessoas soubessem sobre o diagnóstico?

Família 9: DESAMPARO

20. Você, em algum momento, já sentiu medo de uma possível separação?

22. Como tem sido para você, estar numa relação sorodiscordante?

CASO NÃO ESTEJA BOM- Acredita que algo pode ser feito para mudar essa situação? Como você se sente?

Família 10: FUGA

23. Você percebe que tenta esquecer as situações consideradas difíceis?

27. Imagina que poderia ter acontecido de outra maneira? Como você imagina? Como se sente?

Família 11: SUBMISSÃO

28. Você sente culpa frente a alguma situação difícil? Acha que poderia ter feito algo diferente?

29. Você se sente motivado a mudar a forma como se sente?

Família 12: OPOSIÇÃO

30. Você procura identificar um culpado ou quem seja mais culpado pelas situações difíceis que acontecem contigo?

Com que frequência? Qual o seu sentimento em relação a essa pessoa?

31. Você desconta seus problemas em outras pessoas? Quem são essas pessoas?

*Elaborado a partir do estudo de Vicente (2013).

I -Você deseja acrescentar algo sobre o que conversamos ou fazer algum comentário?

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezado (a),

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ANÁLISE DO PROCESSO DE *COPING* EM CASAIS SORODIFERENTES PARA O HIV/AIDS”, que está sendo desenvolvida pelo discente Ricardo Alves de Oliveira, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), nível de mestrado sob orientação da Professora Dra. Sibelle Maria Martins de Barros. Antes de decidir sobre sua participação é importante que entenda o motivo de a mesma estar sendo realizada e como ela se realizará. Responsabilizamos-nos em cumprir as exigências contidas nas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A pesquisa tem como objetivo geral: analisar processo de *coping* em casais cujos parceiros são sorodiferentes para o HIV/AIDS. **Os objetivos específicos são:** identificar as dificuldades e os estressores vivenciados por casais sorodiferentes para o HIV/AIDS; caracterizar o processo de *coping* em parceiro soropositivo frente ao recebimento do diagnóstico de infecção por HIV/AIDS e à revelação diagnóstica ao parceiro soronegativo; comparar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos parceiros soropositivos e parceiros soronegativos frente ao conhecimento do diagnóstico; apreender estratégias construídas entre o casal para lidarem com o advento da infecção pelo HIV.

O fenômeno da sorodiferença representa a união de pessoas, sejam essas heterossexuais ou homossexuais, onde apenas um dos dois vive com o HIV/AIDS. Diante dessa nova configuração de relação, sabe-se que o sofrimento da pessoa que vive com HIV e do parceiro soronegativo, pode ser causado por diferentes fatores considerados como estressores, a saber: a comunicação do diagnóstico, a revelação do diagnóstico ao parceiro soronegativo, o preconceito e discriminação, o medo iminente da morte, as limitações decorrentes do processo de adoecimento, as dificuldades nos serviços de saúde, dentre outros. Neste sentido, busca-se compreender quais são as estratégias de enfrentamento utilizadas por casais sorodiferentes e os estressores decorrentes da infecção pelo HIV/AIDS.

Sua participação na pesquisa é voluntária e apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados. Caso aceite participar, o (a) senhor (a) deve declarar sua voluntariedade assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta dos dados será realizada por meio virtual através de uma entrevista, e caso aceite participar, será agendado um horário para que seja realizada a entrevista semiestruturada, individual com cada um dos parceiros de forma virtual, através do *Google Meet*. A duração média de respostas ao formulário sociodemográfico/clínico e da entrevista de *Coping* será de no máximo 30 minutos.

Sua participação no projeto não lhe trará risco ou prejuízo para sua saúde física ou mental. Também não lhe trará qualquer despesa ou ônus financeiro; portanto não haverá necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável. De qualquer forma, se você considerar conveniente, pode encerrar sua participação a qualquer momento sem que seja necessária qualquer explicação para isso, nem receba qualquer punição.

