

## Evidências de validade da escala de antecipação do estigma relacionado ao HIV

Evidencia de validez de la escala de anticipación del estigma relacionado con el VIH

Validity evidence of the HIV-related stigma anticipation scale

### Stéphanie da Selva Guimarães

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre – RS/Brasil*

**ORCID:** 0000-0002-7184-6228

**E-mail:** stephanie-sg@hotmail.com

### Ramiro Figueiredo Catelan

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre – RS/Brasil*

**ORCID:** 0000-0002-8402-0812

**E-mail:** ramirocatelan@gmail.com

### Luísa Chaves de Faria Brasil

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre – RS/Brasil*

**ORCID:** 0000-0002-2262-1604

**E-mail:** luisa.chaves.brasil@gmail.com

### Damião Soares de Almeida-Segundo

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre – RS/Brasil*

**ORCID:** 0000-0003-2407-0583

**E-mail:** damiao.soares@gmail.com

### Henrique Caetano Nardi

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre – RS/Brasil*

**ORCID:** 0000-0001-6058-1642

**E-mail:** hcnardi@gmail.com

### Angelo Brandelli Costa

*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre – RS/Brasil*

**ORCID:** 0000-0002-0742-8152

**E-mail:** angelo.costa@pucrs.br

### Resumo

O estigma relacionado ao HIV é um dos principais fatores associados a desfechos negativos entre pessoas que vivem com HIV, como evitação de testagem e baixa adesão ao tratamento. O objetivo deste estudo é apresentar as evidências de validade da Escala de Antecipação do Estigma Relacionado ao HIV (EAER-HIV-7) no contexto brasileiro. Participaram do estudo 428 homens, em sua maioria brancos e heterossexuais. Os participantes responderam a um protocolo contendo dados sociodemográficos, a EAER-HIV-7, a Escala de Preconceito Contra Diversidade Sexual e de Gênero (EPCDSG), um questionário de conhecimentos sobre a transmissão do HIV e questões sobre percepção de risco de infecção por HIV. Foi realizada tradução e adaptação transcultural da EAER-HIV-7. Para analisar os dados, foram utilizados testes t para avaliar a validade convergente e entre grupos, bem como análise fatorial confirmatória (CFA) para investigar a estrutura fatorial. O modelo unidimensional da EAER-HIV-7 testado apresentou bons índices de ajuste. Os resultados indicam boas evidências de fidedignidade da EAER-HIV-7, sugerindo sua aplicabilidade no contexto brasileiro. Sugere-se que mais estudos sejam conduzidos em populações diversas, como mulheres, idosos, pessoas LGBTQIA+ e indivíduos casados, de modo a oferecer novas versões da ferramenta.

**Palavras-chaves:** HIV; Testagem; Estigma; Preconceito; Comportamento sexual.

## Resumen

El estigma relacionado con el VIH es uno de los principales factores asociados con los resultados negativos entre las personas que viven con el VIH, como la evitación de las pruebas y la mala adherencia al tratamiento. El objetivo de este estudio es presentar evidencias de la validez de la Escala de Anticipación del Estigma Relacionado con el VIH (EAER-HIV-7) en el contexto brasileño. Un total de 428 hombres, en su mayoría blancos y heterosexuales, participaron en el estudio. Los participantes respondieron un protocolo que contenía datos sociodemográficos, la EAER-HIV-7, la Escala de Prejuicios contra la Diversidad Sexual y de Género (EPCDSG), un cuestionario sobre conocimientos sobre la transmisión del VIH y preguntas sobre el riesgo percibido de infección por el VIH. El EAER-HIV-7 fue traducido y adaptado transculturalmente. Para analizar los datos, se utilizaron pruebas t para evaluar la validez convergente y entre grupos, así como el análisis factorial confirmatorio (CFA) para investigar la estructura factorial. El modelo unidimensional de la EAER-HIV-7 ensayado presentó buenos índices de ajuste. Los resultados indican buena evidencia de confiabilidad del EAER-HIV-7, sugiriendo su aplicabilidad en el contexto brasileño. Se sugiere realizar más estudios en poblaciones diversas, como mujeres, adultos mayores, personas LGBTQIA+ y personas casadas, a fin de ofrecer nuevas versiones de la herramienta.

**Palabras clave:** VIH; Pruebas; Estigma; Prejuicio; Comportamiento sexual.

## Abstract

HIV-related stigma is one of the main factors associated with negative outcomes among people living with HIV, such as testing avoidance and poor adherence to treatment. The aim of this study is to present evidence of the validity of the HIV-Related Stigma Anticipation Scale (EAER-HIV-7) in the Brazilian context. A total of 428 men, mostly white and heterosexual, participated in the study. Participants answered a protocol containing sociodemographic data, the EAER-HIV-7, the Scale of Prejudice Against Sexual and Gender Diversity (EPCDSG), a questionnaire about knowledge about HIV transmission and questions about perceived risk of HIV infection. The EAER-HIV-7 was translated and cross-culturally adapted. To analyze the data, t-tests were used to assess convergent and between-group validity, as well as confirmatory factor analysis (CFA) to investigate the factor structure. The unidimensional model of the EAER-HIV-7 tested presented good adjustment indices. The results indicate good evidence of reliability of the EAER-HIV-7, suggesting its applicability in the Brazilian context. It is suggested that further studies be conducted in diverse populations, such as women, the elderly, LGBTQIA+ people and married individuals, in order to offer new versions of the tool.

**Keywords:** HIV; Testing; Stigma; Prejudice; Sexual behavior.

## Introdução

O estigma relacionado ao HIV tem sido registrado desde os primórdios da epidemia, na década de 1980, e pode ser entendido, de maneira geral, como um conjunto de atitudes de diminuição, descrédito e discriminação direcionadas a pessoas que vivem com HIV/AIDS e aos indivíduos, grupos e comunidades a elas associados (Herek, 1999). Mesmo após o desenvolvimento dos primeiros medicamentos antirretrovirais, que gradativamente proporcionaram maior qualidade de vida a quem contraiu o vírus, uma série de mitos, estereótipos e crenças persistem no senso comum, reforçando o estigma, que pode ocasionar uma série de agravos e consequências deletérias a pessoas que vivem com HIV/AIDS (Aggleton, Parker & Maluwa, 2003; Fontanari et al., 2019).

Os impactos deste estigma incluem desfechos psicológicos negativos, prejuízo no acesso à saúde, discriminação no mercado de trabalho e nas instituições educacionais, podendo chegar a casos de violência física e mortes (Herek, 1999). Outros pontos de atenção referem-se à vivência e percepções do estigma, considerando a relação destes com sintomas depressivos e ansiosos, que impactam negativamente na saúde mental e, conseqüentemente, no bem-estar subjetivo destes indivíduos (Herek, Saha & Burack, 2013). Fenômenos como a fobia à AIDS e crenças e medos persistentes de pessoas não-soropositivas em relação ao HIV são derivados do estigma, podendo levar à evitação de ambientes e/ou pessoas consideradas relacionadas à doença (Harrell & Wright, 1998). A manutenção do estigma pode ser explicada por questões como a não

possibilidade de cura, a associação do HIV/AIDS com comportamentos sexuais estigmatizados, a responsabilização/moralização sobre quem contrai o vírus e crenças morais e/ou religiosas a respeito do processo de adoecimento, sendo estes os principais fatores que geram medo, desinformação e estereótipos direcionadas a pessoas que vivem com HIV/AIDS (Suit & Pereira, 2008; Vilanova et al., 2023).

