

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RODRIGO SERRÃO DE FARIAS

PERCEPÇÃO DO ESTIGMA DE UNIVERSITÁRIOS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

MANAUS

2021

RODRIGO SERRÃO DE FARIAS

PERCEPÇÃO DO ESTIGMA DE UNIVERSITÁRIOS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas como requisito para obtenção do título de Mestre, na linha de Processos Psicológicos e de Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr.^ª Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida

MANAUS

2021

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

F224p Farias, Rodrigo Serrão de
Percepção do estigma de universitários que vivem com HIV/AIDS
/ Rodrigo Serrão de Farias . 2021
92 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do
Amazonas.

1. Estigma. 2. Estigma. 3. Hiv/aids. 4. Universitários. I. Hayasida,
Nazaré Maria de Albuquerque. II. Universidade Federal do
Amazonas III. Título

BANCA EXAMINADORA

Aprovado em: ____/____/____

Profª. Drª. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida.

Instituição: UFAM

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Orientadora/Presidente

Profª. Drª. Gisele Cristina Resende.

Instituição: UFAM

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Banca Examinadora – Membro Interno

Profª. Drª. Rejane Rosaria Grecco dos Santos.

Instituição: PUC/RS

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Banca Examinadora – Membro Externo

Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira.

Instituição: UFAM

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Banca Examinadora – Membro Suplente Interno

Profª. Drª. Camilla Volpato Broering.

Instituição: UNIVALI-SC

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Banca Examinadora – Membro Suplente Externo

*Ao meu grande amor que escolheu
permanecer ao meu lado e que também
inspirou o tema desta pesquisa.*

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio e suporte.

Ao meu amor da vida, conselheiro, parceiro e que sem a inspiração diária esta pesquisa não existiria.

À minha amiga Maressa que, mesmo longe, foi presente e que o incentivo e motivação chegaram de diversas formas.

Ao Edgard Menezes, colega e antigo Preceptor, e amigos colegas Jociani Reuse e Gabriel Rocha que me incentivaram e me apoiaram no início do Mestrado.

Aos meus amigos e companheiros de jornada de Mestrado, Eduardo Menezes, Aline Vitorino e Virgínia Karla, que com o companheirismo, amizade, a troca, os desabafos e o “Grupo de Apoio Mestrado” se tornaram fundamentais para a conclusão desta dissertação, sem eles o resultado seria outro.

À Vitória Guimarães e Laimara Oliveira pelas trocas, apoio, empatia e ouvidos durante vários momentos. À Maura e Rosy pelos incentivos no LABICC.

À Professora Iolete Ribeiro pela oportunidade de aprendizado e de experiência junto ao projeto SUPER e que foram muito importantes para minha carreira acadêmica.

Aos Professores Breno Oliveira, Marck Torres, Ewerton Helder e Gisele Cristina pelo acolhimento e empatia em vários momentos, e às oportunidades recebidas de cada um ao longo desses 2 anos.

À Estatística Luísa, pela contribuição paciente e generosa de seus conhecimentos.

À minha orientadora, Prof^a Nazaré Hayasida pelo aprendizado de anos.

A todos que de alguma forma contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta pesquisa.

E a mim mesmo pela resiliência, paciência e esforço.

Palavras são, na minha nada humilde opinião, nossa inesgotável fonte de magia. Capazes de formar grandes sofrimentos e também de remediá-los.

Albus Dumbledore
(Personagem fictício criado por J.K. Rowling)

RESUMO

Atualmente foram identificadas 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV) no mundo e em 2018 foram notificadas 1,7 milhão de novos casos. E no Brasil, entre 2007 e junho de 2021, 381.793 novos casos de infecção pelo HIV. No Amazonas, no mesmo período, foram registradas 9.879 novas infecções, sendo que na Regional de Manaus, foram notificados 8.267 casos e a faixa etária com maior número de novos casos desde 2007 está entre jovens com idade entre 20 a 35 anos. Verifica-se o crescente aumento do número de novos casos de infecção entre os jovens, assim como o volume de publicações científicas abordando as consequências históricas, sociais, culturais e econômicas e a influência de diversos fatores na qualidade de vida, bem-estar e saúde de jovens vivendo com HIV/AIDS. Quando nos voltamos à população universitária, o número de investigações é escasso, principalmente quando o foco do estudo é o universitário com HIV e sua relação com o ambiente acadêmico. O objetivo geral desta pesquisa foi avaliar o nível de percepção do Estigma de jovens que vivem com HIV na Universidade. Trata-se de uma pesquisa quantitativa-descritiva, exploratória, transversal. Participaram desta pesquisa 26 pessoas, com maior número de pessoas se declararam do sexo masculino (92,3%) e com orientação sexual homossexual (80,8%), com média de idade de 27,5 anos, de Universidades Públicas (53,8%) e Privadas (46,2%), com maioria com diagnóstico positivo para o HIV há mais de 3 anos (53,8%). Os participantes responderam, de forma online e anônima, um questionário sociodemográfico e uma Escala de Estigmatização para Pessoas que Vivem com HIV/AIDS e que resultou em uma maior média de percepção no Subdomínio Revelação (3,1), o que demonstra que os participantes têm mais receio, preocupações e dificuldades diante da possibilidade de revelação de seu diagnóstico positivo para o HIV. O segundo Subdomínio com a maior média foi o de Atitudes Públicas (2,5) e refere-se a uma maior percepção do comportamento estigmatizante das outras pessoas e instituições em relação a sua condição de pessoa que vive com HIV.

Palavras-chave: Percepção; Estigma; HIV/AIDS; Universitários.

ABSTRACT

Currently, 37.9 million people living with HIV/AIDS (PLHIV) have been identified worldwide and in 2018, 1.7 million new cases were reported. In Brazil, between 2018 and June 2021, 381,793 new cases of HIV infection. In Amazonas, in the same period, 9,879 new infections were registered, and in the city of Manaus, 8,267 cases of AIDS were reported and the age group with the highest number of new cases since 2007 is among young people aged between 20 and 35 years. There is a growing increase in the number of new cases of infection among young people, as well as the volume of scientific publications addressing the historical, social, cultural and economic consequences and the influence of several factors on the quality of life, well-being and health of young people living with HIV/AIDS. When we turn to the university population, the number of investigations is scarce, especially when the focus of the study is the university student with HIV and its relationship with the academic environment. The general objective of this research was to assess the level of perception of stigma among young people living with HIV at the University. This is a quantitative-descriptive, exploratory, transversal research. Twenty-six people participated in this research, with the greatest number of people declaring themselves to be male (92.3%) and with homosexual sexual orientation (80.8%), with an average age of 27.5 years, from Public Universities (53.8%) and Private (46.2%), with the majority with a positive diagnosis for HIV for more than 3 years (53.8%). The participants answered, online and anonymously, a sociodemographic questionnaire and a Stigma Scale for People Living with HIV/AIDS, which resulted in a higher average of perception in the Revelation Subdomain (3.1), which demonstrates that the participants are more afraid, concerned and have difficulties with the possibility of revealing their HIV-positive diagnosis. The second Subdomain with the highest average was Public Attitudes (2.5) and refers to a greater perception of the stigmatizing behavior of other people and institutions in relation to their status as a person living with HIV.

Keywords: Perception; Stigma; HIV / AIDS; College students.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Taxas de detecção de aids, aids em menores de 5 anos, infecção pelo HIV em gestantes, coeficiente de mortalidade por aids e número de casos de HIV 15
- Figura 2 Gráfico Box-Plot dos escores observados para a Escala de Estigmatização 65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Índices de Consistência Interna da Escala de Estigma para Pessoas que Vivem com HIV/AIDS	46
Tabela 2- Distribuição absoluta e relativa a caracterização sociodemográfica. Média, desvio padrão e amplitude para a idade	49
Tabela 3- Termos e Definições Acerca das Diferentes Orientações Sexuais e Identidades de Gênero	52
Tabela 4- Distribuição absoluta e relativa para as características clínicas	57
Tabela 5- Distribuição absoluta e relativa para as características comportamentais	60
Tabela 6- Emoções, Suporte Social e Estigma Percebidos	64
Tabela 7- Média, desvio padrão e mediana para a Escala de Estigmatização	46

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AIDS – Síndrome da imunodeficiência Humana

APA – Associação de Psicologia Americana

HIV – Human Immunodeficiency Virus

LGBTQIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queers, Interssexuais e Assexuais e outros

PCDT/HIV – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV

PVHIV – Pessoa Vivendo com HIV

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

TARV – Tratamento Antirretroviral

TQR – Teoria dos Quadros Relacionais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. JUSTIFICATIVA	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1. Estigma, processo de estigmatização e as consequências na vida das pessoas que vivem com hiv/aids.....	20
3.1.1. Linha do Tempo da Epidemia do HIV (Histórico e evolução da epidemia)	20
3.1.2. Estigma e o Processo de Estigmatização	22
3.1.3. Consequências da Estigmatização em Pessoas que Vivem com HIV/AIDS	33
3.1.3.1. Os Jovens e a Infecção pelo HIV	39
4. OBJETIVOS.....	42
4.1. Objetivo Geral.....	42
4.2. Objetivos Específicos	42
5. MÉTODO	43
5.1. Delineamento do estudo.....	43
5.1.1. População	43
5.1.1.1. Amostra.....	43
5.1.1.2. Critérios e Inclusão	44
5.1.1.3. Critérios de Exclusão	44
5.2. Procedimentos	44
5.3. Instrumentos e Material	45
5.4. análise de dados.....	47
5.5. Aspectos Éticos	47
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	49
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
APÊNDICES	78
ANEXOS.....	88

1. INTRODUÇÃO

Quando nos debruçamos sobre a história do HIV (Human Immunodeficiency Virus) e da Aids (Acquired Immuno Deficiency Syndrome), nos deparamos com uma pandemia de múltiplos fatores, contextos, sintomas e consequências para aqueles que foram infectados, para as pessoas que convivem com uma pessoa que vive com HIV e para a sociedade e cultura como um todo (PARKER, 2019; CASAES, 2007; KAHHALE, 2010).

A complexidade que envolve o vírus, a infecção, a pessoa diagnosticada e o meio social em que vive estão relacionadas por inúmeros contextos que tornam a epidemia do HIV/Aids diferente de outras condições patológicas (PARKER, 2001).

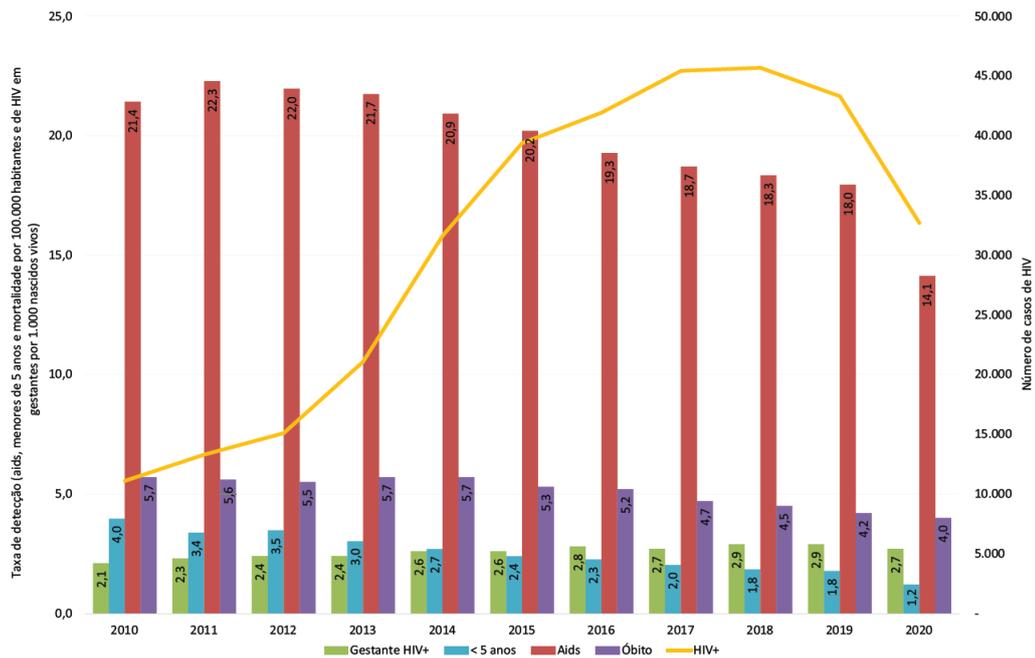
Quando tentamos englobar esses aspectos relacionados às epidemias de HIV/aids, temos ao nosso alcance uma diversidade de técnicas, teorias e metodologias que nos ajudam a compreender, de vários pontos de vista, o fenômeno. Contudo, apesar do número expressivo de explicações, a infecção pelo HIV continua, dessa vez, acrescentando outras interfaces, além dos aspectos fisiológicos e biológicos, destaca-se os culturais (CASAES, 2007; CALLIARI, 2016).

A história do HIV, tem experimentado inúmeras mudanças desde o início da epidemia na década de 80. Passando de um status de doença fatal, que afetava populações específicas (homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas), contribuindo fortemente para a construção do status de doença estigmatizadora de hoje, até a sua classificação como doença crônica, facilitado pelo aumento do acesso de pessoas infectadas ao tratamento antirretroviral (TARV) e consequente diminuição das taxas de mortalidade devido às complicações da infecção (TREVISAN, 2018).

Em média, 74,9 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia até o fim de 2018. Atualmente foram identificadas 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHIV) no mundo, de acordo com as estatísticas anuais do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS). Em 2018, foram notificadas 1,7 milhão de novos casos e registradas 770.000 mortes, em média, no mundo (UNAIDS, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2020). No Brasil, de acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/Aids do Ministério da Saúde (2021), foram notificados, entre 2007 e junho de 2021, 381.701 novos casos de infecção pelo HIV. No Amazonas, de 2010 a 2020, foram registradas 9.879 novas infecções, sendo que na Regional de Manaus, foram notificados 8.267 casos (SES-AM, 2021).

A faixa etária com maior número de detecção (52,7%) desde 2007 está entre 20 e 34 anos de idade. Foram identificados 32.555 novos casos de infecção pelo HIV entre 2018 e junho de 2019 em todo o território nacional, sendo que 57,2% dos casos identificados em 2019 foram do sexo masculino e 40,6% do sexo feminino (BRASIL, 2019). Mas, apesar da letalidade da AIDS ter diminuído consideravelmente, graças ao TARV, dois números continuam crescentes, o primeiro refere-se à taxa de casos novos da infecção pelo HIV e a segunda, de

Figura 1 - Taxas de detecção de aids, aids em menores de 5 anos, infecção pelo HIV em gestantes, coeficiente de mortalidade por aids e número de casos de HIV



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 2021 HIV/AIDS. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2021

casos de infecção em gestantes, conforme representado na Figura 1 do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2021.

Esses dados justificam o crescente número de pesquisas com foco em adesão ao tratamento (LENZI; TONIN, et al., 2018; ROCHA, 2018), intervenções psicológicas eficientes, prevenção à infecção de populações vulneráveis (DUTRA; CORDOVA; AVANT, 2015; MAGNO; SILVA, et al., 2019; SOUSA, 2017;), suporte social, estigma e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV (CASAES, 2007; CALVETTI, RITA, et al., 2009; CARVALHO; PAES, 2011; SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006; SUIT; PEREIRA, 2008; ZUCCHI; DOS SANTOS BARROS, et al., 2010; ZAMBENEDETTI, 2014).

Outro ponto importante em relação à atual situação do HIV/AIDS são os efeitos do diagnóstico da sorologia positiva na vida das pessoas. Principalmente dos efeitos sociais,

culturais e psíquicos que podem acompanhar o HIV, como preconceitos, discriminação, isolamento social, estigmatização, aumento do estresse, ansiedade e depressão, fatores esses que influenciam consideravelmente o processo de adesão e saúde-doença da pessoa que vive com HIV/AIDS.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos do Ministério da Saúde – PCDT/HIV (2018), pessoas que vivem com HIV “estão mais vulneráveis aos problemas relacionados pela percepção e interpretação das complicações que estarão sujeitas”. Ou seja, o estresse causado pela possibilidade de perdas e também da morte, além dos efeitos sociais, podem desencadear sintomas depressivos e ansiosos, com consequências negativas sobre a adesão ao TARV e contribuindo para o risco de transmissão do HIV.

Lidar de modo realista com os efeitos da infecção pelo HIV é um dos objetivos que a psicoterapia pode possibilitar às PVHIV, para assim, aliviar as tensões causadas pela sua nova condição, tanto individualmente quanto em sua família e círculo de amizade. Intervenções psicossociais que viabilizem uma melhor qualidade de vida dessas pessoas também são incentivadas, como a prática de exercícios físicos e atividades de lazer (BRASIL, 2019; BELTRÃO; DA SILVA, et al., 2020; SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005).

O HIV ainda hoje carrega preconceitos, discriminações e estigmas, construídos ao longo de toda sua história. Mantidos e reforçados pelo medo e escassez de informações sobre o vírus, os estigmas em torno da doença foram somados aos preconceitos já elaborados das primeiras vítimas do vírus, neste caso, os homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (PARKER, 2009). Ser diagnosticado com HIV era sinônimo de pertencer a um desses grupos, já muito marginalizados pela sociedade, mesmo que não fosse a realidade. Com medo da rejeição e preconceito, as pessoas passaram a esconder a sua sorologia no trabalho, dos familiares e amigos. Com isso, a dificuldade em manter o tratamento aumentava e muitos acabavam morrendo (CASAES, 2007; CARVALHO; PAES, 2011; KAHHALE; CHRISTOVAM, et al., 2010).

Tratar as pessoas que vivem com HIV passou a ser um trabalho multiprofissional para que todas as variáveis fossem alcançadas. Partindo da educação em saúde, da prevenção, acolhimento e aconselhamento na hora do diagnóstico, até a psicoeducação de familiares e amigos acerca da medicação, são processos fundamentais para que a adesão ao tratamento seja eficaz e a cadeia de transmissão seja quebrada.

As concepções psicossociais acerca do tema, principalmente pertinentes às informações sobre a infecção, comportamentos de riscos e práticas sexuais saudáveis, são importantes fatores em relação ao HIV (ARAÚJO; LÔBO, et al., 2017). De acordo com as pesquisas dos autores, algumas pessoas que vivem com HIV desenvolvem sentimentos negativos sobre a doença, apresentando dificuldades quanto a percepção de uma doença difícil e que causa muitos efeitos colaterais com o uso do TARV.

Ainda de acordo com os autores, conhecer as formas como as informações chegam às pessoas e como são interpretadas é de extrema importância, para assim evitar discursos estereotipados e negativos. Discursos preconceituosos não estão presentes apenas na população leiga, mas também em profissionais de saúde que lidam diretamente com essas pessoas. Dessa forma os autores concluem que as concepções sociais sobre o HIV/Aids estão relacionadas com a percepção da soropositividade no convívio social e que mesmo sabendo sobre os meios de transmissão continuam com a prática sexual de risco, além da estigmatização da doença.

De acordo com Rabusque (2009, p. 27) “é importante refletir sobre as representações sociais da aids”, para se ter um panorama do modo como pessoas agem diante da doença e sua prevenção. Refere também que as pessoas com HIV temem mais as consequências sociais do que a possibilidade de morte. As emoções como o medo, ansiedade e impotência influenciam essas percepções e a adesão ao tratamento, para aqueles que aderem de forma positiva há a prevalência do autocuidado, estratégias adaptativas de enfrentamento e aceitação, já as pessoas que não aderem ao tratamento possuem sentimentos de medo e de “ameaça a própria identidade”, evitação/esquiva de tudo relacionado à doença (consultas médicas, tratamento, remédios).

Assim, para que a adesão ocorra de modo satisfatório, as mudanças devem ser motivadas em um nível socio-histórico-cultural. O reduzido suporte social e a constante estigmatização das pessoas que vivem com HIV continua sendo uma das principais fontes de sofrimento psíquico para essas pessoas (CAMARGO; CAPITÃO; FILIPE, 2014; CUNHA; GALVÃO, 2016; PARKER, 2009; RABUSKE, 2009). Como o avanço de tecnologias medicamentosas na área, permitiu que a infecção fosse controlada. Outras variáveis evidenciadas na adesão ao tratamento de HIV, variável multifacetada, foram observados além de fatores que a influenciam diretamente, como a qualidade de vida, suporte social e o estigma da doença (LENZI; TONIN, et al., 2018; SEIDL; ZANNON; TRÓCCOLI, 2005).

Diante às evidências científicas epidemiológicas, que demonstram a dificuldade das pessoas em aderir ao tratamento para HIV/AIDS, questionamos a respeito do estigma percebido pelos universitários na cidade de Manaus.