Todas as informações obtidas no estudo permanecerão em absoluto sigilo, assegurando proteção de sua imagem, de sua privacidade e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados poderão ser apresentados e dialogados em espaços acadêmicos (Congressos, Seminários, etc.) e publicados em periódicos científicos, porém sua identidade não será divulgada nestas ocasiões, nem serão utilizadas quaisquer imagens ou informações que permitam a sua identificação, conforme a Resolução Nº. 466/12. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, o (a) Sr (a) terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador responsável.

Declaramos que o desenvolvimento da pesquisa seguirá rigorosamente todas as exigências preconizadas pela Resolução nº 466/12 do CNS do Ministério da Saúde, especialmente aquelas contidas no item IV. 3, referente a contribuição e ampliação do nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o (a) Sr (a) poderá contatar a equipe científica pelo telefone (83) 9 9411-8372 ou e-mail: ricardopsicologo2018@gmail.com, do pesquisador responsável Ricardo Alves de Oliveira ou (83) 9 9999-5250 ou e-mail: barros.sibelle@gmail.com, da Profa Dr^a Sibelle Maria Martins Barros, ou contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) pelo telefone (83) 3315.3373.

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa: “ANÁLISE DO PROCESSO DE *COPING* EM CASAS SORODIFERENTES PARA O HIV/AIDS”, e ter lido e entendido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu aceito

participar do presente estudo e permito que os dados obtidos sejam utilizados para os fins da pesquisa, estando ciente que os resultados serão publicados para difusão e progresso do conhecimento científico e que minha identidade será preservada. Estou ciente também que receberei uma via deste documento. Por ser verdade, firmo o presente.

Campina Grande, ____/____/____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO – MODELO VIRTUAL (GOOGLE FORMS)

Pesquisa: “ANÁLISE DO PROCESSO DE *COPING* EM CASAIS SORODIFERENTES PARA O HIV/AIDS”.

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ANÁLISE DO PROCESSO DE *COPING* EM CASAIS SORODIFERENTES PARA O HIV/AIDS”, que está sendo desenvolvida pelo discente Ricardo Alves de Oliveira, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), nível de mestrado sob orientação da Professora Dra. Sibelle Maria Martins de Barros. Antes de decidir sobre sua participação é importante que entenda o motivo de a mesma estar sendo realizada e como ela se realizará. Responsabilizamos-nos em cumprir as exigências contidas nas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A pesquisa tem como objetivo geral: analisar processo de *coping* em casais cujos parceiros são sorodiferentes para o HIV/AIDS. Gostaríamos de contar com sua colaboração voluntária, no sentido de responder esta pesquisa online, sob a responsabilidade do mestrando Ricardo Alves de Oliveira vinculado ao Departamento de Psicologia e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba.

Esclarecemos que:

1. Essa pesquisa busca analisar processo de *coping* em casais cujos parceiros são sorodiferentes para o HIV/AIDS;
2. Você responderá a um Formulário Sociodemográfico e Clínico e uma Entrevista Semiestruturada (Entrevista de *Coping*);
3. Essa pesquisa apresenta riscos mínimos, mas caso sinta-se desconfortável emocionalmente, após o preenchimento do formulário, poderá solicitar suporte psicológico, de acordo com Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde;
4. Você poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo;
5. Você poderá ter assistência psicológica caso sinta-se desconfortável emocionalmente, após o preenchimento do formulário, de acordo com Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
6. Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo;
7. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.);

8. Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa causar danos físicos ou financeiros ao voluntário. Desse modo, não cabe indenização por parte da equipe científica;

9. Essa pesquisa poderá possibilitar a construção de ações que visem efetivar uma assistência qualificada a gestantes usuárias do SUS.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a mestrando Ricardo Alves e a equipe científica, através do contato: ricardopsicologo2018@gmail.com. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelo pesquisador ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB e da CONEP (quando pertinente).

- Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador.

Desde já agradecemos sua importante colaboração!