Pelúcio e Miskolci (2009) apontam os efeitos do chamado dispositivo da AIDS, que consiste em um conjunto de práticas e discursos que produzem verdades a respeito do HIV/AIDS, sobre a manutenção do estigma relacionado ao HIV. O surgimento, e posterior agravamento da epidemia de HIV/AIDS no contexto brasileiro deixou um legado de discriminação, que incidiu sobre a vigilância das sexualidades consideradas desviantes da norma social, marcando negativamente minorias sexuais, profissionais do sexo e outros grupos colocados em situação de vulnerabilidade. A noção de risco, segundo os autores, solidificou-se a partir da categoria de “grupos de risco”, que serviu para moralizar, culpabilizar e controlar quaisquer pessoas que não estivessem conforme o padrão heterossexual estabelecido, associando as sexualidades dissidentes ao perigo, irresponsabilidade e irracionalidade, ideias que permanecem até hoje na estrutura social e no discurso do senso comum.

Outro fator que pode vir a reforçar a presença e manutenção do estigma relacionado ao HIV é a forte incidência do discurso heterocisnormativo, ou seja, a suposição de que pessoas heterossexuais e/ou cisgênero são superiores às não-heterossexuais e não-cisgênero, estabelecendo uma relação hierárquica e assimétrica na qual as primeiras são consideradas normais e desejáveis, e as segundas, desviantes e passíveis de perseguição (Warner, 1993; Worthen, 2016). Pressupostos heterocisnormativos estão ligados a valores sexistas e posicionam-se contrários à diversidade sexual e de gênero, inferiorizando pessoas não-heterossexuais e não-cisgênero e ressaltando que o estigma relacionado ao

HIV/AIDS se localiza em determinados corpos que dissidem dos regramentos sexuais e de gênero estabelecidos pela heterocisnormatividade (Pelúcio & Miskolci, 2009; Albuquerque, Garcia, Alves, Queiroz & Adami, 2013). Os dados atuais evidenciam a importância de olhar para os fenômenos que cercam a sexualidade, em especial quando se trata de pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil (Costa A. B, Moura Filho, J. B., et al., 2022).

Dados coletados de 1980 a junho de 2020 documentaram 1.011.617 de casos de AIDS notificados no território nacional. Os dados do boletim HIV/AIDS de 2020 (Brasil, 2020), referentes ao período de 2013 a 2019, apontam muitos casos de HIV e de AIDS em homens que fazem sexo com outros homens, embora demonstrem queda no número de casos entre alguns grupos. Uma avaliação apurada das subnotificações encontradas no SINAN, em relação às diferenças por estado, sugere importantes assimetrias na proporção dos dados apresentados, nos quais evidenciam-se divergências quanto ao número de casos por região. Tal discordância pode ser observada quando, por exemplo, um dos levantamentos aponta o Sul e o Centro-Oeste do Brasil como regiões de maiores incidências de novos casos de HIV/AIDS, enquanto outro indica que as regiões com maior número de casos são o Sul e o Sudeste. A Região Sul revela a maior incidência em ambos levantamentos, destacando-se a cidade de Porto Alegre, que apresentou uma taxa de 58,5 casos/100 mil habitantes em 2019, número 3,3 vezes maior que a taxa geral do Brasil no mesmo ano. O elevado número de infecções por HIV pode potencializar os efeitos deletérios relacionados ao estigma contra pessoas que vivem com HIV/AIDS, o que caracteriza um grave problema de saúde pública com impacto sobre o bem-estar subjetivo e social destes indivíduos.

O cenário acima apresentado sugere ser salutar a avaliação do estigma relacionado ao HIV/AIDS por meio de dados obtidos diretamente com essa população. Atualmente,

existem inúmeros instrumentos eficazes na avaliação de componentes referentes ao estigma ao HIV/AIDS, a *AIDS Attitude Scale* (AAS) de Shrum, Turner e Bruce (1989), que utiliza a proximidade de pessoas com AIDS para mensurar questões morais e de bem-estar social. A escala homônima desenvolvida por Froman, Owen e Daisy (1992) tem como foco a evitação e a empatia, enquanto a *AIDS A Victim Blaming Scale* (Mulford & Lee, 1996) se concentra em avaliar a culpabilização da vítima e a culpabilização da sociedade; já a *Attitudes Toward Women with HIV/AIDS Scale* (O’Hea, Sytsma, Copeland & Brantley, 2001) aborda o estigma contra HIV direcionado a mulheres. Por fim, o *International AIDS Questionnaire* (Davis, Sloan, Macmaster & Hughes, 2007), *Expressed HIV/AIDS-related Stigma* (Kalichman et al., 2005), *HIV/AIDS-related Stigma* (Genberg et al., 2008) e *HIV/AIDS Stigma Scale* (Zelaya et al., 2008) abordam fenômenos como os mitos sobre transmissão, medo, desejo de manter segredo/sigilo sobre o diagnóstico, isolamento social, vergonha, vulnerabilidade e similares.

As escalas acima apresentadas visam apontar traços relacionados a alguns dos tipos de estigma relacionados ao HIV/AIDS. Dentre eles, destaca-se o estigma antecipado, que se refere ao medo de alguém vir a sofrer discriminação caso, num cenário hipotético, viesse a contrair HIV. Evidências sugerem que o temor de consequências sociais negativas após um possível diagnóstico positivo, podem influenciar o atraso ou a não realização dos testes rápidos, tanto entre jovens heterossexuais (Catelan et al., 2020) quanto entre mulheres trans e homens que fazem sexo com homens (Golub & Gamarel, 2013). Entre homens gays e bissexuais, parecem haver distintos níveis de ansiedade, pânico, paranoia, preocupações e obsessões – semelhantes aos encontrados no transtorno obsessivo compulsivo – frente à possibilidade de se infectar com o vírus (Starks, Rendina, Breslow, Parsons & Golub, 2013). Este estudo sugere, ainda, a ligação do estigma antecipado com outras formas de estigma, como o interpessoal e o internalizado, à medida que os participantes demonstraram

preocupação com se sentirem estigmatizados e/ou rejeitados socialmente. Esse receio possivelmente tem associação com o histórico de julgamentos e discriminações comumente experimentadas por minorias sexuais e de gênero.

Diversos estudos foram desenvolvidos para mensurar o estigma antecipado do HIV, conforme sugeriu uma revisão conduzida por Earnshaw e Chaudoir (2009), que analisaram 24 instrumentos para avaliação desse tipo de estigma. Os instrumentos foram aplicados em diferentes amostras, incluindo pessoas que vivem com HIV, profissionais da saúde, estudantes, pessoas com câncer, membros da comunidade, familiares de crianças com HIV e pacientes com tuberculose.

No contexto brasileiro, encontra-se disponível uma adaptação transcultural da *Short HIV Stigma Scale*, que apresenta propriedades psicométricas satisfatórias (Luz et al., 2020). Ainda assim, é necessário o desenvolvimento de instrumentos específicos para a medição do estigma antecipado entre profissionais de saúde que atendem pessoas que vivem com HIV/AIDS, de modo a avaliar os aspectos referentes à discriminação de profissionais frente a esta população. O objetivo deste estudo, portanto, é propor a adaptação transcultural e validação de uma medida já utilizada no contexto internacional, a Escala de Antecipação do Estigma Relacionado ao HIV (EAER-HIV), de modo a produzir uma versão reduzida de sete itens deste instrumento (EAER-HIV-7).