2. JUSTIFICATIVA

De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS do Ministério da Saúde (2021), no Brasil foram notificados, entre 2018 e junho de 2019, 61.814 novos casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Somente no estado do Amazonas esse número, no mesmo período, é de 2.377, sendo que na capital, Manaus, 1.578 casos de AIDS foram informados. Os jovens estão entre o público com maior número de detecção desde 2007 compreendendo a faixa etária entre 25 e 39 anos de idade, 52,0% dos casos do sexo masculino e 47,8% dos casos do sexo feminino pertencem a essa faixa etária. Foram identificados 32.555 novos casos de infecção de jovens pelo HIV entre 2018 e junho de 2019 em todo o território nacional, sendo que 57,2% dos casos identificados em 2019 foram do sexo masculino e 40,6% do sexo feminino (BRASIL, 2021).

Observando esses dados com as pesquisas realizadas, verifica-se o crescente aumento do número de novos casos de infecção entre os jovens, assim como o volume de publicações científicas abordando as consequências históricas, sociais, culturais e econômicas e a influência de diversos fatores na qualidade de vida, bem-estar e saúde de jovens vivendo com HIV/AIDS (RODRIGUES; JESUS, et al., 2011).

Quando nos voltamos à população universitária, o número de investigações é escasso, principalmente quando o foco do estudo é o universitário com HIV e sua relação com o ambiente acadêmico (PEREIRA, SANTOS, et al., 2018; SILVA; SILVA, et al., 2016). Ainda se verifica que o universitário é carente de informações a respeito do HIV e as crenças errôneas sobre a infecção acabam por colaborar com a construção de preconceitos e estigma em relação à pessoa que vive com HIV/AIDS (SEIDL; RIBEIRO; GALINKIN, 2010).

O processo de estigmatização e a falta de um suporte social adequado são fatores de risco para o sofrimento psíquico de pessoas que vivem com HIV/AIDS (CASAES, 2007; LENZI; TONIN, et al., 2018, PARKER, 2019). Dessa forma, visando a população com maior número de novos casos e a escassez de pesquisas com universitários sobre o tema, faz-se necessário avaliar a percepção desses jovens sobre o estigma vivenciado em ambiente universitário.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. ESTIGMA, PROCESSO DE ESTIGMATIZAÇÃO E AS CONSEQUÊNCIAS NA VIDA DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

3.1.1. Linha do Tempo da Epidemia do HIV (Histórico e evolução da epidemia)

Os primeiros casos de HIV, ainda na década de 80, podem ser vistos a partir de diversos ângulos. No início, era uma epidemia que atingia determinados grupos na sociedade, com alta mortalidade e de rápida disseminação, em seguida, passou a ser percebida através do medo do desconhecido e pela renovação de velhos estigmas já estabelecidos na cultura. Em 1981 morre o “paciente zero” nos Estados Unidos, considerado um dos primeiros a espalhar a doença pelo país (TREVISAN, 2008, PARKER, 2009).

Nos próximos anos, a epidemia do HIV ganha a atenção da mídia que a nomeia como a “peste gay” (TREVISAN, 2008), no Brasil, os primeiros sete casos foram identificados em 1982, em São Paulo, todos pacientes com práticas sexuais homoafetivas. Em 1983, instalou-se o pânico ao redor do mundo, pois cogitou-se a possibilidade de a infecção ser transmitida pelo ar e utensílios domésticos. Em 1983 ocorre a primeira Conferência sobre AIDS e os pesquisadores isolam o vírus pela primeira vez nos Estados Unidos (UNAIDS, 2021).

Em 1984 o retrovírus é reconhecido como o agente etiológico da AIDS, em medida extrema, o governo decide fechar saunas gays na cidade de São Francisco, nos EUA. Na Segunda Conferência Internacional da AIDS é apresentada as primeiras experiências com o uso da medicação AZT, com pouco impacto sobre a mortalidade da AIDS. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984) estabelece estratégia global de combate à AIDS. Em 1986 é fundada no Brasil a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), pelo ativista político Heberle de Souza, o Betinho, e se torna entidade de referência na luta contra a discriminação.

Esforços de muitos países começaram a se intensificar no combate à infecção. A OMS (1988) instituiu o Dia Mundial da AIDS, primeiro de dezembro. Outros medicamentos surgiram e pacientes com intolerância ao AZT tiveram acesso. Em 1991, os medicamentos para o tratamento da AIDS aumentavam a resistência do HIV e conseqüentemente diminuía a eficácia da medicação, no Brasil inicia-se o processo de aquisição e distribuição gratuita dos antirretrovirais. Em 1993, o tema do Dia Mundial da AIDS é “Previna-se da vida, não das pessoas”.

Em 1994, estudos com novos tipos de drogas, os inibidores de protease, em associação com outras medicações como o AZT, tiveram resultados imediatos na diminuição

da mortalidade e aumento da imunidade e recuperação de infecções oportunistas, mas o tratamento não eliminava o vírus do organismo, além do número elevado de comprimidos que as pessoas precisavam tomar todos os dias, os efeitos colaterais contribuíram para a não adesão ao tratamento. A UNAIDS é criada em conjunto com cinco agências filiadas à ONU (Unicef, Unesco, UNFPA, OMS e UNDP), além do Banco Mundial.

Em 1996, a UNAIDS detectou que houve redução no número de novos infectados reportou que o número de novos infectados havia caído devido, principalmente, às práticas de sexo seguro que haviam sido disseminadas. No Brasil, aconteceu o 1º Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids, em Salvador, Bahia.

Em 2001, no Brasil, algumas patentes de medicamentos começaram a ser quebradas pelo governo brasileiro, o que leva a redução dos preços no país. Iniciaram-se os testes de uma vacina pelo HIV Vaccine Trials Network (HVTN), incluindo o Brasil. Em 2003, o Programa Nacional de DST/Aids é considerado por diversas agências de cooperação internacional como referência mundial, mais de 310 mil pessoas foram identificadas com aids no país.

Em 2005, o tema do Dia Mundial de Luta Contra Aids no Brasil aborda o racismo como fator de vulnerabilidade para a população negra. Em 2006, os preços do antirretroviral Tenofovir é reduzido em 50%. Em 2007, foi decretado o licenciamento compulsório do Efavirenz, a sobrevivência das pessoas com Aids aumenta no país. Em 2008 é inaugurada a primeira fábrica estatal de preservativos do Brasil. O processo de nacionalização do teste rápido para a presença do HIV em 15 minutos é concluído e a Fiocruz passou a fabricá-lo.

Em 2011, as Casas de Apoio e atendimento a adultos com HIV/Aids passaram a receber incentivo do governo federal. O Brasil anuncia a produção nacional de dois novos medicamentos, o Atazanavir e o Raltegravir e a versão genérica do Tenofovir para tratamento da Aids e hepatites virais.

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou a portaria que define as modalidades dos serviços de Atenção às DST e Aids. Foi aprovado novo Protocolo Clínico de Tratamento de Adultos com HIV e Aids e garantiu o cuidado a todos os brasileiros com HIV. Uma campanha voltada aos 'profissionais do sexo' foi realizada. Em 2016, as campanhas do Ministério da Saúde focaram na Prevenção Combinada e em 2017 a Profilaxia Pré-Exposição passa a ser ofertada pelo SUS.

Em 2018, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde publicaram novas recomendações ao tratamento do HIV e da Aids com substituição de esquemas de medicação. Uma campanha com foco em pessoas com a carga viral indetectável foi lançada com o objetivo de reforçar a adesão ao tratamento. Pesquisas em todo mundo demonstraram que pessoas com carga viral indetectável não transmitiam o vírus do HIV, criou-se então o lema I=I (Indetectável igual a Intransmissível).

Os marcos históricos apresentados pela linha do tempo, nos mostram a evolução dos esforços científicos e políticos para conter a infecção do HIV e da Aids desde o seu início, porém, precisamos fazer uma investigação mais detalhada para compreendermos as consequências do vírus na vida das pessoas, na sociedade e na cultura.

Partiremos, primeiramente, para a compreensão do Estigma e como ocorre o processo de construção deste fenômeno a partir dos estudos de Goffman, para logo em seguida, compreendermos o seu papel e suas consequências na vida das pessoas que vivem com HIV e Aids, principalmente a partir dos estudos de Parker, desde o início da epidemia até às mais recentes discussões sobre o tema.

3.1.2. Estigma e o Processo de Estigmatização

Quando conceituamos estigma, buscamos o entendimento de Goffman (1981) que o conceitua como uma marca, identificada e/ou estabelecida pelas relações que o estigmatizado mantém com os outros. Ou seja, o estigma é construído de forma relacional, dentro de uma determinada cultura, a partir de dois aspectos – a “marca” que de fato o estigmatizado possui e as categorias que as outras pessoas o inserem.

De acordo com Siqueira e Cardoso (2011), os estudos no Brasil têm se dedicado pouco sobre o tema envolvendo o seu conceito, mas sim, a partir de sua prática. Segundo ele, duas categorias de conceitos podem ser elaboradas a partir dos estudos de Goffman (1981), a primeira leva em consideração que o processo de estigmatização é constituído socialmente, a segunda categoria evidencia a relação do estigmatizado e o estigma.

Para Goffman (1981), as pessoas estabelecem categorias e atributos a algum estranho que se aproxima em seu meio, ou seja, o estigma está relacionado com a presença física do estigmatizado nas suas relações sociais. A partir de então duas identidades para os estigmatizados são estabelecidas, a real e a virtual. A primeira refere-se aos atributos que ela

de fato tem, enquanto a segunda são as categorias que as outras pessoas (não estigmatizadas ou “normais” (GOFFMAN, 1981)) têm para com o estranho. Quando há discrepâncias entre as duas identidades (real e virtual), uma dada característica pode ser considerada um estigma (SIQUEIRA; CARDOSO, 2011).

Assim, os estereótipos, criados pelas pessoas não estigmatizadas, estabelecem uma relação incongruente com os atributos reais do estigmatizado, caracterizando o processo de estigmatização, nesse caso adquirindo uma conotação depreciativa que para Goffman (1981) é uma identidade deteriorada por uma ação social (SIQUEIRA; CARDOSO, 2011).

As circunstâncias em que o estigma pode ocorrer podem ser: as abominações do corpo (deformidades), culpas de caráter individual (desonestidade, por exemplo); e estigmas tribais de raça, nação e religião. Nessas três situações encontram-se atributos sociológicos que são percebidos pelas relações sociais e que podem chamar a atenção aos outros e, conseqüentemente, impede a visão de outros atributos (SIQUEIRA; CARDOSO, 2011).

Goffman (1981) estabelece dois grupos de estigmatizados que podem surgir a partir das relações e o estereótipo produzido: o desacreditado e o desacreditável. O primeiro grupo é evidenciado pelos atributos que possuem e são visíveis ao grupo social em que está presente; já o segundo, possui características conhecidas, mas nem sempre são percebidas no meio social.

De acordo com Siqueira e Cardoso (2011), Goffman (1981) afirma que os “normais” elaboram uma ideologia em torno do estigma para justificar a inferioridade das pessoas estigmatizadas e manter o controle sobre o perigo que elas acreditam que o outro indivíduo possui.

Link e Phelan (2001) ampliaram o conceito de estigma elaborado por Goffman (1981) ao incluir uma dimensão de poder. Nesse caso, as relações sociais fazem com que certas características individuais sejam ressaltadas em detrimento de outras, com isso criam-se “rótulos” e há o processo de estereotipização, separação, perda de status e discriminação, estabelecendo-se a estigmatização. Assim, a pessoa estigmatizada é relegada a uma posição abaixo na hierarquia social.

Nos estudos de Martin (1986) a aprendizagem social é considerada a origem da criação, preservação e perpetuação do estigma. Para o autor a aprendizagem social é uma fonte poderosa para a “aquisição e manutenção de comportamentos que propiciam a estigmatização

de pessoas”, pois elas aprendem, nas relações sociais, a esperar certos tipos de comportamentos de outras pessoas que são “diferentes” delas.

Assim, o conceito de estigma se aproxima dos estudos elaborados por Bandura (1982) sobre a aprendizagem social cognitiva. Segundo o autor, as pessoas também aprendem por processos de observação de outras, ou seja, aprende-se imitando mentalmente, em seguida partindo para a ação com base no modelo visto. Para que isto aconteça são necessários atenção, retenção, reprodução e motivação (ALMEIDA; LIMA, et al, 2013; SCHULTZ; SCHULTZ, 2017).

O processo também inclui outros pressupostos, além da imitação. Segundo Feist et al (2015), os fatores ambientais, comportamentais e pessoais fazem parte de um modelo de causalção triádica, as pessoas podem “transformar eventos transitórios em formas habituais de avaliar e regular seu ambiente social e cultural” (FEIST; FEIST; ROBERTS, 2015 p. 329).

Outro processo envolvido é o da agência humana, na qual as pessoas têm o poder de influenciar as ações para alcançar objetivos desejados. Na agência humana estão envolvidos as características de intencionalidade, referente aos atos realizados de forma intencional; a antecipação para definir objetivos, seus possíveis resultados e que ações devem realizar; monitorar o progresso que está em curso através da autorreatividade que inclui motivação das ações; e por fim, possuem a característica de autorreflexão para avaliar suas próprias condutas e optar por mudanças de valores, analisar motivações e refletir sobre o quanto seu pensamento é adequado, nesse sentido, a autoeficácia é crucial para que isto ocorra (FEIST; FEIST; ROBERTS, 2015).

Então, no processo de socialização da estigmatização enfatizada pela aprendizagem social, de acordo com o elaborado por Goffman (1981), ocorre de quatro formas: o primeiro modelo, refere-se ao estigma congênito, sendo socializado dentro da situação de “desvantagem”; o segundo, acontece quando um determinado grupo tem a capacidade de proteger uma criança com estigmas postergando sua socialização e adiando seu sofrimento; o terceiro ocorre quando o estigma surge em idade avançada da vida, e o último é quando o indivíduo é socializado dentro de uma comunidade diferente do que é considerada “normal” (CASAES, 2007).

A relação da pessoa estigmatizada e o estigma pode ocorrer de várias formas, para Goffman (1981) essas relações podem ser: de indiferença ao estigma, uso para ganhos secundários, tentativa de reversão de sua condição, auto isolamento, agressividade e

retraimento social. Algumas pessoas ainda podem se imaginar como não possuindo o estigma, sentir-se culpadas ou se autodepreciarem, ou seja, as consequências da estigmatização sempre serão negativas na vida do indivíduo que acaba criando mecanismos de escape, negação ou amenização de sua situação.

Uma das formas de observar a influência do estigma sobre o indivíduo é a autoimagem e autoconceito. Com a estigmatização a pessoa passa a ser “susceptível a elaboração de uma baixa autoimagem, pois a avaliação dos atributos que compreendem a si é mudada. Mas elas ainda podem proteger sua autoestima quando inseridas em grupos de pessoas estigmatizadas, por exemplo: grupos de apoio de doenças crônicas, psoríase, LGBTQIA+ e outros (SIQUEIRA; CARDOSO, 2011).

Ao conceituarmos o fenômeno do estigma e seu processo de estigmatização, principalmente a partir dos estudos de Goffman (1981), apresentamos a seguir as relações estabelecidas entre o estigma e toda a complexidade do surgimento do HIV e da Aids e as consequências na vida das pessoas infectadas.

O medo e a escassez de informações sobre o vírus reforçaram preconceitos, discriminações e estigmas construídos ao longo da história, e que ainda hoje ecoam quando o assunto é HIV/aids. O diagnóstico positivo, muitas vezes, era uma identidade quase que imposta ao indivíduo sendo rapidamente considerado pertencente àqueles grupos mais afetados, mesmo que não correspondesse à realidade (CASAES, 2007; CARVALHO; PAES, 2011).

As metáforas em torno da doença espalharam-se e tonaram-se frequentes em rodas de conversas. Os termos utilizados remetem à Aids como a morte, o horror, punição, crime, guerra, o Outro e vergonha, o que forneceu reforços para reações estigmatizantes e discriminatórias das pessoas (PARKER, 2001).

Percebendo essa movimentação no que diz respeito a linguagem, no caso das metáforas, podemos fazer uma relação do processo de construção do estigma, de forma social, de acordo com Goffman (1981). A partir dos atributos impostos pelos outros, o estigmatizado se encontra em processo de criação de estereótipos (discrepância entre a identidade real e a virtual) (GOFFMAN, 1981), essa relação incongruente entre as identidades do estigmatizado caracteriza o processo de estigmatização, resultando em uma conotação depreciativa (SIQUEIRA; CARDOSO, 2011). Nesse contexto, Parker (2001), refere que a epidemia de aids também evidenciou uma série de estigmatização e discriminação que já existiam antes e que passaram a se relacionar com o preconceito da doença, reforçando o seu impacto e efeitos. Os

fenômenos criados anteriormente à epidemia eram fontes de estigmatização e serviram de base para exclusão social, evoluíram e se tornaram também as fontes do processo de estigmatização da infecção. Baseado nessas atitudes, o autor, afirma que o primeiro estigma está relacionado à sexualidade, seguido ao gênero, depois tem relação à raça ou etnia, e o quarto à pobreza ou a marginalização econômica.

O primeiro deles, estigma sexual, é logo percebido pelas consequências da Aids atingirem com maior impacto àquelas pessoas com práticas e/ou identidades sexuais que divergiam dos padrões socioculturais estabelecidos pelas moralidades conservadoras. Mais tarde, a associação do HIV e da aids à homossexualidade e promiscuidade se tornarão uma profunda característica dessa fase.

O segundo estigma, de gênero, atingiu as mulheres, principalmente quando relacionadas à prostituição, comportamento também compreendido fora dos padrões, o que as tornaram alvo de perigo de contaminação a homens e suas parcerias normativas, bem como às famílias. Parker (2001) ressalta a relação entre os dois primeiros estigmas e comenta que é impossível entender a Aids sem considerar que a interação entre eles ocorre através desses processos de estigmatização e que se entrelaçam em campos de poder e promovem mais desigualdade social e estrutural em um sistema mais complexo de exclusão social e opressão.

O terceiro estigma, de raça e etnia, servem para justificar discursos racistas contra os haitianos nos Estados Unidos e também ao povo africano, declarações do tipo “sexualidade africana” (PARKER, 2001, p.32).

Por fim, o quarto estigma pré-existente à epidemia de aids, refere-se aos pobres, principalmente quando associadas com a opressão social, fontes de vulnerabilidade e de estigma. Os já estigmatizados sem-teto, sem-terra e desempregados, entre outros grupos marginalizados e todo o processo de estigmatização que existe serviu para reforçar o estigma favorecido pela chegada do HIV.

Em todos os estigmas relatados, podemos perceber o que Parker e Aggleton (2003) enfatizam: a dimensão do poder com a inserção do estigma como arma e/ou ferramenta de exclusão social. Dessa vez, amplificada e renovada com a chegada da epidemia do HIV/aids.

Para se ter uma visão mais concreta do que foi discutido, temos a elaboração dos chamados “grupos de riscos”, incluindo aqueles com alta probabilidade de possuírem o vírus. O grupo que ficou conhecido como 5H’s é um exemplo clássico do poder biomédico aliado ao

poder de uma cultura moralista e ideologia política conservadora: homossexuais, haitianos, prostitutas (*hookers*), usuários de drogas injetáveis (*heroine*), e hemofílicos.

A criação desses grupos demonstra justamente o que Parker (2001) diz sobre novas formas de rotulação e estigmas pré-existentes terem se entrelaçados em um conjunto de novas ideias e crenças em torno da infecção e os relacionando aos mecanismos de poder, desigualdade e exclusão, o que serviu para tornar o HIV e a aids em si novas fontes de exclusão dentro da sociedade.

Para esses grupos, considerados minoritários dentro de uma cultura que já os estigmatizavam, a infecção pelo HIV era justificativa para punição e violência física, no caso de homossexuais, por exemplo. Em algumas culturas, a responsabilidade pessoal pela infecção era ressaltada, enquanto outras, a infecção representava vergonha para a família (PARKER, 2001), o que ainda persiste atualmente. Ressalta-se que alguns fatores que contribuem para o estigma da aids ainda persistam, como o fato de ameaçar à vida, o medo de se infectar, a associação a comportamentos estigmatizados e a grupos marginalizados, a culpabilização por ter contraído o vírus e as crenças religiosas ou ideias moralizantes, formam a base para o surgimento e manutenção do estigma em torno do HIV desde o seu início.

De acordo com Trevisan (2018), as doenças sempre foram consideradas castigos divinos e no caso da Aids não seria diferente, com um diferencial, ela escancarava a homossexualidade escondida, não por acaso foi considerada “peste gay”. As moralidades imbricadas na sociedade eram representadas pelo medo de se infectar, pois a “aids era obscena”, representava a culpa do doente por ter uma “alma conspurcada”. A manipulação de termos tornou-se frequente, a família monogâmica estava ameaçada, iniciava-se os discursos para coibir os direitos aos homossexuais, fechamento de saunas por toda São Paulo, vigilância sanitária era cobrada, medidas coercitivas eram tomadas. Estava dado o passo para considerar a homossexualidade como o mal que gerou o HIV/Aids.

Enquanto os haitianos eram culpados nas mídias pela liberação do portão natural, que foi aberto através das práticas de vodu no país, por onde o vírus tinha entrado no mundo; os homossexuais tinham tendência em invocar os espíritos, um espírito vodu, e ser possuído por ele e forçado a entrar em uma sauna gay e se comportar de maneira promíscua. Defender-se do mal era necessário e qualquer forma de defesa era legítima, afinal a saúde pública estava em jogo (TREVISAN, 2018).

Dentro da comunidade, segundo o autor, a monogamia se mostrou como sendo a única perspectiva de salvação e com ela a “volta ao armário”, ao secreto, tornou-se uma possibilidade. O resultado negativo dos exames de testagem começa a se tornar um salvo conduto, a vida noturna era reduzida na grande São Paulo, as ruas onde existia intensa paquera homossexual prevalecia olhares duvidosos e suspeitos, enquanto as gerações futuras já associavam a homossexualidade ao HIV e a aids.

Enquanto isso, os hospitais privados da época conveniados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) recusavam pacientes suspeitos de aids com a justificativa de que afastariam os outros pacientes, o que na verdade era a possibilidade de prejuízos em montar salas especiais aos infectados. Pacientes vagavam entre hospitais, sendo rejeitados, mesmo com a documentação em ordem.

O estigma no início da epidemia, como visto, não era novo, era algo reformulado, reconstruído, ampliado e cheio de novos braços. O que nos leva aos estudos de Parker e Aggleton (2003), enquanto conceito, o estigma é algo relativamente simples, construído nas relações sociais e de forma individualizada, como enfatizado por Goffman (1981), mas extremamente complexo ao considerá-lo dentro de estruturas mais complexas de poder, onde pode ser manipulado, reformado e reproduzido e distribuído sob novas formas de desigualdades e exclusão social.

Com o início da primeira fase da epidemia e os primeiros casos de Aids no Brasil, um fator é considerado fundamental para a disseminação e transformação do estigma em torno da doença: a mídia (TREVISAN, 2018). Com suas manchetes sensacionalistas e tons dramáticos, transformaram a opinião pública e disseminaram um sentimento de medo, ódio e rejeição não à doença em si, mas principalmente àqueles em que ela mais afetava: homossexuais.

A desinformação, ou “epidemia discursiva” reforçava o debate estigmatizante em torno da Aids. Os gays passaram a elaborar outras táticas para driblar o contágio, negociando o seu desejo, e ressignificando sua vivência e formas de prazer (CAETANO; NASCIMENTO; RODRIGUES, 2018).

Instaura-se um terrorismo moral propagado pelas publicações diárias dos jornais. Médicos infectologistas, psicanalistas e toda pessoa considerada detentora de saberes científicos eram entrevistadas, ganhando maior destaque aquelas com discursos morais, disfarçados de pseudociência, e até mesmo discursos violentos eram repetidos, como sendo a

única solução o isolamento de gays e lésbicas da sociedade e até extermínio (TREVISAN, 2018). Enquanto o discurso era transmitido rapidamente as notícias de violência contra homossexuais também aumentavam. Pessoas espancadas até a morte, expulsas de suas casas e cidades.

Mas o terrorismo com tom apocalíptico (TREVISAN, 2018) que era divulgado nas mídias de massa representava apenas um lado da epidemia. Do outro, a necessidade de busca por medicamentos, o luto por familiares e amigos foram responsáveis pelo surgimento de forças mobilizadoras e solidárias em torno da doença (CAETANO; NASCIMENTO; RODRIGUES, 20018).

Os movimentos sociais da diversidade sexual e de gênero ganharam um ressurgimento, embora com divergências internas, nas quais havia discussões em aderir ou não a postura de cobrar medidas para o enfrentamento da epidemia, grupos ativistas ganham forças e representatividade a partir da década de 1990. Essa movimentação contribuiu para que atores políticos fossem inseridos e cobrados por medidas mais eficientes contra a epidemia, o que resultou em políticas de saúde mais tarde.

Pode-se dizer que o cenário da epidemia contribuiu também para um fortalecimento da identidade gay, pois “os recursos de combate à epidemia financiaram ações ligadas a essa política entre as populações gays e homens que fazem sexo com homens (HSH); uma cultura androcêntrica e patriarcal e o desinteresse do mercado pelas lésbicas, mulheres bissexuais” (CAETANO; NASCIMENTO; RODRIGUES, 20018, p. 292).

É através da aids que as lideranças gays iniciaram o processo de articulações e aprenderam a elaborar políticas públicas junto às instâncias governamentais e legislativas. A partir de 1990 com a criação do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde houve a possibilidade de articular os interesses pela defesa dos direitos civis ao combate à epidemia. Com isso inúmeras lideranças, a maioria homens, puderam se profissionalizar e associaram o enfrentamento à aids a suas pautas promovendo cidadania e direitos humanos.

Observa-se os precursores de um deslocamento (ou tentativa) dos discursos estigmatizadores em torno dos homossexuais que faziam parte do imaginário cultural, sobretudo através da contribuição da mídia e do interesse mercadológico por esse nicho, embora ainda de maneiras diferentes para cada agenda (no caso de lésbicas, bissexuais, travestis e transgêneros) (CAETANO; NASCIMENTO; RODRIGUES, 20018).

Com a entrada do coquetel medicamentoso e o sucesso do mesmo, os óbitos reduziram em 50% a partir da segunda metade da década de 1990. Contudo, mesmo em um cenário favorável, o preconceito e a associação da doença aos homossexuais não deixaram de existir, notícias de famosos internados eram motivos para especular sobre a sexualidade dos mesmos, cartazes homofóbicos eram distribuídos pelas cidades. Mas, é inegável a contribuição que o ativismo gay teve para o avanço de políticas públicas em relação ao HIV/Aids.

Com o sucesso das terapias medicamentosas para o controle da infecção, queda das taxas de óbitos, uma preocupação emerge novamente a partir dos anos 2000, a continuidade da estigmatização em torno da doença. Enquanto o processo de estigmatização em torno da infecção é evidenciado em sua complexidade e reformulações de estigmas pré-existentes, a prevenção entra no foco das políticas públicas, dessa vez incluindo perspectivas mais interdisciplinares e multiprofissionais, é necessária a visão de todos os ângulos para compreensão das dinâmicas do HIV e da Aids (PARKER, 2019).

A forma como alguns indivíduos são excluídos na sociedade e as forças responsáveis e que reforçam essa exclusão em diversos contextos representam as relações em que o estigma precisa ser compreendido, pois são a partir delas que os processos de estigmatização e discriminação acontecem, seja em relação ao HIV e à Aids, seja em outros aspectos da sociedade (PARKER, 2013).

O estigma, o preconceito e a discriminação se relacionam de forma mais ampla entre os processos culturais, as estruturas de poder e as possibilidades de resistência, o que proporciona uma maior compreensão de forma política e social desses processos. Pensar essas relações a partir do conceito de “violência estrutural” desenvolvido por Johan Galtung (1969) é perceber como o fenômeno ocorre de forma indireta, pois não há um indivíduo prejudicando outro, mas uma estrutura maior de poder que se mostra desigual. Assim, repensando o papel do estigma, do preconceito e da discriminação a partir do enfoque da violência estrutural, podemos compreender que as discriminações no campo da saúde não são apenas resultado do estigma ou do preconceito, mas sim de estruturas sociais econômicas fundamentalmente desiguais (PARKER, 2013).

A resposta efetiva que corresponde ao enfoque de garantir saúde a partir de justiça social veio através da Declaração de Compromisso sobre HIV e Aids da Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV e Aids, em 2001, na qual 189 países, incluindo o Brasil, pactuaram princípios para o enfrentamento a epidemia. As desigualdades

econômicas, raciais, étnicas, de gerações e de gênero, potencializam vulnerabilidades e que favorecem a infecção pelo HIV e a evolução para o quadro de Aids (GRANJEIRO et al., 2006). Compreender o papel e função do estigma como parte desse complexo sistema de exclusão social é parte fundamental do trabalho de prevenção ao HIV e a aids. Os danos que os processos de estigmatização, preconceito e discriminação podem causar são atualmente mais facilmente percebidos, a luta coletiva está na compreensão dos direitos humanos e da justiça social. As batalhas políticas são necessárias para que a transformação das estruturas e processos que reforçam o estigma, o preconceito e a discriminação não continuem sendo os maiores entraves para a saúde e bem-estar das pessoas na contemporaneidade (PARKER, 2013).

Se é através do aparato complexo das estruturas de poder da sociedade que o estigma é usado como arma para exclusão social, também é através dele, com todo o potencial dos movimentos sociais e pressões políticas por partes dos atores envolvidos nas discussões em relação à epidemia de Aids desde o seu início (como os movimentos ativistas de homossexuais), que se pode instaurar ferramentas de intervenção para reduzir o processo de estigmatização e seus impactos aos que vivem com o vírus (PARKER, 2018).

Exemplos dessas intervenções são comentadas por Zucchi, Paiva e Junior (2013) quando relembram os dois planos do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde em 2007, voltados às populações específicas. O primeiro foi o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST” e o segundo o “Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSHs e Travestis”. Os dois ressaltavam o estigma como foco para reduzir as vulnerabilidades desses públicos. Quanto ao segundo plano, algumas ações específicas podem ser mencionadas como a capacitação de profissionais da saúde em relação a equidade de gênero, direitos humanos, reprodutivos e sexuais, além de iniciativas de psicoeducação com a finalidade de sensibilização desses profissionais com relação aos objetivos do plano, principalmente com que se refere ao acolhimento da população gay, HSH e travestis.

Zucchi, Paiva e Junior (2013) mencionam que os estudos internacionais, embora escassos, demonstraram que as estratégias para reduzir o estigma aumentaram a tolerância em relação às pessoas vivendo com HIV, e efeitos de curto prazo em percepções e atitudes das pessoas. Ações que foram identificadas como psicoeducativas e que no Brasil se traduzem em intervenções sócio-psicológicas.

A revisão crítica de intervenções sobre o estigma no Brasil (ZUCHI; PAIVA; JUNIOR, 2013) compreendeu o período de 1996 e 2011, o que resultou em nove artigos que foram categorizados de acordo com a abordagem empregada nas práticas psicoeducativas e/ou psicossociais: (1) informação – intervenções focadas na transmissão de informações sobre modos de transmissão, prevenção e tratamento, seja por meio de folhetos explicativos, palestras ou comunicação verbal; (2) habilidades – oportunizar aprendizado de habilidades para lidar com situações de conflitos tanto de forma individual quanto grupal, nesse caso, técnicas de sensibilização e ressignificação de estereótipos são utilizadas; (3) aconselhamento – proporcionar lugares para facilitar a troca de informações e experiência e que ofereçam suporte social e segurança, como os grupos de apoio, nos quais o aconselhamento pode ser acolhedor, além das técnicas de desenvolvimento de habilidades; (4) contato – estratégia que permite a aproximação do público geral e pessoas que vivem com HIV/Aids com o intuito de trocas de informações e experiências com o objetivo de desmistificar estereótipos e reforçar a empatia.

Em recente pesquisa sobre o índice de estigma em relação ao HIV/Aids no Brasil (2020), retornou resultados ainda preocupantes sobre a permanência do estigma e da discriminação em relação à infecção. Resultados nos mostram que, embora o avanço e acesso às terapias antirretrovirais, queda da mortalidade pela Aids, intensa movimentação política e social no combate ao preconceito e discriminação, o estigma ainda prevalece como principal fenômeno que atinge às pessoas que vivem com o vírus.

Das pessoas entrevistadas (n=1.603) a experiência de saber que outras pessoas estavam fazendo comentários discriminatórios ao fato de alguém viver com HIV/Aids representou 46,3%, a porcentagem também era alta quando se fazia referência a comentários da família (41%). Mas não somente comentários discriminatórios foram vivenciados, assédio verbal (25,3%), agressões físicas (6,0%), ou até mesmo perda da fonte de renda por ser alguém que vive com HIV/Aids (19,6%). Contabilizando as frequências de respostas, pelo menos 64,1% das pessoas entrevistadas já sofreu mais de uma forma de discriminação (UNAIDS, 2020).

Com esses dados podemos observar que o processo de estigmatização que nos anos 90 e 2000 se mostrava como uma terceira epidemia, hoje ainda está presente, com algumas modificações ou renovações, e dar conta dessas mudanças, principalmente com a globalização e a era da informação digital, torna-se o ponto fundamental (PARKER, 2018).

A cultura, responsável por reproduzir e reformular conceitos de estigma, hoje se encontra compartilhada e mesclada a diversas outras com o advento das redes sociais, embora a miscigenação cultural seja característica brasileira, a diferença é que hoje, ela se torna mais rápida. Outro aspecto que também influencia essa reformulação de estigmas está na maior visibilidade da transgeneridade. Homens e mulheres transexuais, junto à travestis e profissionais do sexo estão se posicionando e se movimentando cada vez mais, e isso mexe nas estruturas que, historicamente, utilizam a opressão e exclusão dessas pessoas para manter o poder e o controle (PARKER, 2019).

No intento de um novo debate em torno da prevenção combinada, com a introdução da Profilaxia Pré-exposição (PrEP) e Pós-exposição (PEP) como política de saúde pública e distribuição gratuita no SUS, reforçada pela mídia, é um exemplo dessa movimentação. Enquanto Prep/PEP afirmam o direito de se utilizar o prazer da sexualidade e manter uma vida sexual plena e com proteção ao HIV/Aids, acaba sendo difícil para outros setores conservadores da cultura aceitarem a “permissividade” que a política oferece, o que abre caminho para reconstrução de processos de estigmatização que existiam no início da epidemia (PARKER, 2019).

Toda essa velocidade de trocas interculturais e de informações, de mudanças rápidas e reformulações de estigmas, nos trazem ao atual cenário em que se encontra o Brasil e sua onda conservadora que se instalou no país há pouco tempo. Efeitos desses discursos conservadores tornam-se perigosos, a nível de saúde pública, principalmente quando temos pessoas engajadas tanto em defesas dos direitos sexuais, reprodutivos, de gênero e de saúde, direitos civis da população LGBTQIA+, como no sentido oposto a elas, pessoas com discursos de ódio e atitudes violentas que estão inseridas em estruturas de poder e que acabam reforçando e justificando esses discursos através de políticas públicas que oprimem, excluem e que mantêm o controle de um sistema desigual, tornando as movimentações a nível estrutural mais lenta, pois dessa vez, encontra-se uma barreira renovada de estigmas, preconceitos e discriminações, dessa vez mais explícitas e violentas

3.1.3. Consequências da Estigmatização em Pessoas que Vivem com HIV/AIDS

De acordo com Parker (2001), o estigma pode ser experimentado e sentido em vários níveis, como na experiência coletiva, das sociedades e comunidades, e também na experiência individual de atores sociais específicos.

No primeiro nível, o da experiência coletiva, nas sociedades e comunidades, o autor se refere às leis, regras, políticas e procedimentos administrativos como tendo influência importante no processo de estigmatização e discriminação do HIV e da aids. Legislações para testagem obrigatória, proibição de certos tipos de ocupações, exames médicos, isolamento e detenção compulsória de infectados, limitações sobre viagens internacionais, restringir certos comportamentos, como o uso de drogas injetáveis e prostituição. Todas medidas, que segundo o autor, aumentam e reforçam a estigmatização com o HIV e das pessoas mais vulneráveis à infecção (PARKER, 2001).

Mesmo com legislações que protegem e garantem segurança e acesso aos serviços de saúde de pessoas que vivem com HIV, ainda existe a negligência por parte de uma política pública ineficiente (PARKER, 2001). Além disso, apenas a suspeita da infecção leva muitas comunidades a praticarem violência, como no caso de homens homossexuais, mulheres profissionais do sexo e de crianças de ruas. O que reforça as diferenças e o impacto da estigmatização e discriminação sobre os indivíduos que vivem com HIV/Aids.

O segundo nível em que o estigma pode ser experienciado é o nível individual, que segundo Parker (2001), sofre influência direta dos aspectos culturais, das crenças e das formas de estigmatização que já existem na sociedade, além de fatores como o suporte social, acesso aos serviços de saúde adequados, apoio na comunidade, amigos e família. Também pode ter influência a partir dos sentimentos ao falar sobre o status sorológico, da idade, gênero, sexualidade e classe social.

Para Parker (2001) o estigma construído em torno da infecção também pode ser estendido à família e aos amigos da pessoa que vive com HIV/Aids, o que acaba reforçando o medo, a exclusão e o isolamento dessas pessoas, pois se afastam para tentar se proteger, privando-se de contato social, relações sexuais saudáveis e até situações extremas como o suicídio. Assim, a “morte social” passa a ser uma ameaça constante à essas pessoas, que se veem como não fazendo parte de uma sociedade civil, sem acesso aos serviços e apoio que necessita.

Sobre as mulheres, o impacto do estigma e da discriminação é ainda maior. Principalmente em países em desenvolvimento, nos quais as mulheres se encontram em posições na sociedade inferiores aos dos homens. Muitas comunidades em que a infecção é automaticamente associada a comportamentos promíscuos, elas são desvalorizadas e

negligenciadas. Em muitos países é considerada a culpada pela infecção, caso o marido venha a falecer e é ignorada pela família (PARKER, 2001).

Para o autor, ao observar os resultados da estigmatização e da discriminação, tanto em mulheres, quanto em pessoas LGBTQIA+, negros e pobres, o autor salienta a presença de uma epidemia que está marginalizada, o que prejudica os esforços de prevenção, cuidado e apoio, dando continuidade ao ciclo da infecção.

Para caracterizar os dois níveis, Parker (2001) elaborou seis categorias centrais em que a estigmatização e a discriminação relacionado ao HIV e à Aids tem origem, são elas: (1) famílias e comunidades locais, (2) escolas e outras instituições de ensino, (3) emprego e local de trabalho, (4) sistemas de saúde, (5) viagens, migração e imigração, e (6) dentro do próprio contexto de programas de controle e prevenção. O autor ressalta que os ambientes relacionados às categorias são fundamentais para que aconteça uma intervenção rápida e efetiva para combater o estigma e a discriminação.

Na primeira categoria, famílias e comunidades, duas situações podem ocorrer, por um lado, famílias superprotetoras tendem a esconder o status sorológico da pessoa infectada, mantendo-os longe do contato social e protegendo das investidas da comunidade, por outro, o medo da rejeição dentro da família e da estigmatização dentro de casa e da comunidade local acaba impedindo que o infectado revele o seu diagnóstico. As famílias podem rejeitar a pessoa que vive com HIV não apenas pelo estigma relacionado à infecção, mas também aos outros estigmas que podem vir associados, como o da homossexualidade, uso de drogas e promiscuidade (PARKER, 2001).

A segunda categoria, educação e escolas, podem ocorrer situações nas quais crianças são impedidas de contato social com os colegas, são discriminadas pelos professores e muitas vezes, expulsas da escola por movimentações de pais de outras crianças. Ainda se encontram resistências de algumas instituições em promover programas para promover informação sobre o HIV e a aids.

A terceira categoria se refere ao emprego e local trabalho, onde a possibilidade de transmissão é usada como motivo para a não contratação de pessoas que vivem com HIV/Aids. Além de testagem obrigatória em processos seletivos, poucas empresas mantêm programas e estratégias para fornecer informações e combater o medo, o estigma e a discriminação no ambiente de trabalho.

O sistema de saúde, é a quarta categoria de lugares em que a estigmatização e a discriminação tem origem. Relatos de pacientes negligenciados em camas de hospital, realização de testagem sem consentimento, dificuldades no acesso ao serviço e medicação, falta de conhecimento sobre a infecção dos profissionais, crenças moralistas e a justificativa de “não ter cura” para dizer que o tratamento é inútil, são frequentes em relação ao HIV/Aids.

A quinta categoria refere-se à viagem, migração e imigração, alguns países ainda insistem em legislações que restringem a circulação de pessoas que vivem com HIV/Aids. Em muitos países, estudantes estrangeiros são submetidos a testagem compulsória e dependendo da legislação são expulsos do país. Em outros, o visto para turista exige o status sorológico para doenças infecciosas, mesmo não declarando o diagnóstico para o HIV, o selo no visto é o que identifica para as autoridades.