## Método Procedimentos

Este estudo é um desdobramento de uma pesquisa mais ampla que investigou a associação entre o estigma antecipado do HIV e o comportamento de testagem em uma amostra de soldados brasileiros (Catelan et al., 2020). Foram realizadas reuniões com o Comandante Militar do Sul e a equipe responsável pela política de saúde militar regional para solicitar autorização para o

estudo. Em dezembro de 2016, foi concedida autorização para iniciar a investigação na cidade de Porto Alegre. Em fevereiro de 2017, o protocolo de pesquisa foi submetido para avaliação pela população participante por meio de uma avaliação piloto, na qual três soldados completaram o questionário. Em seguida, entre fevereiro e março de 2017, a coleta foi realizada, sendo conduzida por dois pesquisadores previamente treinados no protocolo de estudo. A população-alvo foi de jovens homens conscritos do Exército Brasileiro em período de serviço militar obrigatório, convidados a participar durante o processo de incorporação de novos recrutas. Ao assentirem, eles responderam a um questionário autoadministrável disponibilizado em papel no local. A aplicação ocorreu numa instalação coletiva nas dependências de um complexo militar em Porto Alegre. A equipe esteve disponível no momento para responder a perguntas e prestar esclarecimentos.

Todos os procedimentos de pesquisa foram revisados e aprovados pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAEE 63637317.0.0000.5334). A amostra foi recrutada por conveniência. Aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido indicando seus direitos, bem como os riscos e benefícios implicados na participação da pesquisa. O anonimato foi garantido, sendo os dados acessados somente pelos pesquisadores, conforme considerações éticas da Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos.

Para alcançar o objetivo deste estudo, a amostra foi dividida em duas subamostras a partir da seleção aleatória de participantes no banco de dados final. A primeira amostra foi utilizada para produzir as evidências necessárias de seleção dos itens e construção da versão reduzida da EAER-HIV; já a segunda serviu para testar a estrutura fatorial e evidências de validade do instrumento.

## **Participantes**

A pesquisa faz parte de um projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, em colaboração com o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, tendo sido negociado com o Exército Brasileiro de fevereiro a dezembro de 2016, período durante o qual os pesquisadores responsáveis realizaram uma série de reuniões e tratativas com o general responsável pela política de saúde militar regional e sua equipe, com vistas à apresentação, explicação do objetivo do projeto e encaminhamento de burocracias do Exército para autorização da pesquisa.

O estudo foi realizado na cidade de Porto Alegre. O cálculo amostral foi feito com base no número total de conscritos incorporados no ano de 2016, totalizando 325 pessoas necessárias, sendo que 434 foi o número total de respondentes. Os participantes, homens entre 18 e 20 anos, conscritos ao Exército Brasileiro em período de serviço militar obrigatório, foram convidados a participar durante o processo de incorporação de novos recrutas ao Exército de fevereiro a março de 2017. Ao aceitarem a participação, responderam a um questionário autoadministrável disponibilizado em papel no local. O processo de coleta foi conduzido e acompanhado pela equipe de pesquisadores previamente treinados no protocolo, que estiveram disponíveis no momento da aplicação para tirar dúvidas e prestar esclarecimentos. A decisão de manter uma equipe no local acompanhando e conduzindo o processo foi tomada no sentido de garantir o sigilo e preservação dos dados e maior fidedignidade no processo de preenchimento do questionário.

A participação na pesquisa não acarretou prejuízos para os conscritos e/ou seus vínculos com o Exército Brasileiro. Foram garantidos o anonimato e a preservação de suas identidades no momento da publicação dos

dados. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido indicando seus direitos, bem como os riscos e benefícios implicados na participação da pesquisa. Ressalta-se que, por conta da relação hierarquizada no contexto militar, os conscritos foram convocados coletivamente a comparecerem ao local onde seria realizada a pesquisa. Foi ressaltado, neste momento, o caráter voluntário da realização, explicando-se que não se tratava de uma prova ou teste.

Participaram do estudo 428 conscritos do Exército Brasileiro do gênero masculino, com idades entre 18 e 20 anos ( $M = 18,21$ ;  $DP = 0,43$ ), em sua maioria heterossexuais (94,9%), brancos (58,2%), solteiros (91,4%), com idade de 18 anos (79,7%), com ensino médio completo (42,5%) ou incompleto (34,3%) e com renda familiar de um a dois salários-mínimos (41,5%). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes tanto para a amostra total quanto para as duas subamostras.

Tabela 1  
*Características sociodemográficas,*

Característica	Total (N = 428)	Amostra 1 (N = 214)	Amostra 2 (N = 214)
<b>Renda familiar n (%)</b>			
Menos de um salário mínimo	44 (10,3)	21 (9,8)	23 (10,7)
De um a dois salários mínimos	177 (41,4)	90 (42,1)	87 (40,7)
De três a quatro salários mínimos	109 (25,5)	58 (27,1)	51 (23,8)
De cinco a seis salários mínimos	43 (10,0)	19 (8,9)	24 (11,2)
De sete a onze salários mínimos	40 (9,3)	18 (8,4)	22 (10,3)
Acima de doze salários mínimos	14 (3,3)	8 (3,7)	6 (2,8)
Não informado	1 (0,2)	-	1 (0,5)
<b>Nível de escolaridade n (%)</b>			
Sem escolaridade	3 (0,7)	2 (1,0)	1 (0,5)
Ensino fundamental incompleto	42 (9,8)	19 (8,9)	23 (10,7)
Ensino fundamental completo	22 (5,1)	13 (6,1)	9 (4,2)
Ensino médio incompleto	147 (34,3)	73 (34,1)	74 (34,6)
Ensino médio completo	182 (42,5)	91 (42,5)	91 (42,5)
Ensino superior incompleto	32 (7,5)	16 (7,5)	16 (7,5)
<b>Estado Civil n (%)</b>			
União estável	28 (6,5)	16 (7,5)	12 (5,6)
Solteiro	391 (91,4)	191 (89,3)	200 (93,5)
Casado	4 (0,9)	3 (1,4)	1 (0,5)
Não informou	5 (1,2)	4 (1,9)	1 (0,5)
<b>Raça/cor n (%)</b>			
Preta	83 (19,4)	44 (20,6)	39 (18,2)
Branca	249 (58,2)	128 (59,8)	121 (56,5)
Parda	83 (19,4)	39 (18,2)	44 (20,6)
Indígena	10 (2,3)	2 (0,9)	8 (3,7)
Amarela	3 (0,7)	1 (0,5)	2 (0,9)
<b>Orientação Sexual n (%)</b>			
Heterossexual	406 (94,9)	202 (94,4)	204 (95,3)
Homossexual/gay	2 (0,5)	2 (0,9)	3 (1,4)
Bissexual	5 (1,2)	2 (0,9)	1 (0,5)
Outra	4 (0,9)	3 (1,4)	1 (0,5)
Não informada	11 (2,6)	5 (2,3)	6 (2,8)
<b>Idade n (%)</b>			
18	341 (79,7)	168 (78,5)	173 (80,8)
19	80 (18,7)	43 (20,1)	37 (17,3)
20	5 (1,2)	1 (0,5)	4 (1,9)
Não informado	2 (0,5)	2 (0,9)	-

## **Instrumentos**

### **Perfil sociodemográfico**

Os participantes relataram sua idade, raça/etnia, estado civil, nível de educação, renda, identidade sexual autodeclarada, entre outras variáveis.

### **Escala de antecipação do estigma relacionado ao HIV (EAER-HIV)**

Este instrumento foi desenvolvido por Starks et al. (2013) para medir a antecipação de consequências pessoais e interpessoais negativas em pessoas não infectadas pelo vírus HIV num hipotético cenário em que venham a contrair o HIV no futuro. Os 16 itens da escala original são medidos por uma escala Likert de quatro pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). Dez deles foram extraídos e adaptados da Escala de Estigma de HIV (Berger, Ferrans & Lashley, 2001), sendo o restante adicionados por Starks et al. (2013). Oito dos itens mensuram a autoestima negativa (e.g., “Se eu pegasse/contráisse HIV/AIDS, eu me sentiria uma pessoa ruim”), enquanto dois avaliam a preocupação com a revelação do diagnóstico (e.g., “Eu teria medo de ser julgado quando as pessoas soubessem que peguei/contrái HIV/AIDS”). Os outros seis itens aferem a antecipação do estigma do HIV: a vergonha (e.g., “Eu me sentiria envergonhado se eu pegasse/contráisse HIV/AIDS”), a culpa (e.g., “Se eu pegasse/contráisse HIV/AIDS, a culpa seria minha”) e as consequências sociais negativas (e.g., “Se eu pegasse/contráisse HIV/AIDS, ninguém iria querer me namorar ou se envolver sexualmente ou afetivamente comigo”). Um dos itens foi excluído por referir-se exclusivamente à mensuração da antecipação do estigma em homens gays e bissexuais (“Eu sinto que despondaria a comunidade gay se alguma vez me infectar com o HIV”, tradução livre do original “I would feel I let the gay community down if I ever got infected with HIV”). Dessa forma, a escala utilizada neste estudo foi composta por 15 itens. No estudo original o instrumento

apresentou boa confiabilidade ( $\alpha = 0,94$ ), com um fator único explicando 51,5% da variância dos itens.

### **Escala de preconceito contra diversidade sexual e de gênero (EPCDSG)**

Este instrumento é composto por 18 questões e foi desenvolvido por Berger, Ferrans e Lashley (2016) para avaliar o preconceito contra a diversidade sexual e de gênero no contexto brasileiro. Sua estrutura bifatorial permite que seja utilizada com apenas um fator geral ou dois fatores – preconceito contra diversidade de gênero (e.g., “Eu não consigo entender por que uma mulher se comportaria feito um homem”) e preconceito contra a diversidade sexual (e.g., “A homossexualidade masculina é uma perversão”). Os itens são respondidos por meio de uma escala Likert de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) até 5 (concordo totalmente). A escala apresentou boa confiabilidade no estudo original ( $\Omega_t = 0,94$ ;  $\alpha = 0,94$ ).

### **Conhecimentos sobre a transmissão do HIV**

Foi utilizado um questionário desenvolvido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011) brasileiro com 11 itens a respeito de conhecimentos relacionados ao HIV que é formado por alternativas como “Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV” e “Uma pessoa pode ser infectada ao compartilhar uma seringa”. As respostas são medidas em opções dicotômicas, concordo (1) ou discordo (0). Para fins de pontuação, a soma das respostas corretas é calculada; quanto mais alto o escore, maior o nível de conhecimento sobre a transmissão do HIV.

### **Percepção do risco de contrair HIV**

A percepção do risco de contrair HIV foi avaliada por meio da pergunta “Qual é a probabilidade de que você venha a contrair HIV em algum momento de sua vida?”. As respostas são dadas por meio de uma escala Likert, variando de 0 (“Eu nunca vou pegar

HIV/AIDS na minha vida”) até 3 (“A chance de eu pegar HIV/AIDS em algum momento é muito grande”).

### **Análise de dados**

As escalas de estigma antecipado e preconceito foram calculadas com média simples. Foi realizada análise fatorial confirmatória (AFC) com o estimador *Categorical diagonally weighted least squares* (DWLS) para avaliar os dados categóricos (Rhemtulla., Brosseau-Liard & Savalei, 2012). Os seguintes índices de ajuste para adequação do modelo foram considerados: razão qui-quadrado por graus de liberdade ( $\chi^2/gl < 2$ ); *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA  $< 0,08$ , preferencialmente menor que 0,06); *Comparative Fit Index* (CFI  $> 0,90$ , preferencialmente maior que 0,95); e Tucker-Lewis Index (TLI  $> 0,90$ , preferencialmente maior que 0,95) (Brown, 2015; Browne & Cudeck, 1993). Em seguida, para avaliar a confiabilidade da escala, foi calculado o valor do Ômega de McDonald ( $\omega$ ). As análises foram conduzidas utilizando o software R versão 4.1.2 e RStudio versão 1.4.1717, por meio dos pacotes psych, lavaan, mirt e eRm.

Para investigar as evidências de validade de critério entre grupos, foram realizados testes *t*, de modo a comparar as médias nos escores da versão reduzida do instrumento principal do estudo (EAER-HIV-7) para raça/cor (brancos/não brancos), testagem para HIV (sim/não), religião (sim/não), escolaridade (ensino médio completo ou maior/ensino médio incompleto ou menor), renda (até dois salários/acima de dois salários) e experiência sexual prévia (sim/não). Para produzir as evidências de validade de critério convergente, foram realizadas correlações de Pearson entre os escores da EAER-HIV-7, da EPCDSG, do risco presumido de contrair HIV e dos conhecimentos sobre a transmissão do HIV. Essas análises foram feitas no software SPSS versão 22.

### **Resultados**

### **Adaptação transcultural**

Após obtida autorização dos autores da escala original, iniciou-se o processo de adaptação transcultural, conforme Borsa, Damásio e Bandeira (2012). A tradução inglês-português foi realizada de forma independente por três pessoas brasileiras fluentes em inglês. Em seguida, todos os itens foram avaliados por três especialistas em gênero e sexualidade para ajustar e adaptar as preocupações linguísticas e culturais. Os itens originais foram mantidos, com adaptações em três questões relacionadas a questões culturais brasileiras. Os desacordos entre os três especialistas foram resolvidos e organizados por um quarto especialista. Nesta etapa, um item foi removido por dizer respeito apenas à comunidade não-heterossexual, sendo que o projeto do qual deriva o presente estudo, seria aplicado a um público mais amplo.

### **Redução da escala**

A Tabela 2 apresenta os valores da correlação item-total e os parâmetros de discriminação e dificuldades dos itens. Os itens com correlação item-total moderada foram os de 5 a 9, o 12 e o 14. Além disso, eles apresentaram os maiores parâmetros de discriminação. Os itens 3, 10, 11 e 13 apresentaram correlação item-total próxima ao critério estabelecido, mas os valores do parâmetro de discriminação foram inferiores aos dos itens selecionados para compor a versão reduzida do instrumento.

Assim, foi produzida uma versão reduzida da EAER-HIV com sete itens referentes à antecipação do estigma relacionado ao HIV. Esses itens estavam relacionados com culpa, vergonha e autoestima negativa pessoal ou diante de outras pessoas em um cenário hipotético de infecção.