Por fim, a sexta categoria de lugares que ocorrem a estigmatização e a discriminação de pessoas que vivem com HIV/Aids são os próprios programas para HIV/Aids. Muitos desses programas acabam por corroborar com o estigma em torno da infecção, principalmente quando esses programas governamentais focam em reduzir a infecção na população geral, e sem programas de prevenção a outras populações mais vulneráveis, o que deixa implícito também, pelo termo “população geral”, que existe toda um grupo de pessoas (homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas) que não são vistas como parte da população (PARKER, 2001).

Partindo dessa análise estrutural sobre o estigma e suas consequências, faz-se necessário, também, abordar de uma forma mais individual a vivência do estigma em relação ao HIV e à Aids, é o que o faz Casaes (2007) em sua pesquisa ao partir de uma análise das dimensões subjetivas do indivíduo acerca do estigma percebido através da Escala de Estigmatização Para Pessoas Que Vivem com HIV/Aids, as quatro dimensões são: estigmatização personalizada, auto imagem negativa, atitudes públicas e revelação.

A primeira dimensão, estigmatização personalizada, se refere ao comportamento da outras pessoas em relação ao infectado, geralmente atitudes negativas, reforçando sentimentos de mágoa e isolamento social. A segunda dimensão, autoimagem negativa, se relaciona com os próprios sentimentos negativos da pessoa que vive com HIV/Aids, como a autodesvalorização e autoexclusão. A dimensão sobre atitudes públicas faz referência a como as pessoas não infectadas, consideram quem vive com HIV. E a quarta dimensão, revelação, mostra como o

indivíduo lida e se sente quanto ao revelar seu diagnóstico e como se sente em relação às reações das pessoas que já revelou (CASAES, 2007; PARKER, 2001).

Para Parker (2001) além das possibilidades já discutidas acima sobre a origem e vivência do estigma, cada indivíduo pode vivenciá-lo de diferentes maneiras de acordo com a trajetória da doença, principalmente quando se fala em fases, como a fase do risco, do diagnóstico, da latência e a da doença manifesta.

Para o autor, a fase do risco corresponde a manifestações de medo acerca da possível estigmatização por comportamentos considerados de risco e que possam despertar a desconfiança das outras pessoas para uma possível infecção de HIV. Sente-se apreensivo pela possibilidade de pertencer a uma categoria que sofre pelo estigma e passam a lidar de forma a negar a situação, muitas vezes, acreditando que não precisa realizar a testagem e acabam protelando o cuidado com a saúde.

A fase do diagnóstico apresenta, além da negação, sentimentos de raiva e ansiedade. Nessa fase, o estigma passa a ser relacionado em assumir para si uma nova identidade e a preocupação em revelar o seu diagnóstico com a consequente estigmatização, o receio do afastamento de pessoas que gostam, perdas de sonhos, de sentir e da própria morte (PARKER, 2001, CASAES, 2007, CALIARI, 2016).

Na fase da latência, no quadro assintomático, a pessoa que vive com HIV pode passar por intenso estresse em precisar dissimular seu diagnóstico em relação aos outros para proteger sua autoestima, porém, a administração dessa “dupla identidade” é exaustiva, abre mão de atividades e momentos que possam trazer à tona a sua verdade, pode sofrer violência por parte de outras pessoas que descobrem o diagnóstico, além da possibilidade de rejeição de familiares (PARKER, 2001, CASAES, 2007, CALIARI, 2016).

Na fase da doença manifesta, quando os sintomas costumam aparecer, dentre eles a candidíase oral, perda de peso, entre outros, a infecção passa a ser visível e de difícil dissimulação. Iniciar o tratamento antirretroviral pode chamar a atenção das outras pessoas, além do possível surgimento de efeitos colaterais visíveis como a Lipodistrofia, e dessa forma, com o retorno da negação da doença, do auto isolamento e das relações pessoais, o sentimento de culpa também pode acontecer nessa fase, levando a sintomas depressivos e ansiosos (PARKER, 2001, CASAES, 2007, CALIARI, 2016).

Lekas, Siegel e Schrimshaw (2006) procuraram investigar se havia diferenças na vivência da estigmatização entre mulheres em função do gênero, raça e do período pré e pós início do tratamento antirretroviral. Conforme discutido anteriormente por Parker (2001), a população negra e pobre é mais estigmatizada, e de acordo com o estudo de Lekas, Siegel e Schrimshaw (2006), as mulheres negras recebiam mais os estereótipos de prostitutas e promíscuas, do que as mulheres brancas. Outro fato observado pelos autores, é o estigma internalizado nessas mulheres, que diziam sentir vergonha, culpa e rejeição quando presenciavam algum tipo de discriminação com pessoas que vivem com HIV, mesmo não sendo dirigidas a elas.

Para Suit (2005) a percepção de que se é desvalorizada no meio social ocasiona dificuldades em relação a autoestima, e em relação à estigmatização, além da tendência ao auto isolamento, existe uma maior chance da pessoa se ver como é vista por quem a estigmatiza e julga-se merecedora do estigma, e assim, originando a vergonha. Muitas pessoas que vivem com HIV/Aids costumam relatar a infecção como castigo e que foi “merecido”, aceitando a condição estigmatizada sem questionar o comportamento violento e discriminatório das outras pessoas.

A percepção de se sentir inferior aos outros pode aumentar os sintomas ansiosos, a solidão, a depressão e o desejo de morte, reduzir a autoestima, a autoconfiança, levar ao isolamento social e também sexual (CALIARI, 2016).

O aumento do estresse causado pela tentativa de esconder o diagnóstico é fator contribuinte para o adoecimento psíquico, além disso, de acordo com o estudo de Carvalho e Paes (2011), percebe-se a necessidade de afeto, demonstrado pela carência e falta de apoio nas relações em que a pessoa que vive com HIV tem.

Uma das formas de lidar com toda a complexidade que envolve o processo de estigmatização é proporcionar momentos de trocas de experiência, psicoeducação, treinamento de habilidades sociais e emocionais, acolhimento, participação em grupos de apoio que proporcionam uma mudança de percepção acerca dos estereótipos propagados pela cultura, autoaceitação e compromisso com a saúde, são alguns exemplos de intervenções que ajudam em relação ao impacto do estigma na vida das pessoas que vivem com HIV.

3.1.3.1. Os Jovens e a Infecção pelo HIV

De acordo com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS do Ministério da Saúde (2019), o maior número de pessoas infectadas pelo HIV está na faixa etária que compreende dos 20 aos 34 anos (52,7% dos casos notificados, de 2007 a junho de 2019), com o aumento da taxa de novos casos ainda crescente, o que configura um importante problema para saúde pública do país (BRASIL, 2019).

Nesse sentido, os adolescentes e jovens são o ponto focal de diversas estratégias para ações de prevenção e proteção ao HIV. A prática de relações sexuais sem preservativos, com ou sem parceria fixa, uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas são fatores que expõem essas pessoas ao risco da infecção (PEREIRA; COSTA, et al., 2014). Além disso, conflitos familiares, violência social, baixa autoestima, necessidade de transgressão, interesse por experimentar riscos e sistema educacional desestimulante, também se tornam fatores de risco (COELHO; SOUTO, et al., 2011), acrescentando também o desconhecimento sobre a sorologia (positiva ou negativa) através da não realização do teste anti-HIV (BEZERRA; CHAVES, et al., 2012).

Em seu estudo Pereira et al (2014) verificaram que 1,94% da população em geral, atendida em um Centro de Testagem e Aconselhamento de Feira de Santana, na Bahia, tinha sorologia positiva para o HIV e pertencia à faixa etária dos 15 aos 24 anos, sendo 3% do público masculino e 1,6% feminino. Quanto ao uso de drogas, houve prevalência de jovens do sexo masculino (13,2%) sobre o sexo feminino (6,2%). Em relação ao grupo masculino, 9,9% se diziam homossexuais e/ou bissexuais, enquanto no grupo feminino, tem maior ocorrência do uso de drogas (2,1%).

No estudo de Coelho et al (2011) cuja amostra de 210 adolescentes e jovens entre 15 a 24 anos, demonstrou que possuem 77% de conhecimento em relação ao HIV/AIDS, com 42,4% para o sexo masculino e 57,4% para o feminino. Concluíram que o nível de conhecimento sobre HIV/AIDS é insatisfatório e possuem crenças errôneas em relação a infecção, além disso, a mudança de comportamento com vistas a atingir uma prática sexual segura deve ser o objetivo das políticas públicas de educação em saúde, pois os adolescentes e jovens precisam compreender a dimensão das consequências de seu comportamento de risco e as alternativas para prevenção.

Segundo os autores Pereira et al (2014), Coelho et al (2011) e Bezerra et al (2012), há um aumento da infecção pelo HIV entre mulheres heterossexuais, pobres e com pouca

escolaridade, negras ou pardas, com parceiro único e histórico de violência, o que demonstra os fatores complexos que envolvem a vulnerabilidade desse grupo em relação ao HIV. Ressalta-se que o crescente número das taxas de infecção dessas pessoas (além de jovens, homossexuais, transgêneros e travestis) envolvem aspectos sociais, culturais e históricos, perpassando questões de gênero, classes sociais e de poder político, fatores que não serão o foco desta pesquisa, mas que perpassam os construtos aqui pesquisados e que são de extrema importância para a compreensão da complexidade que é a infecção do HIV.

Na opinião de Cunha (2012), o crescente número de pesquisas com jovens que vivem com HIV/AIDS, como objeto de estudo, reflete justamente o atual período histórico-cultural em que a heterossexualização da epidemia se estabelece e, hoje, o jovem infectado não é mais o jovem homossexual ou usuário de drogas, estigmatizado no início da epidemia. Além disso, as crianças que foram infectadas por transmissão vertical, cresceram e se tornaram jovens. Desta forma, foi observado pela autora, o destaque do termo “juventilização” do HIV. Outros estudos que tem como público os adolescentes e jovens fazem referência a representações sociais acerca da adolescência e sexualidade (RODRIGUES; JESUS, et al., 2011), concepções acerca do uso de preservativos (ALMEIDA; NOGUEIRA, et al., 2014), dificuldades cotidianas em ser soropositivo (SILVA; DUARTE; NETTO, 2017), vulnerabilidades sociais de jovens ao HIV, estudos voltados à prevenção (PAES; CARVALHO; DENADAI, 2011; RODRIGUES; SANTOS, et al., 2014), projetos de vida e educação (MEYER; FÉLIX, 2014), aspectos culturais, psicológicos e sociais para o risco ao HIV de jovens homossexuais (GOUVEIA, 2013).

Seidl et al (2010) investigou em 503 universitários as opiniões em relação às pessoas que vivem com HIV. Concluíram que há a necessidade de mais informações acerca da infecção, além de viabilizar debates nas Universidades para que as opiniões preconceituosas, que segundo Goffman (1981) sejam modificadas na comunidade entre os estudantes, que estimulam os preconceitos que contribuem para a estigmatização.

Há evidências da escassez, na literatura da área, a respeito da variável preconceito envolvendo adolescentes e jovens na relação ao HIV. Nesse sentido, Galvão (2009) identificou em seu estudo, o preconceito nessa população, utilizando a Escala de Distanciamento Social. Similarmente, Seidl et al (2010), mostrou que um terço dos universitários tem ideias sobre as restrições aos direitos humanos e de cidadania daqueles que vivem com HIV, além de perceberem que o preconceito é localizado em aspectos das relações sociais e direitos das pessoas soropositivas.

Bezerra et al (2012) pesquisaram a respeito da vulnerabilidade ao HIV/AIDS, em amostra de 161 universitários. Em suas análises, houve queda do uso de preservativos entre a primeira (86,3%) e a última relação sexual (63,7%), e quanto ao uso do preservativo foram levemente favoráveis (55,3%). Em relação ao conhecimento de locais para a testagem e informação sobre a sua sorologia, apenas 6,9% souberam identificar. Os autores concluíram também que os universitários têm baixa percepção do risco em suas práticas sexuais.

Estudos recentes com os universitários, abordam sobre as representações sociais e vulnerabilidades de mulheres universitárias ao HIV (SILVA; SILVA; ROCHA; GUISANDE; CARDOSO; GOMES, 2016), também sobre vulnerabilidade de universitários da saúde ao HIV (PEREIRA; SANTOS; SÁ; SILVA; FILHO; OLIVEIRA, 2018), além do preconceito em relação às pessoas com HIV (GALVÃO, 2009; SEIDL et al, 2010). Nota-se que são estudos voltadas ao público com sorologia negativa, porém não envolvem universitários que vivem com HIV/AIDS.

Face a complexidade de abordagem ao fenômeno que se destina o estudo proposto, há lacunas nos estudos que na área da saúde que possam contemplar sobre o estigma da percepção dos jovens universitários que vivem com HIV, e que influenciam na vida dessas pessoas.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar o nível de percepção do Estigma dos universitários que vivem com HIV.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas dos participantes para caracterizá-los.

5. MÉTODO

5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, exploratória, transversal, caracterizada por estudo clínico epidemiológico, na qual objetivou-se avaliar o nível de percepção do Estigma de universitários que vivem com HIV.

5.1.1. População

Participaram deste estudo jovens universitários com idade entre 18 e 34 anos. Para a definição da faixa etária foram observadas as categorias informadas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019) que considera jovem a pessoa com idade entre 15 a 24 anos; o Censo da Educação Superior do Ministério da Educação (2018) que demonstrou o maior número de matrículas em Instituições de Ensino Superior (IES) na faixa etária de 18 a 34 anos. O Boletim Epidemiológico HIV/AIDS do Ministério da Saúde (2019) informa que o número de casos novos de infecção pelo HIV é maior na faixa etária compreendida entre 20 e 34 anos.

Levando-se em consideração o Boletim Epidemiológico do HIV/AIDS, o número de novos casos notificados desde 2007 até junho de 2019 de pessoas com Ensino Superior Incompleto foi de 12.544 (13,5%) pessoas infectadas, estabeleceu-se então o número da população a ser pesquisada.

5.1.1.1. Amostra

Foi realizado cálculo estatístico do tamanho amostral, considerando-se como parâmetro a estimação do escore médio de cada uma das dimensões da escala de Estigmatização para Pessoas que Vivem com HIV/AIDS. As estimativas que balizaram os cálculos foram obtidas no estudo de Casaes (2007), cuja amostra estudada se assemelha aquela que será investigada neste estudo.

A determinação do tamanho de amostra considerou a estimativa de média nas dimensões da Escala de Estigmatização, na qual buscou-se contemplar um número de casos que possibilitasse uma amostra representativa nas quatro dimensões.

Para estabelecer os tamanhos de amostra, considerou-se o nível de significância de 5% (α) e uma margem de erro de 10% que resultaram em um tamanho amostral de 168 investigados. Com este número de casos será possível manter a representatividade amostral sobre as quatro dimensões da escala.

Contudo, o número final da amostra resultou em 26 participantes. O número da amostra, apesar de baixo, se mostrou dentro dos padrões normais para cálculo estatístico (justificado no item Resultados e Discussões). Vale ressaltar que a pesquisa foi desenvolvida ainda durante o período da Pandemia de COVID-19, entre os meses de outubro de 2020 e junho de 2021, no qual todas as Universidade Públicas e Faculdades Privadas praticavam o ensino remoto à distância, fato que pode ter prejudicado o acesso ao público de universitários à pesquisa, seja por falta de interesse próprio ou por aversão à permanência à frente de computadores.

5.1.1.2. Critérios e Inclusão

- Jovens com idade acima de 18 anos.
- Ter diagnóstico com sorologia positiva para o HIV.
- Universitários matriculados em Instituição de Ensino Superior, pública ou privada.
- Ser residente no Brasil.

5.1.1.3. Critérios de Exclusão

- Apresentar comprometimentos neurológicos ou deficiência auditiva, visual e de linguagem que comprometa seu desempenho na avaliação.

5.2. PROCEDIMENTOS

Após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas – UFAM CAEE: 34916620.0.0000.5020, (Resolução 466/2012), a pesquisa foi divulgada através das mídias sociais online do pesquisador, nas quais também foi disponibilizado o link para acesso via Internet dos instrumentos utilizados no estudo.

O questionário sociodemográfico e escala utilizados foram transportados de forma digital para a Plataforma Online *Google Forms*, no qual o participante teve acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE A) e optou por participar ou não da pesquisa. Efetuou-se a coleta dos dados entre os meses de novembro de 2020 e março de 2021.

Com a concordância em sua participação, a pessoa teve acesso ao Questionário Sociodemográfico, logo após à Escala de Estigma para Pessoas que Vivem com HIV/AIDS. A participação foi anônima, não havendo campos para preenchimento de nome ou contatos. O tempo médio de preenchimento de todos os instrumentos foi de 40 (quarenta) minutos.

De acordo com Rodrigues et al (2015), a pesquisa online possibilita inúmeras vantagens, desde facilidade na coleta de dados, ausência de deslocamentos, tanto do pesquisador quanto do participante e a possibilidade de se atingir grupos específicos, além de aumentar o número da amostra (RODRIGUES; CHAGAS; CORRÊA, 2015).

O pesquisador divulgou o convite à pesquisa com o link de acesso à mesma através de suas redes sociais de forma pública (*Facebook, Instagram e WhatsApp*). O participante, interessado em contribuir, pôde clicar no link e acessar à pesquisa, ler o TCLE, optar ou não pela sua participação e responder ao questionário e escala. Caso fosse necessário, ocorrendo constrangimento em alguma fase do questionário e/ou escala, o participante poderia interromper a pesquisa e entrar em contato com o pesquisador através dos dados contidos no TCLE para receber o apoio necessário.

5.3. INSTRUMENTOS E MATERIAL

- Questionário Sociodemográfico, comportamental e de saúde:

O Questionário Sociodemográfico (ANEXO A) foi baseado no questionário aprovado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o censo demográfico de 2020. Com o objetivo de caracterizar os participantes sobre sua configuração familiar e socioeconômica. As variáveis comportamentais e de saúde foram inspiradas pelo manejo clínico da abordagem inicial à pessoa que vive com HIV descrito no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018; SEIDL; TROCCOLI, 2006).

- Escala de Estigma para Pessoas que Vive com HIV/AIDS:

Escala construída e validada através dos estudos de Berger, Ferrans e Lashley (2001), e composta por 40 itens divididos em 4 subescalas: 1) Estigmatização personalizada; 2) Revelação; 3) Autoimagem negativa; 4) Atitudes públicas. As respostas estão em formato Likert de 4 pontos (1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Concordo; 4- Concordo Totalmente) (ANEXO B).

Com análise da consistência interna da escala obteve-se os seguintes resultados, de acordo com a Tabela 1:

Tabela 1- Índices de Consistência Interna da Escala de Estigma para Pessoas que Vivem com HIV/AIDS

Subescala	Consistência Interna (alpha de Cronbach)	Consistência Interna geral da Escala
Estigmatização Personalizada	.899	
Revelação	.839	.906
Autoimagem negativa	.798	
Atitudes Públicas	.867	

A subescala Estigmatização Personalizada avalia o nível de percepção das atitudes negativas da pessoa em relação a ela mesma, assim como sentimentos de mágoa e isolamento social a partir da infecção do HIV. A subescala Revelação, item invertido, avalia como a pessoa lida com uma possível revelação do seu diagnóstico de soropositividade a outras pessoas e seus sentimentos em relação às pessoas que já sabem. A terceira subescala, Autoimagem negativa, item invertido, avalia sentimentos de autodesvalorização e autoexclusão. Por fim, a quarta subescala, Atitudes Públicas, avalia, a partir da visão do respondente, a percepção das outras pessoas sobre o indivíduo que vive com HIV/AIDS (CASAES, 2007; SUIT; PEREIRA, 2008).

Em seu estudo de validação da Escala de Estigma os autores Berger, Ferrans e Lashley (2001) não demonstraram que o instrumento identifica ou sugere algum diagnóstico psiquiátrico ou psicológico ao respondente. Contudo, algumas perguntas do instrumentos podem oferecer constrangimento ou desconforto ao participante, embora não se espere durante a coleta de dados, os riscos estão presentes, para isso, vale ressaltar que o pesquisa foi desenvolvida com base nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12, e atendeu as exigências éticas e científicas fundamentais: Comitê de Ética e Pesquisa, TCLE, confidencialidade e a

privacidade dos dados e também atendeu às exigências da Resolução 510/2016, que trata da normatização da pesquisa em ciências humanas e sociais.

5.4. ANÁLISE DE DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2018) para Windows, sendo que, inicialmente os achados foram organizados em planilha eletrônica no programa Microsoft Excel®. A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva através das distribuições absoluta e relativa (n - %), bem como, pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude interquartis), com estudo da simetria das distribuições contínuas analisada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

A consistência interna foi calculada por meio do coeficiente ômega de McDonald (Ω_t), que varia de 0 a 1, e os valores considerados aceitáveis são entre 0,70 e 0,95. Valores menores que 0,70 podem não ser suficientes para demonstrar a consistência interna de um instrumento e valores muito elevados podem indicar redundância entre os itens (MCDONALD, 1999; HAIR, 2009).

5.5. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas- UFAM e teve início após sua aprovação. Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e assegurados quanto ao sigilo de seus dados ao aceitar participar da pesquisa a partir do TCLE (*online*).

A pesquisa foi desenvolvida com base nas Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12 e Resolução 510/2016 – Normas Aplicáveis a Pesquisas em Ciências Humanas e sociais, e atende as exigências éticas e científicas fundamentais: Comitê de Ética e Pesquisa, TCLE (*online*), confidencialidade e a privacidade dos dados. Para tanto, caso ocorresse constrangimento ou desconforto durante a participação deste estudo, o participante poderia interromper o processo de avaliação. Caso acontecesse, o participante poderia entrar em contato via e-mail ou telefone com o pesquisador que suspenderia a aplicação dos instrumentos de coleta de dados e o

encaminharia ao Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), da Faculdade de Psicologia-UFAM, estabelecido na Av. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 6200, Bloco X, Coroado, Manaus/AM para acolhimento e acompanhamento prolongado.

Esta pesquisa também esteve ciente e atendeu às orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) de 09 de maio de 2020 para condução de pesquisas e atividades dos CEPs durante a pandemia provocada pelo coronavírus SARS-COV-2 (COVID-19) e de acordo com o Item II – Orientações para pesquisadores, Subitem 3 – orientações gerais para a condução de protocolos de pesquisa (página 2/5), esta pesquisa comprometeu-se em adotar medidas de prevenção e gerenciamento da pesquisa, garantindo ações de prevenção e seguindo orientações de órgãos de saúde enquanto perdurar o estado de emergência de saúde pública decorrente da COVID-19, contudo, esclarece-se que a coleta de dados desta pesquisa foi realizada totalmente de forma remota e online, não havendo interações entre pesquisador e participantes.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados analisados (Tabela 2) referem-se a uma amostra de 26 investigados (n=26) com idades variando de 20 a 46 anos e média estimada de 27,5 ($dp = 6,5$) anos. Sobre identidade de gênero, a grande maioria, 80,8% (n=21) se declarou Cisgênero e, esta mesma proporção, relatou orientação Sexual Gay. A amostra ainda foi questionada quanto ao sexo e, a maior parte informou ser do sexo masculino, 92,3% (n=24).

Tabela 2- Distribuição absoluta e relativa a caracterização sociodemográfica. Média, desvio padrão e amplitude para a idade

Variáveis	Amostra (n=26) ^A	
	n	%
Identidade de Gênero		
Cisgênero (Abrange as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento).	21	80,8
Não-binário (Pessoa que prefere não se posicionar no padrão binário masculino/feminino)	2	7,7
Outro	2	7,7
Prefiro não dizer	1	3,8
Orientação sexual		
Bissexual	3	11,5
Gay	21	80,8
Prefiro não dizer	2	7,6
Idade (anos)		
Média ± desvio padrão	27,5±6,5 (20-46)	
Estado Civil		
Casado(a)/União Estável	4	15,4
Solteiro	22	84,6
Cor declarada		
Branco(a)	5	19,2
Indígena	1	3,8
Negro(a)	5	19,2
Pardo(a)	15	57,7
Sexo		
Feminino	1	3,8
Masculino	24	92,3
Prefiro não dizer	1	3,8
Não tem filhos		
	26	100,0
Tipo de Instituição de Ensino Superior		
Privada	12	46,2
Pública	14	53,8
Área do Curso Superior		
Exatas	2	7,7
Humanas	13	50,0
Licenciatura	4	15,4
Saúde	7	26,9
Considerando sua família de origem assinale abaixo a alternativa que melhor descreve sua		
Mãe/pai + cônjuge (madrasta/padrasto) + filho(s)	4	15,4
Outro	2	7,7
Pai ou mãe e filho(s)	4	15,4
Pai, mãe e filho(s)	16	61,5

Naturalidade		
Norte	17	65,4
Sudeste	5	19,2
Nordeste	2	7,7
Outros	2	7,7
Classe social		
A (45-100)	4	15,4
B1 (38-44)	3	11,5
B2 (29-37)	8	30,8
C1 (23-28)	5	19,2
C2 (17-22)	4	15,4
D-E (0-16)	2	7,7
Classe social AGRUPADA		
A	4	15,4
B	11	42,3
C	9	34,6
D-E	2	7,7

A: Percentuais obtidos com base no total da amostra.

Sabe-se que, de acordo com o Boletim Epidemiológico do HIV/Aids do Ministério da Saúde de 2020, os casos notificados de infecções pelo HIV nos anos de 2007 a junho de 2020, houve prevalência entre homens (69,4%) do que em mulheres (30,6%), a razão de sexos apresentada no ano de 2019 foi de a cada 26 homens, 10 mulheres eram diagnosticadas com HIV.

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde (2020), no Amazonas, Estado com maior número de participantes nesta pesquisa, até agosto de 2020 foram notificados 632 novos casos de infecção pelo HIV, sendo que 72%, foram homens. Embora seja menor que o ano anterior (1630 casos), a queda da contaminação ocorreu principalmente devido a redução da busca por testagem em virtude da pandemia da COVID-19.

Caliari (2016), investigou a estigmatização de pessoas que vivem com HIV/Aids e sua relação com o suporte social bem como a qualidade de vida, sendo representados por 56,2% de infecções em homens. Em pesquisa nacional (2020), desenvolvida por diversas entidades entre organizações não-governamentais, a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e a UNAIDS, investigou o índice de estigma em relação às pessoas (1.784 participantes) vivendo com HIV/AIDS, sendo que 68,6% foram do sexo masculino.

Os dados apresentados acima são similares a outras pesquisas que não tiveram o sexo biológico como variável de análise, apresentaram uma taxa maior de infecções no sexo masculino, Lenzi, Tonin Souza e Pantarolo (2018), Silva e Silva (2014), Calvetti, Giovelli, Gauer, Moraes (2016), Azevedo, Segundo, Feijó, Nardi, Costa (2020).

Os autores corroboram em alguns fatores que consideram a população masculina, e também incluem a população de mulheres trans, a uma maior vulnerabilidade para a infecção

por HIV. Nesse caso, o estigma (PARKER, 2019), o preconceito e a discriminação (AZEVEDO, SEGUNDO, FEIJÓ, NARDI, COSTA, 2020) e também a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, reforçam o estado vulnerável desse público.

Outros estudos, como o de Junior, Gomes e Nascimento (2002), verificaram que os fatores de vulnerabilidade ao HIV em homens estão relacionados ao estereótipo em torno da masculinidade. Consideraram também, que os homens têm maior facilidade em se envolver e praticar sexo com mais frequência. Gomes, Ceccato, Kerr e Guimarães (2017), verificaram que os homens têm menos informação e conhecimento sobre o HIV e sua prevenção. Esses estudos se alinham aos resultados da pesquisa de Antunes e Paiva (2013), no qual foi identificado que 52% dos homens participantes, mantinham relações sexuais sem proteção com parceiros fixos e 42% com parceiros casuais.

Embora a pesquisa não tenha identificado mulheres ou homens transgêneros, vale ressaltar que essa população ainda sofre com a estigmatização da sociedade (PARKER, 2019) e com o pouco acesso aos serviços de saúde (ZAMBENEDETTI; BOTH, 2013). Além disso, devido à pandemia e com mudanças em metodologias de pesquisa em todo o Brasil, transpondo-as, quase que totalmente para a modalidade online, provavelmente, essas variáveis podem ter dificultado o acesso dessas às pessoas a esta pesquisa.

De acordo com a revisão de Magno, Silva, Veras, Santos e Dourado (2019), mulheres transgênero apresentam uma prevalência de infecção pelo HIV que é muito superior ao da população geral adulta (cerca de 48,8 vezes) em 15 países. Isso acontece, principalmente, devido às variáveis mencionados acima. Ressalta-se que o estigma dessa população é maior, pois as situações de risco (violência, relações sexuais desprotegidas, dificuldade de acesso à saúde), são mais intensas. Além disso, contextos socioeconômicos influenciam fortemente, pois a maioria das mulheres transgêneros veem como solução para garantir a própria renda, a prostituição (SOUSA, 2017).

De acordo com o estudo de Rios, Paiva, Brignol, Junior e Santos (2018), que investigaram sobre a estigmatização e o sofrimento psíquico entre homossexuais, 57,1% dos entrevistados relataram terem sofrido algum tipo de discriminação e 32,9% já passaram por situações de violência.

Historicamente, a população homossexual teve um maior impacto da estigmatização instaurada pela chegada da epidemia do HIV (TREVISAN, 2018; PARKER, 2019). Apesar dos dados da presente pesquisa apresentar um número maior de homens gays e bissexuais, alguns estudos demonstraram que a população heterossexual teve um aumento de novos casos de infecção pelo HIV, principalmente em mulheres heterossexuais (PARKER, 2019).

De acordo com Trevisan (2018), a população gay, lésbica e bissexual, passou por uma dupla estigmatização. Nesse caso, toda a ideologia em torno do estigma dessas pessoas, já estabelecido pela história e cultura, foi reformulada e reforçada pela chegada do HIV. O estigma, o preconceito e a discriminação passaram a fazer parte da história do HIV, e ser gay, lésbica ou bissexual era sinônimo de estar infectado pelo HIV (PARKER, 2019). Para uma melhor compreensão da diversidade de conceitos sobre orientação sexual e identidade de gênero, a Tabela 3 a seguir apresenta algumas definições (JESUS, 2009):

Tabela 3- Termos e Definições Acerca das Diferentes Orientações Sexuais e Identidades de Gênero

Termo	Definição	Categoria	Atribuído a
Gênero	Refere-se a formas de se identificar e ser identificada como homem ou como mulher	\	\
Expressão de Gênero	Modo como cada pessoa expressa sua identidade, seja através de roupas, gestos, atitudes, estilo, modo de falar. Seja no feminino ou no masculino.	Crossdresser	Geralmente atribuído a homens heterossexuais
		Drag Queen/King, Transformista	Artistas que fazem uso da feminilidade ou masculinidade de forma estereotipada e exacerbada em apresentações.
Orientação Sexual	Refere-se à atração afetivossexual por alguém de algum gênero. E podem ser:	Heterossexual	Pessoas que sentem atração afetivossexual por pessoas do gênero/sexo oposto ao seu Mulheres e/ou pessoas que assumem a identidade de gênero feminina que sentem atração
		Lésbica	afetivossexual por outras mulheres e/ou pessoas que assumem essa identidade de gênero.
		Gay	Homens e/ou pessoas que assumem a identidade de gênero masculina que sentem atração afetivossexual por outros homens e/ou pessoas que assumem essa identidade de gênero.

Identidade de Gênero	Identidade que a pessoa assume, podendo ser:	Bissexual	Pessoas que sentem atração afetivossexual por ambas as identidades de gênero (masculina e feminina).
		Pansexual	Pessoas que sentem atração afetivossexual por qualquer pessoa, independente de sua orientação e/ou identidade de gênero.
		Assexual	Pessoa que não sente atração sexual por nenhuma das orientações ou identidades de gênero. Mas não significa que não mantém relacionamentos afetivos.
		Cisgênero	Pessoa que se identifica e assume o gênero que foi designado ao nascer.
		Transgênero	Pessoa que não se identifica com o gênero que foi designada ao nascer.
		Agênero	Pessoa que tem identidade de gênero neutra, ou seja, não tem um gênero.
		Gênero-fluido	Pessoa que se identifica com os dois gêneros (homem e mulher) em momentos diversos em sua vida, ou seja, "flutua" entre as identidades.
		Não-binário	Pessoa que não quer pertencer a lógica binária de masculino ou feminino. Algumas podem afirmar que pertencem a um terceiro gênero.
Travesti	Termo cultural e mais utilizado no Brasil. Pessoas que vivenciam papéis de gênero feminino, mas não se reconhecem como homens ou mulheres.		

Quanto a cor/etnia, pouco mais da metade informou ser da cor preta, 57,7% (n=15). De acordo com Parker (2019), a etnia é um dos fatores que influenciam na estigmatização de uma pessoa. Em se tratando do HIV, a etnia negra foi a mais afetada, principalmente no início da epidemia que culpabilizaram os haitianos pela infecção (GOFFMAN, 1982; TREVISAN,

2018). Há indicativos nas pesquisas atuais, que a população negra ainda se encontra mais vulnerável à infecção pelo HIV do que a população em geral, devido a múltiplos fatores, por exemplo, como socioeconômicos e culturais (PARKER, 2001; LEKAS, SIEGEL, SCHRIMSHAW, 2006; FRY, MONTEIRO, MAIO, BASTOS, SANTOS, 2007). O racismo estrutural e a violência que os mais pobres estão sujeitos, além da baixa escolaridade e o conhecimento acerca do HIV e suas prevenções, fazem dessa população, ainda mais vulnerável ao HIV. De acordo com os dados de 2020, da SES-AM, 79% dos casos notificados de HIV são de pessoas que se autodeclararam pardas.

Quanto a naturalidade predominaram os investigados da região Norte, 65,4% (n=17), seguidos dos casos das regiões Sudeste, 19,2% (n=5); e Nordeste, 7,7% (n=2). Houve dois participantes que não responderam a esta questão. Sobre estado civil predominaram os solteiros, 84,6% (n=22). Toda a amostra confirmou não ter filhos.

Em relação às informações educacionais 53,8% (n=14) estudavam em instituições públicas. Na área de formação do curso superior, predominaram Humanas, 50,0% (n=13) e Saúde, 26,9% (n=7).

Embora, o índice de infecção por HIV em jovens venha crescendo (BRASIL, 2020), o número de infecções em pessoas com Ensino Superior Completo e Incompleto é menor quando comparado à população geral (BRASIL, 2020). E, por mais que esse grupo tenha acesso à mais informações, algumas pesquisas (SEIDL, 2010) demonstraram que o conhecimento acerca das implicações da infecção do HIV ainda é baixo, o que demonstra fator de risco para novas infecções.

Em pesquisa com universitários que não tinham diagnóstico positivo para o HIV sobre preconceito com pessoas que vivem com HIV (SEIDL, RIBEIRO, GALINKEN, 2010), os participantes tenderam a discordar de afirmativas sobre a legalidade de demissões de pessoas que vivem com HIV (67,8%), em relação à culpabilidade da pessoa se infectar pelo vírus, 39,5% concordaram com a afirmação, enquanto 48,4% concordaram ou não discordaram e nem concordaram sobre mulheres com HIV terem filhos. A pesquisa conclui que essa população precisa ter mais informações e debates para que opiniões estigmatizantes e contra os direitos de pessoas que vivem com HIV sejam modificadas.

Para a classe social, as maiores frequências foram para as classes B, 42,3% (n=11) e C, 34,6% (n=9). A característica que melhor descreveu a família de origem foi a configuração Pai/Mãe e filhos, 61,5% (n=16).

As informações referentes às características clínicas dos entrevistados (Tabela 4) dizem respeito ao tempo em que o investigado foi diagnosticado com sorologia positiva para HIV,

53,8% (n=14) informaram diagnóstico há mais de 3 anos, seguido de 30,7% (n=8) com diagnóstico no período superior a 6 meses até 2 anos.

Em relação ao resultado do exame para contagem de linfócitos 30,8% (n=8) apresentaram níveis maiores de 350 céls/mm^3 , 7,7% (n=2) menores de 350 céls/mm^3 . A maior parte não soube responder de forma precisa a esta questão, 61,5% (n=16).

O exame de contagem de Linfócitos T-CD4 deve ser solicitado a cada seis meses apenas para pessoas que apresentarem valor menor que 350 céls/mm^3 e que estejam em uso regular de TARV, assintomático e com carga viral indetectável. Caso o resultado de dois exames consecutivos, com pelo menos 6 meses de intervalo, for acima de 350 céls/mm^3 , nas mesmas condições anteriores, o exame é dispensado, o que demonstra adesão ao tratamento. Se no mesmo período a Carga Viral ainda é detectada o exame deve ser repetido a cada seis meses, no caso da amostra, 2 pessoas relataram Carga Viral ainda detectável. A Contagem de Linfócitos T-CD4 é padrão ouro para identificar a urgência de se iniciar o tratamento antirretroviral. De acordo com a amostra, observou-se que 7,7% (n=2) com carga viral menor ou igual a 180 céls/mm^3 , sendo que as mesmas afirmaram ter o diagnóstico há mais de 3 anos, o que podemos inferir como falha no tratamento antirretroviral, baixa adesão, falha no acompanhamento laboratorial pela equipe da saúde ou ainda equívoco da própria pessoa, pois declararam ter carga viral indetectável, o que dispensaria a realização do exame.

A ocorrência de efeito colateral após iniciar o tratamento com antirretrovirais foi confirmado por 65,4% (n=17) da amostra, enquanto 15,4% (n=4) relataram que ainda hoje sentem algum efeito colateral referente ao uso da medicação.

Os efeitos adversos dos medicamentos impactam negativamente a adesão ao tratamento, contudo, com a evolução dos antirretrovirais e o acompanhamento adequado, muitas vezes, é possível diminuir o número de comprimidos até para 01 (um) só por dia (CALIARI, 2016). De acordo com os dados desta pesquisa, 65,4% relataram algum efeito adverso da medicação quando iniciou o tratamento, quando comparado ao estado presente, apenas 15,4% ainda apresentam algum sintoma. Esses dados correspondem também aos do estudo de Caliari (2016), no qual 23,6% continuavam a apresentar algum efeito colateral, demonstrando que com o decorrer do tempo de uso, esses efeitos diminuem ou deixam de existir.

Os efeitos colaterais mais relatados em pesquisas (CALIARI, 2016; MEDEIROS et al, 2016; PASSOS; SOUZA, 2015), são a lipodistrofia, o que causa consequências na autoimagem das pessoas, aumento do risco cardiovascular, pancreatite, problemas de pele, perda de memória, tonturas, pesadelos, o que pode ocasionar desconfortos tanto físicos quanto mentais atrapalhando a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV.

A interrupção do uso de antirretrovirais, por longo período durante o tratamento, foi afirmado por 7,7% (n=2) dos casos, onde os dois períodos citados foram de 3 meses e mais um ano. Os dados corroboram também com a pesquisa de Caliari (2016) no qual mostrou que a maioria dos participantes (70,5%) nunca haviam interrompido o tratamento e apenas 29,5% já o fizeram alguma vez, segundo ele, a pesquisa também corresponde com os dados de estudos nacional de Souza, Tiburcio e Koike (2016) e internacionais (LI et al, 2014), o que concluíram que os participantes tiveram boa adesão ao tratamento.

Outros estudos demonstraram que a queda na adesão correspondeu àquelas pessoas que fizeram interrupções ao longo do tratamento e o esquema antirretroviral foi modificado, o que ocasionou maior número de comprimidos por dia (ROMEY et al, 2012; OLIVEIRA et al, 2015).

Foi observado um único caso (3,8%) com histórico de tuberculose, e este mencionou ter realizado o tratamento regularmente. Na presença de diagnósticos referentes a transtornos psicológicos foram apontados depressão, 30,8% (n=9) e ansiedade, 15,4% (n=4). Quando questionados sobre diagnósticos de algum transtorno psicológico na família, 42,3% (n=11) confirmaram essa informação, relatando depressão, 34,6% (n=9) e transtorno de personalidade, 7,7% (n=2).

No histórico familiar de condições crônicas, observou-se hipertensão, 38,5% (n=10), e diabetes 30,8% (n=8). De acordo com Caliari (2016), as comorbidades são frequentes em PVHA, sendo as mais comuns a Hepatite C, a Tuberculose, a Herpes Zoster, a Hipertensão, a Dislipidemia, a Depressão, o Diabetes Mellitus e as cardiopatias.

De acordo com Abara et al (2014) as comorbidades podem ser mais frequentes em pessoas que recebem o diagnóstico positivo para HIV com mais idade, pois podem se deparar com falhas na adesão, dificuldade em conciliar medicamento e acompanhamento pela equipe de saúde. Além disso, elas podem estar ligadas a fatores psicossociais, comportamento sexual de risco, uso abusivo de drogas como entorpecentes, álcool e tabaco, alimentação desregulada, falta de atividades físicas e a predisposição genética.