### **Estrutura Fatorial da EAER-HIV-7**

O modelo unidimensional da EAER-HIV-7 testado apresentou bons índices de ajuste ( $\chi^2/gl = 1,36$ ;  $\chi^2 = 19,033$ ;  $gl = 14$ ; CFI = 0,99; TLI = 0,99; RMSEA = 0,04 I.C.

[0,00;0,08]). A Figura 1 apresenta as informações do modelo.

**Tabela 2**

*Correlação Item-Total e os Parâmetros de Discriminação e Dificuldades dos Itens*

Item	Correlação Item-Total	a	b1	b2	b3
1. Eu me sentiria decepcionado comigo mesmo caso eu pegasse/contráísse HIV/AIDS	0,40	0,82	3,12	2,09	-0,07
2. Eu me sentiria como se tivesse decepcionado minha família caso eu pegasse/contráísse HIV/AIDS	0,47	0,85	1,53	0,69	-0,72
3. Eu me sentiria como se tivesse decepcionado meus amigos caso eu pegasse/contráísse HIV/AIDS	0,48	0,88	0,46	-0,44	-1,82
4. Se eu pegasse/contráísse HIV/AIDS, a culpa seria minha	0,15	0,14	3,02	2,12	0,39
<b>5. Eu teria medo de ser julgado quando as pessoas soubessem que peguei/contrái HIV/AIDS</b>	0,51	1,22	2,45	1,20	-0,58
<b>6. Se eu pegasse/contráísse HIV/AIDS, eu me sentiria uma pessoa ruim</b>	0,53	1,43	0,13	-1,23	-2,89
<b>7. Eu me sentiria pior que as outras pessoas se eu pegasse/contráísse HIV/AIDS</b>	0,64	1,96	0,47	-1,02	-2,49
<b>8. Se eu pegasse/contráísse HIV/AIDS, eu me sentiria sujo</b>	0,62	1,82	0,01	-1,02	-2,68
<b>9. Acredito que ter HIV/AIDS é nojento</b>	0,51	1,42	-0,03	-1,34	-2,65
10. Eu ficaria com medo da possibilidade de pegar/contrair HIV/AIDS por causa das atitudes e opiniões das pessoas	0,49	1,09	1,28	-0,03	-1,75
11. Se eu pegasse/contráísse HIV/AIDS, ninguém iria querer me namorar ou se envolver sexualmente ou afetivamente comigo	0,47	0,89	1,96	0,41	-1,146
<b>12. Eu me sentiria culpado se eu pegasse/contráísse HIV/AIDS</b>	0,57	1,30	3,39	2,27	0,159
13. Se eu pegasse/contráísse HIV/AIDS as pessoas não iriam querer transar comigo	0,48	0,93	2,26	0,71	-1,012
<b>14. Eu me sentiria envergonhado se eu pegasse/contráísse HIV/AIDS</b>	0,62	1,63	2,80	1,18	-1,20
15. Eu ficaria marcado e exposto no meu bairro caso pegasse/contráísse HIV/AIDS	0,45	0,88	1,19	0,12	-1,30

*Nota.* Em destaque os itens selecionados, com correlação item-total moderada e parâmetro de discriminação 1,2 ou maior.

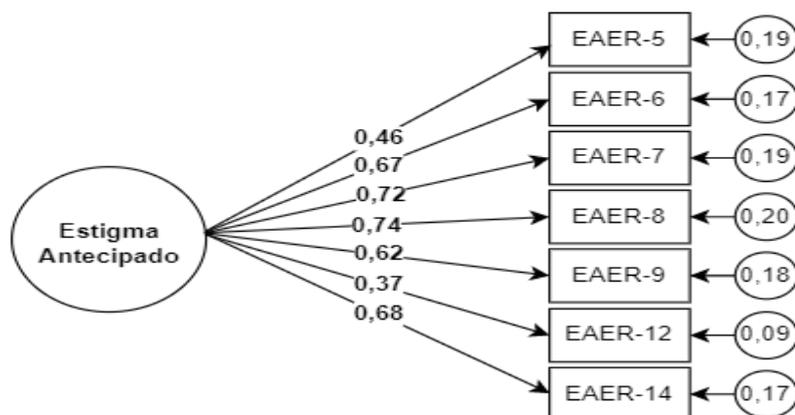


Figura 1. Modelo Unidimensional da EAER-HIV-7.

Todos os itens apresentaram carga fatorial acima de 0,30 e a confiabilidade do instrumento foi boa ( $\omega = 0,82$ ).

### Evidências de Validade de Critério entre Grupos e Convergente

Como evidência de validade de critério entre grupos, foram comparados os escores totais da EAER-HIV-7 para raça/cor (brancos/não brancos), testagem para HIV (sim/não), religião (sim/não), escolaridade (ensino médio completo ou maior/ensino médio incompleto ou menor), renda (até dois salários/acima de dois salários) e experiência sexual prévia (sim/não). As diferenças foram significativas para: (1) raça/cor ( $t = 2,61$ ;  $p < 0,01$ ), com o grupo não branco ( $n = 93$ ,  $M = 2,61$ ,  $DP = 0,76$ ) apresentando média superior ao grupo branco ( $n = 121$ ,  $M = 2,35$ ,  $DP = 0,66$ ); (2) testagem para HIV ( $t = 2,20$ ;  $p < 0,05$ ), com o grupo que nunca testou ( $n = 181$ ,  $M = 2,51$ ,  $DP = 0,72$ ) apresentando média superior ao que já testou ( $n = 33$ ,  $M = 2,21$ ,  $DP = 0,63$ ); e (3) escolaridade ( $t = 2,91$ ;  $p < 0,01$ ), com o grupo ensino médio incompleto ou

menor ( $n = 107$ ,  $M = 2,60$ ;  $DP = 0,74$ ) apresentando médias superiores ao grupo com ensino médio completo ou maior ( $n = 107$ ,  $M = 2,32$ ;  $DP = 0,66$ ).

Por outro lado, o resultado não foi significativo ( $p > 0,05$ ) para a comparação entre os grupos com religião ( $n = 174$ ,  $M = 2,51$ ,  $DP = 0,72$ ) e sem religião ( $n = 38$ ,  $M = 2,29$ ,  $DP = 0,67$ ); entre os que recebiam até dois salários mínimos ( $n = 110$ ,  $M = 2,50$ ,  $DP = 0,74$ ) e os que recebiam acima disso ( $n = 103$ ,  $M = 2,43$ ,  $DP = 0,68$ ); e entre os que já tinham feito sexo ( $n = 192$ ,  $M = 2,46$ ,  $DP = 0,70$ ) e os que não tinha feito ( $n = 22$ ,  $M = 2,47$ ,  $DP = 0,80$ ).

Finalmente, a Tabela 3 apresenta o resultado das correlações como evidência de validade de critério convergente. A correlação entre a escala original e sua versão reduzida foi de 0,92 ( $p < 0,01$ ). A EAER-HIV-7 se associou com o PCDSG ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,01$ ), em especial o preconceito contra a diversidade de gênero ( $r = 0,30$ ;  $p < 0,01$ ) e com o conhecimento sobre o HIV ( $r = -0,14$ ;  $p < 0,05$ ).

Tabela 3

Correlações Entre Antecipação do Estigma, Preconceito Contra a Diversidade Sexual e de Gênero, Risco Presumido de Contrair HIV e Conhecimentos Sobre a Transmissão do HIV.