Uma pequena parcela da amostra, 7,7% (n=2) relatou já ter sido internada por condições referentes ao HIV/AIDS, sendo que nos dois casos, o tempo de hospitalização foi inferior a um mês. O baixo quantitativo desta pesquisa de pessoas que já foram internadas corrobora com a pesquisa de Caliari (2016) que demonstrou um número de 69,8% de pessoas que nunca foram hospitalizados. O que demonstra outro dado para a adesão ao tratamento, mas no estudo do autor, os resultados também mostraram ser expressiva a quantidade de pessoas internadas o que foi semelhante ao estudo de Nunes et al (2005), no qual apresentou que homens de 21 a 40 anos eram mais hospitalizados.

Segundo Caliari (2016), essas internações eram mais associadas às baixas taxas de TCD4, que respectivamente eram mais ligadas às complicações da própria internação, então, de acordo com os dados da pesquisa deste autor, que tinha participantes com taxas adequadas de TCD4, justificaria a menor incidência de internação, um dado que também se assemelha com esta pesquisa.

O diagnóstico por infecção sexualmente transmissível foi confirmado para HPV, 15,4% (n=4), e sífilis 46,2%, (n=12). Sobre os 16 casos que confirmaram infecções, 12 (75,0%) realizaram o tratamento regularmente.

Para Caliari (2016), a presença de comorbidades, principalmente infecções sexualmente transmissíveis, de acordo com sua pesquisa, podem levar a queda da qualidade de vida, principalmente quando essas infecções apresentam sinais e sintomas que possam levar à revelação do diagnóstico positivo de HIV.

Em pesquisa no Rio de Janeiro sobre o impacto do tratamento para Tuberculose em PVHA, verificou-se que a interação medicamentosa pode ter efeitos adversos, o que aumentou os sintomas ansiosos e medo diante da possibilidade de revelação do diagnóstico (SILVA et al, 2015).

Assim, para Caliari (2016), para PVHA ter o risco de outras infecções acarreta o aumento de sofrimento psíquico pela tentativa de manter o sigilo do diagnóstico, pois qualquer manifestação corporal pode se tornar símbolo de um desvio do papel social e a possibilidade de perda da dignidade e a exclusão social.

Tabela 4- Distribuição absoluta e relativa para as características clínicas

Variáveis	Amostra (n=26) ^A	
	n	%
Há quanto tempo você foi diagnosticado com sorologia positiva para o HIV?		
Menos de 3 meses	3	11,5
Há 6 meses	1	3,8
Há 1 ano	5	19,2
Há 2 anos	3	11,5
Há mais de 3 anos	14	53,8
Há quanto tempo você foi diagnosticado com sorologia positiva para o HIV?		
Há pelo menos 6 meses	4	15,3
Mai de 6 meses a 2 anos	8	30,7
Há mais de 3 anos	14	53,8
No seu último exame para detecção de carga viral, você lembra qual foi o resultado?		
Carga viral dentro dos parâmetros aceitáveis	2	7,7
Carga Viral Indetectável	21	80,8
Maior que 500 mil	1	3,8
Não soube responder	2	7,7

E quanto ao exame para a contagem dos linfócitos T-CD4		
Menor ou igual a 350 céls/mm ³	2	7,7
Maior que 350 céls/mm ³	8	30,8
Não lembram ou não realizaram o exame	16	61,5
Quando iniciou o tratamento com os antirretrovirais você teve algum efeito colateral?		
NÃO	9	34,6
SIM	17	65,4
Ainda hoje sente algum efeito colateral do uso dos antirretrovirais?		
NÃO	22	84,6
SIM	4	15,4
Durante o seu tratamento, houve momentos em que ficou sem tomar os antirretrovirais por longos períodos		
NÃO	25	92,3
SIM	2	7,7
Tem histórico de Tuberculose		
NÃO	25	96,2
SIM (realizou o tratamento regulamente)	1	3,8
Você já foi diagnosticado com algum dos transtornos psicológicos abaixo?		
Ansiedade	4	15,4
Depressão	8	30,8
Nunca fui diagnosticado	13	50,0
Transtorno de Estresse Pós Traumático	1	3,8
Na sua família há casos diagnosticados de pessoas com algum transtorno psicológicos abaixo?		
Depressão	9	34,6
Não sei/Não há casos	15	57,7
Transtorno de Personalidade	2	7,7
Há histórico na sua família de alguma dessas condições crônicas		
Diabetes	8	30,8
Hipertensão	10	38,5
Não sei/Não há casos	7	26,9
Neoplasias (alterações de tumores benignos ou malignos)	1	3,8
Você já foi internado por complicações referentes ao HIV/AIDS?		
NÃO	24	92,3
SIM (Menos de 1 mês)	2	7,7
Você já foi diagnosticado ou possui alguma dessas Infecções Sexualmente Transmissíveis		
Nunca fui diagnosticado/Não possui	10	38,5
HPV	4	15,4
Sífilis	12	46,2
Caso tenha sido diagnosticado, você faz/fez o tratamento regularmente?		
NÃO	3	18,7
SIM	12	75,0
NR	1	6,3

A: Percentuais obtidos com base no total da amostra.

Para as informações acerca das características comportamentais dos indivíduos (Tabela 5) foram investigados o uso de algum medicamento, além dos antirretrovirais, que foi confirmado por 34,6% (n=9).

A amostra foi questionada quanto às situações em que costumam ter relações sexuais, e 46,2% (n=12) mencionaram o ato com uma pessoa, seguido de 42,3% (n=11) que confirmaram relações sexuais com mais de uma pessoa. Em relação ao uso de preservativo, 50,0% (n=13) informaram utilizar em todas as relações sexuais, enquanto 38,5% (n=10) relataram o uso esporádico. Considerando a situação em que não é utilizado o preservativo, metade dos casos, 50,0% (n=13), mencionaram ter confiança no parceiro sexual, seguido de 30,8% (n=8) que informaram *Não haver disponibilidade*.

A maioria dos participantes declararam ter apenas parceria sexual fixa, o que se assemelha ao estudo de Caliari (2016) no qual mostrou que 87,8% da amostra mantém uma relação sexual afetiva com apenas uma pessoa, o estudo do autor se assemelha também à pesquisa de Reis, Melo e Gir (2016).

De acordo com Caliari (2016), há um risco maior de transmissão do vírus HIV entre casais com relações estáveis do que casais com relações esporádicas, pois a confiança no parceiro (a) era considerado fator protetivo, o que possibilitaria comportamentos sexuais de risco, como maior frequência do sexo anal e pouco uso de preservativos (SEIDL, RIBEIRO, GALINKIN, 2010; SILVA, MACHADO, MARTINS, COSTA, ALVES, RAMOS, 2013; OLIVEIRA, ARAÚJO, ALCHIERI, PEREIRA, NASCIMENTO, VASCONCELOS, 2013).

E em relação ao uso do preservativo, 50% declararam o uso sempre que mantinham relações sexuais, o maior número também se assemelha ao estudo de Caliari (2016). De acordo com o autor o uso do preservativo é medida preventiva recomendada para todas as relações sexuais tanto para pessoas sem HIV quanto para PVHA.

Quanto ao fato de conhecerem ou utilizarem, métodos específicos de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, prevaleceram a “Prevenção Combinada, PreP (profilaxia pré-exposição), PEP (profilaxia pós-exposição), Testagem rápida” e “Prevenção Combinada”, representando, 30,8% (n=8) e 23,1% (n=6), respectivamente.

No que se refere ao uso de bebidas alcoólicas, 46,2% (n=12) informaram o uso *Esporádico*, seguido de 34,6% (n=9) que relataram o uso aos *Finais de semana*. Uso de drogas ilícitas foi confirmado por 26,8% (n=7) dos investigados.

Para fins de compreensão, drogas lícitas são aquelas legalizadas, produzidas e comercializadas pela sociedade, como álcool e cigarro, já as drogas ilícitas são a cocaína, maconha, crack e heroína e/ou quaisquer subformas e que não são aceitas socialmente (OMS, 2014).

De acordo com Caliari (2016), tanto a adesão ao tratamento quanto a transmissão do HIV, o consumo de drogas pode influenciar, seja no acompanhamento pela equipe de saúde

quanto nos efeitos adversos da TARV, pois tanto o álcool, quanto entorpecentes influenciam em aspectos cognitivos e comportamentais das pessoas, aumentando a probabilidade de comportamentos sexuais de risco, compartilhamento de seringas, esquecimento na tomada das medicações.

Tabela 5- Distribuição absoluta e relativa para as características comportamentais

Variáveis	Amostra (n=26) ^A	
	n	%
Faz uso de algum medicamento além dos antirretrovirais?		
NÃO	17	65,4
SIM	9	34,6
Você costuma ter relações sexuais		
Apenas com uma pessoa	12	46,2
Com mais de uma pessoa	11	42,3
Não tenho relações sexuais	3	11,5
Em relação ao uso do preservativo (feminino ou masculino)		
Nunca utilizo	3	11,5
Utilizo de forma esporádica	10	38,5
Utilizo em todas as relações sexuais	13	50,0
Quando não utiliza o preservativo (feminino ou masculino) é porque:		
Eu me sinto desconfortável	2	7,7
Não há disponibilidade	8	30,8
O(a) parceiro(a) também é soropositivo	3	11,5
Tenho confiança no parceiro(a) sexual	13	50,0
Quais desses métodos de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis você conhece ou utiliza?		
Não conheço ou não utilizo nenhuma das opções acima	2	7,7
PreP (profilaxia pré-exposição)	1	3,8
PreP (profilaxia pré-exposição), Não conheço ou não utilizo nenhuma das opções acima	1	3,8
PreP (profilaxia pré-exposição), PEP (profilaxia pós-exposição), Testagem rápida	2	7,7
Prevenção Combinada	6	23,1
Prevenção Combinada, PreP (profilaxia pré-exposição), PEP (profilaxia pós-exposição)	4	15,4
Prevenção Combinada, PreP (profilaxia pré-exposição), PEP (profilaxia pós-exposição), Testagem rápida	8	30,8
Testagem rápida	2	7,7
Faz uso de álcool?		
Aos finais de semana	9	34,6
Esporadicamente (1 vez ao mês ou 1 vez a cada três meses)	12	46,2
Nunca	1	3,8
Raramente (1 vez por ano)	4	15,4
Faz uso de drogas ilícitas?		
Aos finais de semana	1	3,8
Esporadicamente (1 vez ao mês ou 1 vez a cada três meses)	3	11,5
Nunca	19	73,1
Raramente (1 vez por ano)	1	3,8
Sempre (todos os dias)	2	7,7

A: Percentuais obtidos com base no total da amostra;

Na Tabela 6 estão agrupadas as informações das emoções percebidas sobre o diagnóstico positivo para o HIV, o suporte social recebido e o estigma percebido no ambiente universitário. Considerando a emoção sentida ao saber do diagnóstico para HIV, os investigados mencionaram mais de um tipo de emoção, sendo que, as mais relatadas foram Ansiedade/depressão, 88,5% (n=23), bem como, Medo e Culpa, cada uma mencionada por 65,4% (n=17) da amostra.

As emoções mais percebidas ao receber o diagnóstico positivo para a infecção do HIV foram medo e culpa entre os participantes desta pesquisa. De acordo com Caliri (2016), perceber-se sendo inferior devido ao estigma aumenta-se também a ansiedade em relação a infecção, muitas vezes com sentimentos ligados à solidão e morte, características que foram demonstradas com 88,5% da amostra declarando que as emoções mais sentidas estavam relacionadas à ansiedade e depressão.

Ainda de acordo com Caliri (2016), utilizando a relação entre a Escala de Estigmatização e o Questionário HAT-QoL, a percepção negativa da própria autoimagem, preocupações em torno da possibilidade da solidão, sentimento de culpa relacionada à infecção, reforçam o isolamento social prejudicando também a qualidade de vida das PVHA.

Os estudos de Calvetti, Giovelli, Gauer e Moraes (2016) que avaliou o nível de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas que vivem com HIV/AIDS concluiu que o estresse e os sintomas de ansiedade possuem correlação direta, quanto maior os sintomas de ansiedade, maior o estresse e quanto menos suporte social, maior o estresse percebido.

Quanto ao apoio para lidar com os assuntos relacionados ao HIV, mais uma vez, os investigados relataram mais de um apoio, sendo que os destaques foram para Amigos, 65,4% (n=17); Equipe de saúde, 53,8% (n=14); e Família nuclear, 34,6% (n=9).

O suporte social para pessoas que vivem com HIV, principalmente nos estágios iniciais do diagnóstico, é fundamental para uma boa adesão ao tratamento. De acordo com a pesquisa, a maioria dos participantes pertencem a uma família composta por pai, mãe e filhos (58,6%), embora apenas 34,5% responderam que tiveram apoio da família, o que pode sugerir que a família não teve papel fundamental no tratamento dessa pessoa.

Em sua revisão de literatura sobre a família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV, Silva e Tavares (2015) identificaram a importância de se perceber todos os membros da família como parte do processo de lidar com uma pessoa que vive com HIV. As repercussões e adaptações que geram no grupo todo precisam ser mais bem estudadas, desde o julgamento social e o medo da discriminação acabam por incentivar segredos, muitos familiares se

percebem sozinhos por não poder contar com a ajuda de outros familiares, amigos e/ou vizinhos.

A maioria dos participantes teve os amigos como principal fonte de suporte social (65,4%), e que se assemelha ao estudo de Pedrosa, Fiuza, Cunha, Reis, Gir (2016), sobre o suporte social de pessoas que vivem com HIV quando demonstra que 52,1% das pessoas entrevistadas tiveram apoio de amigos. De acordo com o estudo de Silva (2009) a amizade e o vínculo afetivo construído em ONGs promovendo redes sociais de suporte é fator protetivo e de adesão ao tratamento do HIV.

Quanto ao fato de ter contado a pessoas na Universidade/faculdade que vive com HIV, 73,1% (n=19) não comentaram com ninguém. Sobre ter presenciado situações de discriminação preconceito em relação, a pessoas que vivem com HIV na Faculdade/universidade, metade da amostra respondeu de forma positiva, 50,0% (n=13).

A situação de ter passado por discriminação e preconceito no ambiente universitário por ser uma pessoa que vive com HIV foi declarado por 11,5% (n=3) dos participantes, sendo que a discriminação partiu de colegas universitários (76.9%).

Sobre as características/iniciativa apresentadas pelas Universidade/faculdades relativas ao HIV, verificou-se que, 42,3% (n=11) informaram que existem espaços, eventos ou grupos para promoção de discussão em informações; sendo que, na maior parte das vezes, a iniciativa é da própria instituição [30,8% (n=8)].

A presença de um ambiente acolhedor, seguro e confiável para pessoas que vivem com HIV foi confirmado por 23,1% (n=6) dos casos. A maior parte, 84,6% (n=22), não soube responder se as instituições possuem alguma política interna ou normas de prevenção e punição para atos criminosos e de preconceitos contra minorias sociais. Ainda, 84,6% (n=22) informaram não se sentirem confortáveis em revelar o seu diagnóstico positivo para HIV em suas instituições.

Um dado importante desta pesquisa revelou que a maioria dos participantes não soube responder se há, na Instituição de Ensino, políticas internas, normas de conduta, espaços de discussão e/ou grupos de informação sobre o combate ao preconceito e discriminação de PVHA, sobre o próprio HIV e suas implicações na saúde e até sobre meios de prevenção.

Em pesquisa recente sobre a opinião de universitários sobre HIV/AIDS em uma Universidade do Rio Grande do Sul, Etchegaray, Silva e Silva (2020) atentam para a necessidade de partir do pressuposto que a Universidade como uma instituição de ensino deve abordar temas como a educação sexual, à sexualidade e aos direitos reprodutivos, independentemente do curso de formação.

Assim como esta pesquisa, o estudo de Etchegaray, Silva e Silva (2020), resultou que 79,4% (n=938) não tiveram contato com a temática HIV em sua formação, e apenas 22,6% (n=267) afirmaram que o tema havia sido abordado, desse número, apenas 21,1% na graduação e 1,5% na pós-graduação.

Em relação ao conhecimento dos universitários sobre HIV/AIDS, a autoavaliação resultou em um nível satisfatório, apesar da necessidade de aprofundamento do tema, principalmente em relação a transmissão e prevenção (30% dos participantes não sabiam a diferença entre HIV e AIDS, por exemplo).

Em sua análise sobre a vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV, Bezerra, Chaves, Pereira e Melo (2012) concluíram que os participantes desconhecem sua situação sorológica (positiva ou negativa), pois os mesmos encontram dificuldades em informações e buscas adequadas para testagem. Característica também identificada no estudo de Oliveira, Araújo, Alchieri, Pereira, Nascimento, Vasconcelos (2013) e Seidl, Ribeiro e Galinkin (2010).

Outro dado importante dessas pesquisas foi a presença de tabus, mitos e preconceitos sobre as formas de transmissão e prevenção, advindas do senso comum. Esses resultados se assemelham com o estudo de Seidl, Ribeiro e Galinkin (2010), que apontou existirem opiniões preconceituosas em relação às PVHA, contabilizando um terço da amostra manifestando aprovações às medidas de restrição de direitos humanos e de cidadania de PHVA.

Ainda segundo os autores, apesar dos jovens terem mais informações sobre HIV/AIDS, ainda persistem a discriminação de grupos sociais que são culpabilizados pela infecção, nesse caso homossexuais (TREVISAN, 2018; PARKER, 2001) e negros. O que demonstra também a culpabilização individual, sem levar em considerações variáveis socioculturais e econômicas.

De acordo com os dados desta pesquisa, a maioria dos participantes (86,6%) não considera o ambiente universitário favorável para a revelação de seu diagnóstico positivo para o HIV. Embora as pesquisas aqui citadas não incluam a vivência da PVHA no ambiente acadêmico universitário, fica evidente que se trata de um ambiente pouco acolhedor à demanda dessa população, seja por falta de informações básicas sobre a infecção, espaços de discussões sobre o tema e meios para combater o estigma, preconceito e discriminação.

Quando nos referimos ao público universitário, algumas intervenções podem ser realizadas, como por exemplo as exemplificadas no estudo de Zucchi, Paiva e Junior (2013). Proporcionar espaços de divulgação, discussões e acolhimento às pessoas que vivem com HIV/Aids nas Instituições de Ensino Superior, contribuiria para uma menor percepção negativa do ambiente universitários por essas pessoas.

Além disso, como já demonstrado no estudo de Seidl, Ribeiro e Galinkin (2010), os universitários que não vivem com HIV/Aids tendem a ter opiniões preconceituosas a respeito da temática. Possibilitar uma maior psicoeducação a esses estudantes, além de ser medida preventiva contra a infecção, estaria contribuindo para a diminuição do estigma, favorecendo dessa maneira a conscientização dos fatores epidemiológicos.

Tabela 6- Emoções, Suporte Social e Estigma Percebidos

Variáveis	Amostra (n=26) ^A	
	n	%
Qual emoção você sentiu ao saber do diagnóstico positivo para o HIV? ^B		
Medo	17	65,4
Ansiedade/preocupação	23	88,5
tristeza	19	73,1
Raiva	12	46,2
Culpa	17	65,4
Nojo	7	26,9
Com quais pessoas você tem apoio para lidar com assuntos relacionados ao HIV? ^B		
Amigos	17	65,4
Equipe de saúde	14	53,8
Família nuclear	9	34,6
Organizações de apoio	7	26,9
Família extensa	3	11,5
Na sua Universidade/Faculdade, para quais dessas pessoas você já contou que vive com HIV?		
Colegas da minha turma/curso e/ou de outros cursos	7	26,9
Não contei alguém da Universidade/Faculdade	19	73,1
Você já percebeu ou presenciou situações de discriminação/preconceito em relação às pessoas que vivem com HIV na sua Universidade/Faculdade?		
NÃO	13	50,0
SIM	13	50,0
Você já percebeu ou passou por uma situação de discriminação/preconceito na Universidade/Faculdade por saberem sobre seu diagnóstico?		
As pessoas não sabem do diagnóstico	17	65,4
NÃO	6	23,1
SIM	3	11,5
A discriminação/preconceito partiu de quem?		
Colegas universitários	20	76,9
Funcionários	3	11,5
Professores	3	11,5
A sua Universidade/Faculdade propõe espaços, eventos ou grupos para a promoção de discussão e informações sobre o HIV?		
NÃO	15	57,7
SIM	11	42,3
Quando ocorrem esses momentos, a iniciativa é por parte de quem?		
Da própria instituição	8	30,8
Dos professores	5	19,2
Dos universitários	4	15,4

Não existe a iniciativa	9	34,6
Você acredita que a sua Universidade/Faculdade é um ambiente acolhedor, seguro e confiável para pessoas que vivem com HIV?		
NÃO	20	76,9
SIM	6	23,1
Sua Universidade/Faculdade possui alguma política interna ou normas para prevenção e punição de atos discriminatórios e de preconceitos contra as minorias sociais?		
NÃO	2	7,7
Não sei	22	84,6
SIM	2	7,7
Você se sente confortável em revelar o seu diagnóstico positivo para HIV na sua Universidade/Faculdade?		
NÃO	22	84,6
SIM	4	15,4

A: Percentuais obtidos com base no total da amostra; B: Percentuais obtidos com base na análise do número de ocorrência de casos (questão de múltiplas respostas)

Nas informações referentes a Escala de Estigmatização (Tabela 7), inicialmente foi avaliada a consistência interna do instrumento, através do coeficiente Ômega de McDonald (Ω_t). De acordo com os resultados obtidos, a maior confiabilidade ocorreu na dimensão *Auto imagem negativa* ($\Omega_t = 0,880$) e, quanto a menor estimativa, esta ocorreu na dimensão da *Revelação* ($\Omega_t = 0,852$). Todas os coeficientes apresentaram estimativas satisfatórias ($\Omega_t > 0,700$). Desta forma, há evidências de consistência interna robustas para a escala na amostra estudada.

No que se refere as estimativas dos domínios, a maior média ocorreu na *Revelação* ($3,1 \pm 0,7$; mediana=2,7), enquanto a menor estimativa ficou a cargo dos domínios *Estigmatização personalizada* ($2,3 \pm 0,8$; mediana=1,6) e *Autoimagem negativa* ($2,3 \pm 0,8$; mediana=1,6).

Figura 2 Gráfico Box-Plot dos escores observados para a Escala de Estigmatização

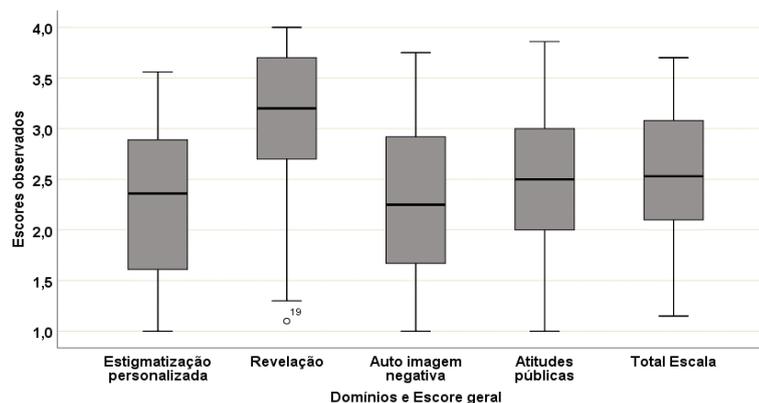


Tabela 7- Média, desvio padrão e mediana para a Escala de Estigmatização

Variáveis	Amostra (n=26)			Ômega de McDonald
	Média	Desvio padrão	Mediana	
Dom1 Estigmatização Personalizada	2,3	0,8	1,6	0,873
Dom 2 Revelação	3,1	0,7	2,7	0,852
Dom 3 Autoimagem negativa	2,3	0,8	1,6	0,880
Dom 4 Atitudes públicas	2,5	0,7	2,0	0,870
TOTAL_ESCALA_ESTIGMA	2,6	0,7	2,1	0,892

De acordo com as médias e desvio padrão da Escala de Estigmatização na Tabela 7, o Domínio de maior média foi o de *Revelação*, o que pode ser entendido como dificuldades em revelar o próprio diagnóstico para as outras pessoas. O resultado foi o mesmo apresentado pelo estudo de Casaes (2007) realizado com 74 pessoas, em estudo qualitativo com a aplicação da Escala. Segundo o autor, o Domínio de Revelação apresenta justamente o medo de ser rejeitado, excluído do convívio das pessoas, perder o emprego, ou seja, ser estigmatizado pela sociedade.

O maior valor no Domínio de Revelação também surgiu nos estudos de Suit e Pereira (2008) e de Harper, Lemos e Hosek (2014) e Caliarri (2016). De acordo com os autores, a ocultação do diagnóstico é uma estratégia frequentemente utilizada para se evitar perdas sociais e/ou a manutenção de vínculos afetivos. Para Berger, Ferrans e Lashley (2001), o Domínio avalia o enfrentamento da revelação do diagnóstico e como a pessoa se sente depois de falar sobre a situação.

Outro fator que pode ter influenciado no resultado da Escala foi que a maioria dos participantes desta pesquisa declarou ser gay (80,8%), sabe-se que as pessoas homossexuais ainda sofrem com o estigma, preconceito e discriminação da sociedade e cultura e o HIV contribuiu para que a exclusão dessas pessoas aumentasse. De acordo com Casaes (2007), outras fontes de estigmatização (PARKER, 2001) para ao HIV podem ser sobrepostas, o que corrobora também para o Domínio Revelação possuir a maior média.

Com a preocupação de ter o Suporte Social afetado, as pessoas não revelam seu diagnóstico, pois muitas vezes são acusadas de irresponsáveis e de terem comportamentos promíscuos. Embora exista uma estrutura muito maior de conjecturas políticas e econômicas

que favorecem a permanência do estigma e a proliferação da contaminação das pessoas mais estigmatizadas, entre elas as mulheres, LGBTQIA+, negros e pobres (CASAES, 2007).

Ainda sobre a estigmatização em relação à orientação sexual, Casaes (2007) demonstrou que as pessoas heterossexuais e bissexuais sofrem mais com o processo de estigmatização que homossexuais e pessoas trans. Uma hipótese que o autor sugere é que, como homossexuais e trans já lidam com o estigma pela orientação sexual e de gênero ao longo da vida, desenvolvem estratégias mais adaptativas para lidar com ele, diferentemente das pessoas heterossexuais e bissexuais que, por possuírem um comportamento mais socialmente e culturalmente aceito, não desenvolvem estratégias melhores para lidar com o estigma.

O autor ainda sugere que intervenções em instituições de saúde tenham a sensibilidade para lidar com essas questões de maneiras diferentes, principalmente quando heterossexuais com idades mais avançadas são diagnosticados com HIV e percebem o peso do processo de estigmatização reforçado pela família e sociedade (CASAES, 2007).

Ainda de acordo com Casaes (2007), a maior média tanto no Domínio Revelação, quanto em segundo lugar o Domínio de Atitudes Públicas, e que também se assemelhou a este estudo aqui apresentado, podem ser interpretadas da seguinte maneira: por um lado o medo e preocupação da pessoa que vive com HIV ser rejeitada ao revelar seu diagnóstico e, por outro, a maneira pessimista que percebe o tratamento que a sociedade relega às PVHA.

Para Caliarì (2016) a estigmatização do HIV reforça a culpa e a responsabilidade pela infecção, o que possibilita o aumento do estresse, da ansiedade (REMOR et al 2007) e outros sintomas psicopatológicos, o que dificulta o processo de aceitação da nova condição de vida e adesão ao tratamento (BRASIL, 2018).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já mencionado nesta pesquisa, o Estigma, variável multifacetada, pode ser vista por diferentes ângulos, e quando incluímos suas consequências nas vidas das pessoas que vivem com HIV, ela se torna complexa e com várias camadas. E ao optarmos por avaliar a percepção do estigma em universitários que vivem com HIV, escolhemos um desses pontos de vista.

A partir da Escala de Estigmatização de Pessoas que Vivem com HIV, conseguimos avaliar o nível da percepção do Estigma que esses universitários possuem e qual sua relação com a possibilidade de Revelação do diagnóstico, atitudes de outras pessoas, sua autoimagem e culpabilização, subdomínios da Escala.

A Escala retornou um resultado, compatível com outras pesquisas, de maior média de percepção no Subdomínio Revelação (3,1), o que demonstra que os participantes têm mais receio, preocupações e dificuldades diante da possibilidade de revelação de seu diagnóstico positivo para o HIV, o que leva os mesmos a terem comportamentos de isolamento social e de esconder seu status sorológico para manutenção de certos vínculos afetivos. O segundo Subdomínio com a maior média foi o de Atitudes Públicas (2,5) e refere-se a uma maior percepção do comportamento estigmatizante das outras pessoas e instituições em relação a sua condição de pessoa que vive com HIV.

Quanto às características sociodemográficas, alguns resultados merecem destaque, como o fato da maioria dos participantes se declarar do sexo masculino (n=24) e de orientação sexual gay 80,8% (n=21). Sabe-se que as pessoas homossexuais ainda sofrem com o estigma, preconceito e discriminação da sociedade e cultura e o HIV contribuiu para que a exclusão dessas pessoas aumentasse. Não houve a participação de pessoas heterossexuais na pesquisa, o que pode representar, entre outros fatores, o maior distanciamento e dificuldade de lidar com o estigma relacionado ao HIV, pois sabe-se que índice de novos casos da infecção cresce nesta população.

Quanto a algumas variáveis comportamentais e clínicas, verificou-se que 42,3% da amostra costuma ter relações sexuais com mais de uma pessoa e que utilizam o preservativo de forma esporádica (38,5%), o que aponta para uma maior necessidade do incentivo de uso de métodos de prevenção para a infecção, como a PreP, a PEP e a testagem rápida de forma regular. Outro ponto importante a ressaltar é percepção do ambiente acadêmico como estigmatizante e

da falta de mais espaços e discussões acerca da temática, principalmente sobre prevenção e medidas contra o preconceito e discriminação de pessoas que vivem com HIV nesses ambientes.

Nesse sentido, proporcionar rodas de conversas entre professores e demais profissionais da instituição os capacitariam para oferecer um acolhimento mais adequado às pessoas que os procurassem com queixas relacionadas às situações de discriminação e preconceito. Estabelecer profissionais treinados em setores estratégicos, como o de Saúde para dar suporte a outros setores ou departamentos, como a Assistência Estudantil ou Centros Acadêmicos.

Vale ressaltar que o contexto da Pandemia de COVID-19 não favoreceu a participação e coleta de dados da população. Apesar da coleta ser totalmente remota, houve resistência de universitários que possivelmente estariam cansados de atividades online. E, por tratar-se de um tema sensível e que gera preocupações, como o HIV, algumas pessoas podem ter tido receio de participar ou medo de se expor. O que resultou em uma amostra pequena de 26 participantes, mas que apesar do baixo se mostrou compatível com o instrumento escolhido.

O estudo apresentou outras limitações, além do contexto pandêmico, como a necessidade de adaptação dos instrumentos de coleta de dados, nesse caso reformulado para a modalidade online, o que impediu uma análise mais qualitativa e subjetiva das respostas individuais, o que levaria mais tempo e se daria de forma mais proveitosa de maneira presencial. Nesse sentido, a subjetividade individual, opiniões e vivências relacionadas ao estigma do HIV no convívio e ambiente acadêmico da Universidade se tornam ponto de partida de futuras pesquisas.

Por fim, ao nos depararmos com a epidemia de HIV, no início dos anos 80, não testemunhamos a criação de uma nova forma de discriminação ou preconceito. Vimos o ressurgimento de estigmas já enraizados na sociedade e na cultura: homofobia, misoginia, racismo e preconceitos contra pobres, entre outros. Potencializado pela chegada do HIV, o Estigma renascia e se reformulava em uma versão mais generalizada, opressora e violenta, inserido em uma estrutura social, econômica, política e cultural que reforça o poder pela exclusão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

- ALMEIDA, S. A. et al. **Concepções de jovens sobre o HIV/AIDS e o uso de preservativos nas relações sexuais.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 35, n. 1, p. 39-46, março 2014.
- ARAÚJO, L. F. et al. **Concepções Psicossociais acerca do conhecimento sobre a Aids das pessoas que vivem com o HIV.** Revista Colombiana de Psicologia, Bogotá, v. 26, n. 2, p. 219-230, 2017.
- ARAÚJO, J.L.; OLIVEIRA, J.G. ALCHIERI, J.C. PEREIRA, A.K.A.; NASCIMENTO, E.G.C.; VASCONCELOS, R.B. **Conhecimento e comportamento sexual dos universitários diante a vulnerabilidade ao hiv/aids.** Revista Baiana de Saúde Pública, V. 37, n. 3. 2013.
- AZEVEDO, F.M.; SEGUNDO, D.S.A.; FEIJO, M.; NARDI, H.C.; COSTA, A.B. **Atribuições de causalidade pela infecção por HIV.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, V. 20, n.3, p.751-769. Rio de Janeiro, 2020.
- BARROS, M.; BATISTA-DOS-SANTOS, A. C. **Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos.** Revista Acadêmico, v. 10, n. 9, p. 1-9, setembro 2010.
- BELTRÃO, R. P. L. et al. **Saúde e qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids: uma revisão narrativa dos últimos 15 anos.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 40, p. 1-8, 2020.
- BERGER, B. E.; FERRANS, C. E.; LASHEY, F. R. **Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale.** Revista Nurs Health, v. 24, n. 6, p. 518-529, Dezembro 2001.
- BEZERRA, E. O. et al. **Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 13, n. 5, p. 1121-1131, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial HIV/AIDS 2021.** Brasília, p. 1-72. 2021.

¹ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT, 2017): Estrutura de trabalhos acadêmicos segundo a ABNT NBR 14.724, adotadas pela FAPSI/UFAM..

CALVETTI, P. Ü. et al. **Níveis de Ansiedade, Estresse Percebido e Suporte Social em Pessoas que Vivem com HIV/AIDS**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, n. 4, p. 1-4, 2016.

CALLIARI, J.S. **Estigmatização de pessoas que vivem com HIV/aids e sua relação com suporte social e qualidade de vida**. 2016. 292 f. Tese (Doutorado em Ciência) - Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

CAMARGO, L. A.; CAPITÃO, C. G.; FILIPE, E. M. V. **Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids**. *Psico-USF*, v. 19, n. 2, p. 221-232, 2014.

CARVALHO, P. M. **Validação dos Conceitos de Atenção Plena e Evitamento Experiencial segundo a Terapia da Aceitação e Compromisso (ACT) na Explicação do Comportamento Alimentar**. 2011. 117 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia de Braga, Braga, Dezembro 2011.

CARVALHO, S. M.; PAES, G. O. **A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS**. *Cad. saúde colet.*, (Rio J.), v. 19, n. 2, p. 157-163, 2011.

CASAES, N. R. N. **Suporte Social e Vivência de Estigma: Um estudo entre pessoas com HIV/AIDS**. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2007.

CHAGAS, M. T.; GUILHERME, G.; MORIYAMA, J. D. S. **Intervenção clínica em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso: Manejo da ansiedade**. *Acta Comportamentalia*, Londrina, v. 21, n. 4, p. 495-508, 2013.

COELHO, R. F. D. S. et al. **Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS entre adolescentes e jovens de escolas públicas estaduais da região oeste de goiânia**. *Revista de Patologia Tropical*, v. 40, n. 1, p. 56-66, janeiro-março 2011.

COSTA, N. **Terapia de Aceitação e Compromisso: É uma proposta de intervenção cognitivista**. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, São Luis, v. 3, n. 2, p. 117-126, 2012.

CUNHA, G. H.; GALVÃO, M. T. G. **Efeito do Suporte Social na Vida de Adultos com HIV/AIDS**. *Revista Online de Pesquisa*, v. 8, n. 3, p. 4826-4832, 2016.

DANIEL, H.; PARKER, R. **A terceira epidemia: o exercício da solidariedade**. IN: AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas, ABIA, Rio de Janeiro, 2018.

DUTRA, A. D. F. C.; CORDOVA, W.; AVANT, F. L. **Estigma e discriminação: experiências de homens afrodescendentes vivendo com HIV/Aids em Salvador-Bahia**. Serviço Social e Saúde, v. 15, n. 2, p. 257-272, 2015.

FEIST, J.; FEIST, G. J.; ROBERTS, T.-A. **Teorias da Personalidade**. Tradução de Sandra Maria Mallman da Rosa. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

FERREIRA, G. C. L. et al. **Implicações da relação entre estigma internalizado e suporte social para a saúde: Uma revisão sistemática da literatura**. Estudos de Psicologia, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2014.

FRY, P.H.; MONTEIRO, S.; MAIO, M.C.; BASTOS, F.I.; SANTOS, R.V. **AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, V 23, n 3. 2007.

GILBERT, P. **The origins and nature of compassion focused therapy**. British Journal of Clinical Psychology, v. 53, n. 1, p. 6-41, Fevereiro 2014.

GOFFMAN, E. **Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. [S.l.]: LTC, 1981.

GOMES, R.R.F.; CECCATO, M.G.B.; KERR, L.R.; GUIMARÃES, M.D. **Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, n. 33(10), 2017.

GOUVEIA, T. B. **Avaliação dos aspectos culturais, psicológicos e sociais que interferem no comportamento de risco de jovens homossexuais em relação ao HIV/AIDS**. 2013. 52 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Católica de Santos, Santos, 2013.

HAIR J.F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6a ed. Porto Alegre: Artmed, 2009

MCDONALD, R. P. **Test theory: A unified treatment**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1999.

JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. **História da Psicologia: Rumos e Percursos**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

KAHHALE, E. P. et al. **HIV-AIDS: Enfrentando um sofrimento psíquico**. São Paulo: Cortez, 2010.

KAHHALE, E. P. et al. **Relações sociais e viver com HIV/AIDS**. In: KAHHALE, E. P., et al. **HIV-AIDS: Enfrentando um sofrimento psíquico**. São Paulo: Cortez, 2010. Cap. 5, p. 85-97.

KNAPP, P.; BECK, A. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 30, n. 2, p. 54-64, 2008.

LENZI, L. et al. **Suporte Social e HIV: Relações Entre Características Clínicas, Sociodemográficas e Adesão ao Tratamento**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 34, p. 1-11, 2018.

MAGNO, L. et al. **Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre mulheres transgênero: revisão sistemática**. Cadernos de Saude Publica, v. 35, n. 4, p. 1-21, 2019.

MARCHI, M. C. **Suporte social e adesão ao tratamento antirretroviral de adultos que vivem com HIV/AIDS**. 2014. 82 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Enfermagem, Santa Maria, 2014.

MARQUES, A. M. **As relações entre sintomatologia psicopatológica e depressiva, autocríticismo e autocompaixão numa amostra clínica e não clínica**. 2019. 35 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto Superior Miguel Torga - Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra, 2019.

MEYER, D.; FÉLIX, J. **"Entre o ser e o querer ser.": Jovens soropositivos(as), projetos de vida e educação**. Educação em Revista, Belo Horizonte, v. 30, n. 2, p. 181-206, abril-junho 2014.

O LIVRO da Psicologia. Tradução de Clara M. Hermeto e Ana Luisa Martins. 2. ed. São Paulo: Globo Livros, 2016.

OLIVEIRA, M. F. **O papel da vergonha, do autocríticismo e da autocompaixão na relação entre ansiedade social e perfeccionismo em estudantes do ensino superior**. 2016. 52 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, 2016.

PAES, G. O.; CARVALHO, S. M.; DENADAI, W. **A vulnerabilidade social dos jovens no contexto da epidemia do HIV/AIDS: repensando estratégias de prevenção.** Cadernos de Ciência e Saúde, v. 1, n. 2, p. 25-31, julho-dezembro 2011.

PARKER, R. **Sexuality, culture and Society: shifting paradigms in sexuality research.** Culture, Health & Sexuality. V. 11. N. 3. Abril, 2009.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action.** Social Science & Medicine, V. 57, 2003.

PARKER, R. **Intersecções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial.** Cadernos de Saúde Pública, V. 28, N. 1. pp. 164-169, 2012.

PARKER, R.; GARCIA, J.; MUÑOZ-LABOY, M. SOMMER, M.; WILSON, P. **Sexuality and Public Health.** Oxford Textbook of Global Public Health, 6ª Ed. 2015.

PARKER, R. **Sexuality, Health, and Human Rights.** American Journal of Public Health. V 97, n. 6. Junho, 2007.

PEDROZA, S.C.; FIUZA, M.L.T.; CUNHA, G.H.; REIS, R.K.; GIR, E. GALVÃO, M.T.; CARVALHO, A.F. **Suporte social de pessoas que vivem com a síndrome da imunodeficiência adquirida.** Texto Contexto Enfermagem, V. 25, n. 4, 2016.

PEREIRA, B. D. S. et al. **Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 19, n. 3, p. 747-758, 2014.

PEREIRA, E. C. L. et al. **Jovens universitários da área da saúde são vulneráveis ao HIV.** Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 11, n. 2, p. 41-52, janeiro 2018.