Variável	1	2	3	4	5	6
1. EAER-HIV-7	1					
2. EAER-HIV-15	0,92**	1				
3. PCDSG	0,32**	0,29**	1			
4. PCDS	0,30**	0,27**	0,95**	1		
5. PCDG	0,33**	0,30**	0,97**	0,85**	1	
6. Conhecimento HIV	-0,12	-0,14*	-0,32**	-0,28**	-0,32**	1

7. Risco HIV	-0,06	-0,07	-0,13	-0,08	-0,13	0,06
--------------	-------	-------	-------	-------	-------	------

\*\* =  $p < 0,01$ ; \* =  $p < 0,05$ .

Nota. PCDSG – Preconceito Contra Diversidade Sexual e de Gênero, PCDS – Preconceito Contra Diversidade Sexual, PCDG – Preconceito Contra Diversidade de Gênero, EAER-HIV-7 – Escala de Antecipação do Estigma Relacionado ao HIV.

## Discussão

A Escala de Antecipação do Estigma Relacionado ao HIV (EAER-HIV) foi criada por Starks et al. (2013) a fim de mensurar essa dimensão do estigma na população de homens gays e bissexuais sem HIV nos Estados Unidos da América. Originalmente, a escala tem 16 itens – 10 itens provindos da Escala de Estigma em HIV de Berger et al. (2001) e seis itens desenvolvidos por Starks e colaboradores (Starks et al., 2013). Os itens de Berger et al. (2001) enfatizam o impacto do HIV na autoestima negativa e as preocupações com revelar a condição de HIV-positivo, todos apresentando ajustes para a população sem HIV. Já os seis adicionados por Starks et al. (2013) avaliam vergonha, culpa e as consequências sociais negativas que os participantes sentiriam caso se infectassem por HIV. A escala original demonstrou boa fidedignidade ( $\alpha = 0,94$ ) e foi utilizada no estudo de Starks et al. (2013) para identificar associações entre o estigma antecipado do HIV e a afetividade negativa de homens gays e bissexuais sem HIV (Starks et al., 2013).

Em 2018, a EAER-HIV foi adaptada e validada para o contexto chinês, sendo subsequentemente utilizada em um estudo sobre intervenções “crowdsourcing”, isto é, de colaboração coletiva para testagem de HIV (Tang et al., 2018). Essa mesma adaptação foi usada por Xiao et al. (2020) a fim de estudar intervenções de autotestagem de HIV via redes sexuais de homens que fazem sexo com homens na China. Similarmente, Catelan et al. (2020). demonstraram, com auxílio desta ferramenta, que homens brasileiros com maior estigma antecipado relacionado ao HIV encontravam-se mais propensos a adiar o teste para averiguar uma possível infecção do que os demais. Já Golub, Fikslin, Goldber, Peña e Radix (2019) usaram o instrumento para investigar a relação entre Profilaxia Pré-

Exposição (PrEP) e o estigma antecipado relacionado ao HIV, concluindo que a aceitação da PrEP é mais provável quando se tem um parceiro principal com HIV, que demonstre maior comportamento de risco nos últimos três meses e maior percepção de risco para o HIV.

O presente estudo demonstrou boas evidências de fidedignidade para um instrumento com 7 itens e apenas um fator. Neste sentido, o atual estudo de validação apontou que este instrumento, após adaptações e remoção de alguns itens, possui evidências suficientes de validade e fidedignidade para medir os eventos a que se propôs, demonstrando-se eficaz para o contexto brasileiro.

A versão reduzida da Escala de Antecipação do Estigma Relacionado ao HIV (EAER-HIV-7) proposta por este estudo avalia o estigma antecipado direto, resultado do processo de estigmatização e é composto por rótulos e estereótipos específicos, com separação/exclusão de ambientes, perda de status e discriminação das pessoas afetadas (Link & Phelan, 2001). A EAER-HIV-7 avalia a antecipação desse estigma em um cenário em que os participantes são convocados a refletir sobre suas reações cognitivas, emocionais e comportamentais caso viessem a se infectar por HIV.

Sugere-se que a versão completa da EAER-HIV seja analisada com cautela quanto aos itens retirados neste estudo de validação, visto a falta de significância destes itens para a população brasileira. Desta forma, conclui-se e indica-se que, para fim de aplicabilidade, seja utilizada a EAER-HIV-7, que possui sete itens referentes à antecipação do estigma do HIV, destacando a presença de sentimentos e atitudes referentes à culpa, vergonha, autoestima negativa pessoal ou interpessoal frente a um

possível quadro de infecção por profissionais da saúde.

Em relação ao contexto escolhido para a validação deste estudo, destaca-se que anteriormente Hamann, Pizzinato, Weber e Rocha (2017) investigaram, a partir de um estudo qualitativo, as narrativas no Teste Rápido para HIV em Porto Alegre (RS), destacando discursos envolvendo os elementos de promiscuidade, risco, culpa e responsabilização em uma amostra predominantemente masculina e heterossexual. Também em Porto Alegre, Azevedo, Almeida-Segundo, Feijó, Nardi e Costa (2020) avaliaram o papel dos profissionais da saúde na estigmatização da infecção de HIV. Os resultados demonstram que estudantes e profissionais da área atribuíram níveis maiores de controle, culpa e responsabilidade aos homens homossexuais e às mulheres trans nos cenários de "sexo desprotegido" quando comparados a outros grupos.

Historicamente, o HIV/AIDS foi conceitualizado como uma "doença/peste gay" pela mídia e pelo ambiente biomédico. Esse grupo foi responsabilizado pela epidemia, sendo o vírus usado como ferramenta necropolítica (Cazeiro, Silva & Souza, 2021). Apesar de pesquisas terem desmentido a relação direta entre homossexualidade e HIV/AIDS, esse discurso segue vigente e trazendo impactos nocivos a minorias sexuais. Salienta-se que outros grupos minoritários foram associados ao HIV/AIDS com o passar das décadas, como pessoas trans e travestis, alimentando a opressão sofrida por esses grupos e mantendo resistente o estigma relacionado ao HIV (Earnshaw, Bogart, Dovidio & Williams, 2015). Percebe-se diversos empecilhos para as testagens de HIV/AIDS, visto que tanto ter o vírus como a possibilidade de se infectar com ele despertam estigmas diversos, tanto direcionados a pessoas com o HIV quanto às populações associadas ao vírus, contribuindo para evitação e postergação da testagem (Golub & Gamarel, 2013).

### **Considerações finais**

A versão reduzida da Escala de Antecipação do Estigma Relacionado ao HIV (EAER-HIV-7) avalia a antecipação do estigma relacionado ao HIV em pessoas que não vivem com HIV/AIDS. Os presentes autores desenvolveram um instrumento mais curto que o original, a fim de promover pesquisas mais rápidas e maiores, podendo ser aplicadas no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro para a criação e aprimoramento de novas estratégias de enfrentamento ao HIV/AIDS, como, por exemplo, aconselhamento e orientação (Hamann et al., 2017). Além disso, tendo em vista a necessidade de criação estratégias de aconselhamento para populações vulneráveis para o HIV/AIDS, a avaliação do estigma relacionado ao HIV, mesmo quando antecipado, pode ser de grande valia para esse contexto (Costa, Viscardi, Feijo, & Fontanari 2022).

Entre as fortalezas do estudo, destaca-se a utilização de uma metodologia rigorosa e bem fundamentada para a adaptação transcultural da escala EAER-HIV-7, o que garante a validade e confiabilidade dos resultados obtidos. Além disso, a análise fatorial confirmatória da escala permitiu identificar uma estrutura fatorial consistente e adequada para avaliar a antecipação do estigma relacionado ao HIV no Brasil.

Por outro lado, algumas fragilidades do estudo também foram identificadas, como a falta de representatividade de algumas subamostras e a validação limitada da escala EAER-HIV-7. Além disso, o estudo não investigou outras propriedades psicométricas importantes da escala, como a confiabilidade teste-reteste e a sensibilidade à mudança. A ferramenta só foi testada na população masculina jovem (entre 18 e 20 anos), majoritariamente heterossexual e solteira. Estudos futuros sobre a validação da EAER-HIV-7 para as populações de mulheres, idosos, pessoas LGBTQIA+ e indivíduos casados (ou equivalente) são necessários para garantir diversificação de aplicação, podendo oferecer novas versões da ferramenta.

Apesar dessas fragilidades, os dados discutidos neste estudo são úteis para o desenvolvimento de novos estudos articulados à temática do estigma relacionado ao HIV. Por exemplo, é possível utilizar a escala EAER-HIV-7 em estudos longitudinais para avaliar a eficácia de intervenções destinadas a reduzir o

estigma relacionado ao HIV em diferentes grupos populacionais. Além disso, os resultados deste estudo podem ser utilizados para orientar políticas públicas e programas de prevenção e tratamento do HIV, visando reduzir o estigma e a discriminação associados à infecção pelo vírus.

## Referências

- Aggleton, P., Parker, R. G., & Maluwa, M. (2003). *Stigma, discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*. Inter-American Development Bank, Sustainable Development Department.
- Albuquerque, G. A., Garcia, C. D. L., Alves, M. J. H., Queiroz, C. M. H. T. D., & Adami, F. (2013). Homossexualidade e o direito à saúde: Um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 37(98) 516-524. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JhwFvPRq3LCSQTqkLgtHZ7f/abstract/?lang=pt>
- Azevedo, F. M. de, Almeida-Segundo, D. S. de, Feijó, M., Nardi, H. C., & Costa, A. B. (2020). Atribuições de Causalidade pela Infecção por HIV. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 20(3), 751–769. <https://doi.org/10.12957/epp.2020.54346>
- Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in nursing & health*, 24(6), 518-529. <https://doi.org/10.1002/nur.10011>
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2020). Boletim HIV/AIDS 2020. *Boletim Epidemiológico. Secretaria de*
- Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde*, número especial, dez. 2020. [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2020/boletim-hiv\\_aids-2020-internet.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2020/boletim-hiv_aids-2020-internet.pdf)
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). *Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações* (22nd ed.). Paidéia.
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. The Guilford Press.
- Browne, M., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen and J. S. Long (Eds.). *Testing structural equation models*. Newbury Park.
- Catelan, R. F., Azevedo, F. M., Sbicigo, J. B., Vilanova, F., Silva, L.P., Zanella, G. I., ... Nardi, H. C. (2020). Anticipated HIV stigma and delays in HIV testing among Brazilian heterosexual male soldiers. *Psychology & Sexuality*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/19419899.2020.1773909>
- Cazeiro, F., Silva, G. S. N. & Souza, E. M. F. (2021). Necropolítica no campo do HIV: algumas reflexões a partir do estigma da Aids. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, 26, 5361-5370. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.00672020>

- Costa, A. B., Machado, W. de L., Bandeira, D. R., & Nardi, H. C. (2016). Validation Study of the Revised Version of the Scale of Prejudice Against Sexual and Gender Diversity in Brazil. *Journal of Homosexuality*, 63(11), 1446–1463. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1222829>
- Costa, A. B., Moura Filho, J. B., Silva, J. M., Beloqui, J. A., Espindola, Y., de Araujo, C. F., ... & de Lima, C. E. (2022). Key and general population HIV-related stigma and discrimination in HIV-specific health care settings: Results from the Stigma Index Brazil. *AIDS care*, 34(1), 16-20. <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1876836>
- Costa, A. B., Viscardi, L. H., Feijo, M., & Fontanari, A. M. V. (2022). HIV Voluntary Counseling and Testing (VCT-HIV) effectiveness for sexual risk-reduction among key populations: A systematic review and meta-analysis. *EclinicalMedicine*, 52. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101612>
- Davis, C., Sloan, M., Macmaster, S., & Hughes, L. (2007). The International AIDS Questionnaire—English Version (IAQ-E): Assessing the Validity and Reliability. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children & Youth*, 7(2), 29–42. [https://doi.org/10.1300/J499v07n02\\_03](https://doi.org/10.1300/J499v07n02_03)
- Earnshaw, V. A., Bogart, L. M., Dovidio, J. F., & Williams, D. R. (2015). Stigma and racial/ethnic HIV disparities: Moving toward resilience. *Stigma and Health*, 1(S), 60–74. <https://doi.org/10.1037/2376-6972.1.S.60>
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From Conceptualizing to Measuring HIV Stigma: A Review of HIV Stigma Mechanism Measures. *AIDS and Behavior*, 13(6), 1160. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- Fontanari, A. M. V., Zanella, G. I., Feijo, M., Churchill, S., Lobato, M. I. R., & Costa, A. B. (2019). HIV-related care for transgender people: A systematic review of studies from around the world. *Social science & medicine*, 230, 280-294. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.016>
- Froman, R. D., Owen, S. V., & Daisy, C. (1992). Development of a Measure of Attitudes Toward Persons with AIDS. *The Journal of Nursing Scholarship*, 24(2), 149–152. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1992.tb00240.x>
- Genberg, B. L., Kawichai, S., Chingono, A., Sendah, M., Chariyalertsak, S., Konda, K. A., & Celentano, D. D. (2008). Assessing HIV/AIDS Stigma and Discrimination in Developing Countries. *AIDS and Behavior*, 12(5), 772–780. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9340-6>
- Golub, S. A., & Gamarel, K. E. (2013). The impact of anticipated HIV stigma on delays in HIV testing behaviors: findings from a community-based sample of men who have sex with men and transgender women in New York City. *AIDS Patient Care and STDs*, 27(11), 621-627. <https://doi.org/10.1089/apc.2013.0245>
- Golub, S. A., Fikslin, R. A., Goldberg, M. H., Peña, S. M., & Radix, A. (2019). Predictors of PrEP uptake among patients with equivalent access. *AIDS and Behavior*, 23(7), 1917-1924. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2376-y>
- Hamann, C., Pizzinato, A., Weber, J. L. A., & Rocha, K. B. (2017). Narrativas sobre risco e culpa entre usuários e usuárias de um serviço especializado em infecções por HIV: Implicações para o cuidado em saúde sexual. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 651-663. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170669>
- Harrell, J. P., & Wright, L. W. (1998). The development and validation of the

- Multicomponent AIDS Phobia Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20(3), 201-216. <https://doi.org/10.1023/A:1023020617248>
- Herek, G. M. (1999). AIDS and stigma. *American behavioral scientist*, 42(7), 1106-1116. <https://doi.org/10.1177/0002764299042007004>
- Herek, G. M., Saha, S., & Burack, J. (2013). Stigma and psychological distress in people with HIV/AIDS. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 41-54. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746606>
- Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Jooste, S., Toefy, Y., Cain, D., Cherry, C., & Kagee, A. (2005). Development of a Brief Scale to Measure AIDS-Related Stigma in South Africa. *AIDS and Behavior*, 9(2), 135-143. <https://doi.org/10.1007/s10461-005-3895-x>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Luz, P. M., Torres, T. S., Almeida-Brasil, C. C., Marins, L. M. S., Bezerra, D. R. B., Veloso, V. G., ... Thombs, B. D. (2020). Translation and validation of the Short HIV Stigma scale in Brazilian Portuguese. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 322. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01571-1>
- Mulford, C. L., & Lee, M. Y. (1996). Reliability and Validity of Aids Victim Blaming Scales. *Psychological Reports*, 79(1), 191-201. <https://doi.org/10.2466/pr0.1996.79.1.191>
- O'Hea, E. L., Sytsma, S. E., Copeland, A., & Brantley, P. J. (2001). The Attitudes Toward Women with HIV/AIDS Scale (ATWAS): Development and Validation. *AIDS Education and Prevention*, 13(2), 120-130. <https://doi.org/10.1521/aeap.13.2.120.19738>
- Pelúcio, L., & Miskolci, R. (2009). A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, (1) 125-157. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2933/293322961007.pdf>
- Rhemtulla, M., Brosseau-Liard, P. E., & Savalei, V. (2012). When can categorical variables be treated as continuous? A comparison of robust continuous and categorical SEM estimation methods under suboptimal conditions. *Psychological methods*, 17(3), 354. <https://doi.org/10.1037/a0029315>
- Shrum, J., Turner, N., & Bruce, K. (1989). *Development of an instrument to measure attitudes towards AIDS*. AIDS Education and Prevention.
- Starks, T. J., Rendina, H. J., Breslow, A. S., Parsons, J. T., & Golub, S. A. (2013). The psychological cost of anticipating HIV stigma for HIV-negative gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 17(8), 2732-2741. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0425-0>
- Suit, D., & Pereira, M. E. (2008). Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. *Psicologia USP*, 19, 317-340. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000300004>
- Tang, W., Wei, C., Cao, B., Wu, D., Li, K. T., Lu, H., ... Tucker, J. D. (2018). Crowdsourcing to expand HIV testing among men who have sex with men in China: a closed cohort stepped wedge cluster randomized controlled trial. *PLoS medicine*, 15(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002645>
- Vilanova, F., de Azevedo, F. M., & Steins, G. (2023). A Bayesian Network Perspective

on an Attributional Model of Reactions Toward People with HIV. *Actualidades en Psicología*, 37(134), 117-133.  
<https://doi.org/10.15517/ap.v37i134.46758>

Warner, M. (1993). *Fear of a queer planet. Queer Politics and Social Theory*. University of Minnesota Press.

Worthen, M. G. (2016). Hetero-cis-normativity and the gendering of transphobia. *International Journal of Transgenderism*, 17(1), 31-57.  
<https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149538>

Xiao, W., Yan, L., Chen, L., Fu, G., Yang, H., Yang, C., ... Wei, C. (2020). Sexual network distribution of HIV self-testing kits: Findings from the process evaluation of an intervention for men who have sex with men in China. *PLoS One*, 15(4).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232094>

Zelaya, C. E., Sivaram, S., Johnson, S. C., Srikrishnan, A. K., Solomon, S., & Celentano, D. D. (2008). HIV/AIDS Stigma: Reliability and Validity of a New Measurement Instrument in Chennai, India. *AIDS and Behavior*, 12(5), 781-788.  
<https://doi.org/10.1007/s10461-007-9331-7>

---

**Dados sobre os autores:**

- *Stéphanie da Selva Guimarães*: Psicóloga e Mestre em Psicologia (Bolsista CAPES de Excelência Acadêmica) pela PUCRS. Especializanda em Psicanálise, Sexualidade, e Psicologia Escolar e Educacional pela Faculdade Venda Nova do Imigrante, e em Atendimento Clínico das Diversidades Sexuais e de Gênero pelo Instituto de Pesquisa em Psicanálise e Relações de Gênero (IPPERG/ FAUSP), onde também atua no corpo clínico fixo da Instituição. Membro da Diretoria de Extensão da Liga de Gênero, Saúde e Sexualidade da Universidade de São Paulo (LAGSSex/ USP).
  
- *Ramiro Figueiredo Catelan*: Pesquisador de Pós-Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (PROPSAM/IPUB/UFRJ), onde coordena o Núcleo de Pesquisa em Devaneio Excessivo e Desregulação Emocional (NUPDE) e é pesquisador associado ao Laboratório de Pânico e Respiração (LABPR) e ao Ambulatório de Depressão Resistente (DeReTrat). Pesquisador de Pós-Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas: Bioquímica da UFRGS. Doutor em Psicologia pela PUCRS. Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo CEFI. Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia. Psicólogo graduado pela PUCRS.
  
- *Luísa Chaves de Faria Brasil*: Psicoterapeuta e Psicóloga pela PUCRS (2021/2). Integrante do G8-Generalizando do Serviço de Assessoria Jurídica Universitária (SAJU) da UFRGS. Integrante do Projeto Transpor de consultoria profissional para pessoas trans. Membro da Comissão Científica da Liga de Estudantes e Recém Formados da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul (L.E.R/ SPRGS). Auxiliar de Pesquisa no Grupo de Pesquisa Preconceito, Vulnerabilidade e Processos Psicossociais (PVPP) da PUCRS.
  
- *Damião Soares de Almeida-Segundo*: Graduado em Direito pela Universidade de Fortaleza (2015). Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (2022). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (2019), com mobilidade acadêmica na UFRGS e na PUCRS. Atualmente, doutorando em Psicologia na UFRGS, com período como pesquisador visitante na Universidade do Porto.
  
- *Henrique Caetano Nardi*: Graduação em Medicina pela UFRGS (1990), Residência em Medicina Social (1993), Mestrado em Sociologia pela UFRGS (1996), Doutorado em Sociologia pela UFRGS (2002) e Pós-Doutorado na EHESS de Paris (2008). Atualmente é Professor Titular da UFRGS. É Coordenador do Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero (NUPSEX) e do Centro de Referência em Direitos Humanos: Relações de Gênero, Diversidade Sexual e Raça (CRDH) do Instituto de Psicologia da UFRGS.
  
- *Angelo Brandelli Costa*: Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, e do Programa de Pós-graduação em Ciências Medicina e Ciências da Saúde da PUCRS e coordenador do Grupo de Pesquisa Preconceito, Vulnerabilidade e Processos Psicossociais. Graduado em Psicologia pela UFRGS, especialista em Psicologia Social e em Psicologia em Saúde (CFP), mestre em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI/UFRGS), doutor em Psicologia (PPGPSICO/UFRGS) e com estágio pós-doutoral no PPGPSICO/UFRGS.

---

**Declaração de Direito Autoral**

A submissão de originais para este periódico implica na transferência, pelos autores, dos direitos de publicação impressa e digital. Os direitos autorais para os artigos publicados são do autor, com direitos do periódico sobre a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações indicando claramente este periódico como o meio da publicação original. Em virtude de sermos um periódico de acesso aberto, permite-se o uso gratuito dos artigos em aplicações educacionais e científicas desde que citada a fonte conforme a licença CC-BY da Creative Commons.



Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

---