PEREIRA, E. M. F. T. **Vinculação, autocompaixão e resiliência em jovens adultos: relações com as competências sociais.** 2016. 146 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Lisboa, 2016.

RABUSKE, M. M. **Comunicação de Diagnóstico de Soropositividade para HIV e de AIDS para Adolescentes e Adultos: Implicações psicológicas e repercussões nas relações familiares e sociais.** 2009. 55 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

RIGHETTO, R.C.; REIS, R.K.; REINATO, L.A.F.; GIR, E. **Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Vol 15, n6. pp.942-948. Fortaleza, 2014.

RIOS, L.F.; PAIVA, V.S.F.; BRIGNOL, S.; JUNIOR, D.L.A.; SANTOS, M.L.S. **"Foi como se a gente tivesse visto a morte": estigmatização, sofrimento psíquico e homossexualidade**. Laplage em Revista. V 4, n 01, p.140-158. Sorocoba, 2018.

ROCHA, A. L. S. **Saúde Mental, Suporte Social e Adesão ao Regime Terapêutico: Que Associações no Contexto da Infecção pelo HIV/SIDA?** 2018. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria) - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2018.

RODRIGUES, A. S. et al. **Representações sociais de adolescentes e jovens vivendo com HIV acerca da adolescência, sexualidade e AIDS**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 13, n. 4, p. 680-687, outubro-dezembro 2011.

RODRIGUES, C. M. L.; CHAGAS, P. C.; CORRÊA, C. R. **Pesquisa mediada pela internet: possibilidades de aplicação de entrevista online nas ciências da gestão**. Periódico Científico Negócios em Projeção, v. 6, n. 2, p. 2178-6259, 2015.

RODRIGUES, J. A. et al. **Determinantes da vulnerabilidade individual dos jovens ao HIV**. Adolescência e Saúde, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 7-14, outubro-dezembro 2014.

SABAN, M. T. **Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora Artesã, 2015.

SANTOS, V. D. F. et al. **Suporte social de pessoas com HIV/AIDS: Modelo da determinação social da saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 1, p. 670-675, 2018.

SANTOS, V. F. et al. **Suporte social de pessoas com HIV/Aids : Modelo da Determinação Social da Saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 1, p. 670-675, 2018.

SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. **História da Psicologia Moderna**. Tradução de Marília de Moura Zanella; Suely Sonoe Murai Cuccio e Cintia Naomi Uemura. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.

SEIDL, E. M. F.; RIBEIRO, T. R. A.; GALINKIN, A. L. **Opiniões de jovens universitários sobre pessoas com HIV/AIDS: um estudo exploratório sobre preconceito.** Psico-USF, Brasília, v. 15, n. 1, p. 103-112, janeiro-abril 2010.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T. **Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 22, n. 3, p. 317-326, 2006.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. D. C.; TRÓCCOLI, B. T. **Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida.** Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 18, n. 2, p. 188-195, 2005.

SIEGEL, K.; SCHRIMSHAW, E.W.; LEKAS, H.M. **Diminished sexual activity, interest and feelings of attractiveness among HIV - infected women in two eras of the AIDS epidemic.** Archives of Sexual Behavior, 35(4), 437-449, 2006.

SILVA, A.P.; MACHADO, P.R.F.; MARTINS, E.R.C.; ALVES, R.N.; RAMOS, R.C.A. **Conhecimento e percepção de vulnerabilidades para o HIV/Aids entre os acadêmicos de uma universidade privada.** Revista Enferm, n21, pp618-623. Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, L. A. V.; DUARTE, F. M.; NETTO, G. R. A. **Sociabilidades "positivas" em rede: Narrativas de jovens em torno do HIV/AIDS e suas tensões cotidianas.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 335-355, 2017.

SILVA, S. P. et al. **Saberes e representações de vulnerabilidade para DST/HIV/AIDS por universitárias.** Revista Multidisciplinar e de Psicologia, v. 10, n. 31, p. 25-42, setembro-outubro 2016.

SIQUEIRA, R.; CARDOSO, H. **O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana.** Imagonautas: revista Interdisciplinaria sobre imaginarios sociales, v. 1, n. 2, p. 91-113, 2011.

SOUSA, L. M. S. **Estigma e Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre Travestis e Mulheres Transexuais.** 2017. 205 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2017.

SUIT, D.; PEREIRA, M. E. **Vivência de Estigma e Enfrentamento em Pessoas que Convivem com o HIV.** Psicologia USP, v. 19, n. 3, p. 317-340, 2008.

TAVARES, M. C. D. A. et al. **Apoio social aos idosos com HIV / aids: uma revisão integrativa.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 22, n. 2, p. 1-11, 2019.

UNAIDS. **Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS)**, 2020. Disponível em: <<https://unaid.org.br/>>. Acesso em: 21 março 2020.

ZAMBENEDETTI, G. **O Paradoxo do Território e os Processos de Estigmatização da AIDS na Atenção Básica em Saúde**. 2014. 267 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2014.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N.S. **"A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV/AIDS na Estratégia saúde da família - ESF**. Fractal, Revista Psicológica, V. 25, n 1, p.41-58, 2013.

ZILIO, D. **Algumas considerações sobre a terapia de aceitação e compromisso**. Perspectivas em Análise do Comportamento, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 159-165, 2011.

ZUCCHI, E. M. et al. **Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por Aids**. Educação e Pesquisa, v. 36, n. 3, p. 719-734, 2010.

ZUCCHI, E. M.; PAIVA, V. S. F.; JÚNIOR, I. F. **Intervenções para reduzir o estigma da AIDS no Brasil: uma revisão crítica**. Temas em Psicologia, v. 21, n. 3, p. 1067-1087, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas



UFAM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Percepção do Estigma de Universitários que Vivem com HIV” do pesquisador Rodrigo Serrão de Farias, orientando da Profa. Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida, do Programa em Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas cujo contato com ambos poderá ser feito no endereço Av. Rodrigo Otávio, 4200, Bairro Coroado – Campus Universitário – Setor Sul – Faculdade de Psicologia – Bloco X, Laboratório de Investigação em Ciências Cognitivas, ou pelos telefones: (92) 3305-4127, 99209-1983 e 99148-5310 ou endereços eletrônicos: labiccufam@hotmail.com, rsf.serrao@gmail.com e hayasidanazare@hotmail.com.

Com o crescente número de novos casos diagnosticados de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) principalmente entre jovens de 18 a 34 anos de idade. Ademais, cresce também o número de publicações científicas abordando as consequências históricas, sociais, culturais e econômicas na saúde e qualidade de vida dessas pessoas, porém as pesquisas são escassas envolvendo a população universitária que vive com HIV e a sua relação com o ambiente acadêmico, bem como a sua percepção de estigmatização, variáveis importantes que influenciam a adesão ao tratamento do HIV. O objetivo geral desta pesquisa é avaliar o nível de percepção do Estigma dos Jovens que vivem com HIV na Universidade. Para tanto, o (a) Sr. (a) responderá a dois instrumentos em uma plataforma online: um questionário sociodemográfico e uma escala que avalia o nível de percepção do estigma em relação ao HIV/AIDS das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

O tempo médio para responder os questionários é de 40 minutos. O(a) senhor(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador responsável. Os dados fornecidos serão mantidos em sigilo pelo pesquisador e o Sr. (a) não será identificado. Somente terão acesso a este material o pesquisador responsável e a orientadora. A pesquisa não contará com nenhum tipo de remuneração, tendo sua participação voluntária.

Por tratar-se de pesquisa com seres humanos, entende-se que podem ocorrer riscos, como possíveis desconfortos e/ou riscos psicossociais (ex.: constrangimento, intimidação, angústia, insatisfação, irritação, mal-estar etc.), como também ocorrerão os benefícios acadêmicos e sociais decorrentes da participação na pesquisa. Todavia, não se espera causar nenhum desconforto ou risco, podendo esta tarefa ser interrompida a qualquer momento visando o seu bem-estar. O pesquisador responsável garante que o participante receberá todo o acompanhamento e a assistência necessários ao longo de toda a pesquisa. Destaca-se que serão tomadas as providências necessárias para manutenção da confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Caso ocorra constrangimento ou desconforto na sua participação neste estudo você poderá contactar o pesquisador através dos meios mencionados acima. Assim, o pesquisador, suspenderá a aplicação dos instrumentos de coleta de dados e o(a) encaminhará ao Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), da Faculdade de Psicologia-UFAM, estabelecido na Av. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 6200, Bloco X, Coroado, Manaus/AM para acolhimento

e acompanhamento prolongado. O projeto foi desenvolvido com base nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12, e atenderá as exigências éticas e científicas fundamentais: Comitê de Ética e Pesquisa, TCLE, confidencialidade e a privacidade dos dados.

Cumpra esclarecer que a pesquisa, por meio da instituição que a ampara, garantirá indenização aos participantes (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e jamais lhes será exigida, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. Os valores respectivos aos danos serão estimados pela instituição proponente quando os mesmos ocorrerem, uma vez que não há valores pré-estabelecidos de acordo com os riscos, que não há previsibilidade dos mesmos em seus graus, níveis e intensidades na Resolução em tela e nem na Resolução 510/2016, que trata da normatização da pesquisa em ciências humanas e sociais, e que não há definição da gradação do risco (mínimo, baixo, moderado ou elevado).

Pretende-se, com os resultados da pesquisa, identificar o nível de percepção de estigma dos universitários que vivem com HIV/AIDS, em ambiente acadêmico e que possam ser desencadeadores de sofrimento psíquico prejudicando o tratamento para o HIV/AIDS, possibilitando assim, intervenções psicológicas nas áreas da Psicologia da Saúde e Hospitalar.

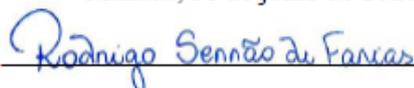
Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se de forma online em Plataforma Digital, em duas vias originais assinadas, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você através do link <https://cutt.ly/3dOhrMB> para o download do arquivo em PDF deste TCLE, recomendamos que guarde uma cópia em seus arquivos digitais para eventuais consultas. Se depois de consentir em participar, o (a) Sr. (a) desistir da participação, terá o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, pelo telefone 3305-1181 (Ramal 2004). Devido à pandemia de COVID-19 a forma de contato com o CEP está sendo realizada exclusivamente através do endereço eletrônico cep.ufam@gmail.com. Ou os pesquisadores responsáveis: Rodrigo Serrão de Farias (92) 99148-5310 e Nazaré M. de Albuquerque Hayasida (92) 99920-1983. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Ao clicar no botão abaixo, o (a) Senhor (a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

Li, e concordo em participar da pesquisa.

Manaus, 31 de julho de 2020.



Rodrigo Serrão de Farias
Assinatura do pesquisador responsável



Prof. Dra. Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida
Assinatura da Orientadora

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas



UFAM

Pesquisa: Percepção do Estigma em Universitários que Vivem com HIV/AIDS

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

***Obrigatório**

***Assinale a afirmação abaixo se você se enquadra neste requisito:**

Afirmo que tenho entre 18 e 34 anos de idade, resido em Manaus/AM e estou regularmente matriculado em uma Instituição de Ensino Superior nesta cidade.

***Assinale a afirmação abaixo se você concorda em participar da pesquisa:**

Li o Termo e concordo em realizar a pesquisa.

***Estou ciente de que os pesquisadores do projeto em questão garantirão o meu anonimato e o sigilo de informações pessoais será preservado.**

Estou ciente.

Questionário Sociodemográfico

1. Idade:
2. Sexo:
 - Masculino
 - Feminino

DADOS SOCIAIS E FAMILIARES

3. Estado Civil
 - Solteiro
 - Casado(a)/União Estável
 - Divorciado(a)/Separado
 - Viúvo(a)

4. Número de filhos:
 - 0
 - 1 – 2
 - 3 – 5
 - Mais que 5

5. Tipo de Instituição de Ensino Superior
 - Pública
 - Privada

6. Área do Curso Superior:
 - Humanas
 - Saúde

- () Exatas
() Licenciatura

7. Curso:

8. Considerando sua família de origem assinale abaixo a alternativa que melhor descreve sua configuração familiar:

- () Pai, mãe e filho (s)
() Pai ou mãe e filho(s)
() Casal do mesmo sexo e filho(s)
() Mãe/pai + cônjuge (madrasta/padrasto) + filho(s)
() Pais cuidadores + filho(s) + avós + tios
() Outro. Especifique: _____

DADOS GEOGRÁFICOS

Nacionalidade:

Naturalidade:

9. Considerando os itens descritos abaixo, considere todos bens que estão dentro do domicílio, caso seja casado ou more sozinho considere o período vivenciado enquanto morador com sua família de origem.

No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregadas mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					

Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					
----------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1 ()	Rede geral de distribuição
2 ()	Poço ou nascente
3 ()	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1 ()	Asfaltada/Pavimentada
2 ()	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.	
1 ()	Analfabeto / Fundamental I incompleto
2 ()	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
3 ()	Fundamental completo/Médio incompleto
4 ()	Médio completo/Superior incompleto
5 ()	Superior completo

VARIÁVEIS CLÍNICAS, DE SAÚDE E COMPORTAMENTAIS:

1. Há quanto tempo você foi diagnosticado com sorologia positiva para o HIV?
 - () Menos de 3 meses.
 - () Há 6 meses.
 - () Há 1 ano.
 - () Há mais de 2 anos. Quanto? _____

2. No seu último exame para detecção de carga viral, qual foi a taxa?
 - () Carga Viral indetectável
 - () Outro valor Qual? _____

3. E quanto ao exame para a contagem dos linfócitos T-CD4, qual o valor?

4. Quando iniciou o tratamento com os antirretrovirais você teve algum efeito colateral?
 - () SIM
 - () NÃO

5. Ainda hoje sente algum efeito colateral do uso dos antirretrovirais?
 - () SIM
 - () NÃO

6. S
 SIM
 NÃO

7. Se sim, quanto tempo?
 3 meses
 6 meses
 1 ano
 Mais de 1 ano

8. Tem histórico de Tuberculose?
 SIM
 NÃO

9. Se sim, fez tratamento regularmente?
 SIM
 NÃO

10. Você já foi diagnosticado com algum dos transtornos psicológicos abaixo?
 Depressão
 Ansiedade
 Transtorno de Estresse Pós Traumático
 Transtorno de Personalidade Especifique: _____
 Nunca fui diagnosticado

11. Na sua família há casos diagnosticados de pessoas com algum transtorno psicológicos abaixo?
 Depressão
 Ansiedade
 Transtorno de Estresse Pós Traumático
 Transtorno de Personalidade Especifique: _____
 Não sei/Não há casos

12. Há histórico na sua família de alguma dessas condições crônicas?
 Hipertensão
 Diabetes
 Dislipidemias (alterações no colesterol)
 Neoplasias (alterações de tumores benignos ou malignos)

13. Você já foi internado por complicações referentes ao HIV/AIDS?
 SIM
 NÃO

14. Se sim, quanto tempo ficou hospitalizado?
 menos de 1 mês
 1 a 2 meses
 3 a 4 meses
 5 a 6 meses
 mais de 6 meses

15. Você já foi diagnosticado ou possui alguma dessas Infecções Sexualmente Transmissíveis?
- Sífilis
 - Gonorreia
 - Hepatite B
 - Hepatite C
 - HPV
 - Clamídia
 - Nunca fui diagnosticado/Não possuo
16. Caso tenha sido diagnosticado, você faz/fez o tratamento regularmente?
- SIM
 - NÃO
17. Faz uso de algum medicamento além dos antirretrovirais?
- SIM
 - NÃO
- Qual? _____
18. Você costuma ter relações sexuais:
- Apenas com uma pessoa
 - Com mais de uma pessoa
 - Não tenho relações sexuais
19. Em relação ao uso do preservativo (feminino ou masculino)
- Utilizo em todas as relações sexuais
 - Utilizo de forma esporádica
 - Nunca utilizo
20. Quando não utiliza o preservativo (feminino ou masculino) é porque:
- Tenho confiança no parceiro(a) sexual
 - Exigência do parceiro(a)
 - Eu me sinto desconfortável
 - Não há disponibilidade
21. Quais desses métodos de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis você conhece ou utiliza?
- Prevenção Combinada
 - PreP (profilaxia pré-exposição)
 - PEP (profilaxia pós-exposição)
 - Testagem rápida
22. Faz uso de tabaco (cigarros)?
- Esporadicamente
 - Aos finais de semana
 - Nunca
 - Raramente
 - Sempre

23. Faz uso de álcool?
- Esporadicamente
 - Aos finais de semana
 - Nunca
 - Raramente
 - Sempre
24. Faz uso de drogas ilícitas?
- Esporadicamente
 - Aos finais de semana
 - Nunca
 - Raramente
 - Sempre
25. Qual emoção você sentiu ao saber do diagnóstico positivo para o HIV?
- Medo
 - Ansiedade/Preocupação
 - Tristeza
 - Raiva
 - Culpa
 - Nojo
 - Outra. Qual? _____
26. Com quais pessoas você tem apoio para lidar com assuntos relacionados ao HIV?
- Família nuclear (pai, mãe ou irmãos)
 - Família extensa (avô, avó, tios ou primos)
 - Amigos
 - Organizações de apoio
 - Equipe de saúde na unidade em que faz acompanhamento
27. Na sua Universidade/Faculdade, para quais dessas pessoas você já contou que vive com HIV?
- Professores do meu curso
 - Colegas da minha turma/curso e/ou de outros cursos
 - Funcionários da Universidade/Faculdade
 - Não contei a alguém da Universidade/Faculdade
28. Você já percebeu ou presenciou situações de discriminação/preconceito em relação às pessoas que vivem com HIV na sua Universidade/Faculdade?
- SIM
 - NÃO
29. Você já percebeu ou passou por uma situação de discriminação/preconceito na Universidade/Faculdade por saberem sobre seu diagnóstico?
- SIM
 - NÃO
 - As pessoas não sabem do diagnóstico
30. A discriminação/preconceito partiu de quem?
- Colegas universitários

- Professores
- Funcionários

31. A sua Universidade/Faculdade propõe espaços, eventos ou grupos para a promoção de discussão e informações sobre o HIV?

- SIM
- NÃO

32. Quando ocorrem esses momentos, a iniciativa é por parte de quem?

- Da própria instituição
- Dos professores
- Dos universitários

33. Você acredita que a sua Universidade/Faculdade é um ambiente acolhedor, seguro e confiável para pessoas que vivem com HIV?

- SIM
- NÃO

34. Sua Universidade/Faculdade possui alguma política interna ou normas para prevenção e punição de atos discriminatórios e de preconceitos contra as minorias sociais?

- SIM
- NÃO
- NÃO SEI

35. Você se sente confortável em revelar o seu diagnóstico positivo para HIV na sua Universidade/Faculdade?

- SIM
- NÃO

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DO CSPA



UFAM



FAPSI

TERMO DE ANUÊNCIA DO CSPA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com o atendimento psicológico, caso necessário, dos participantes da pesquisa intitulada "PERCEPÇÃO DO ESTIGMA DE UNIVERSITÁRIOS QUE VIVEM COM HIV/AIDS", sob a orientação da Professora Doutora Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida, a ser desenvolvida pelo mestrando Rodrigo Serrão de Farias, Projeto vinculado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas- UFAM, o qual terá o apoio deste Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA).

Manaus, 04 de junho de 2020.

A handwritten signature in blue ink, which appears to read "Nazaré Maria de S. Torres".

Coordenador
Matrícula 1396992

Psicólogo Responsável

ANEXO B – ESCALA DE ESTIGMA PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS²

Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas



UFAM

Pesquisa: Percepção do Estigma em Universitário que Vivem com HIV/AIDS

ESCALA DE ESTIGMA PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Esta escala é sobre alguns dos aspectos sociais e emocionais da vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Você deve assinalar o número que corresponde melhor ao que você sente. Caso concorde totalmente com a frase, você assinalará com um “X” o número 4, caso você discorde totalmente da frase, você assinalará com o número 1. Se sua opinião é diferente dessas duas opções, marque 2 ou 3, conforme ela seja.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é o que você acha que combina mais com seus sentimentos. Por favor, esforce-se para responder cada uma das perguntas da melhor forma possível, sem deixar nenhuma em branco.

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

Muito obrigado pela sua colaboração.

1	2	3	4
Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

1) Em muitos setores da minha vida, ninguém sabe que eu tenho HIV/AIDS.	1	2	3	4
2) Eu me sinto culpado por ter HIV/AIDS.	1	2	3	4
3) As atitudes das pessoas em relação ao HIV/AIDS fazem com que eu me sinta pior comigo mesmo.	1	2	3	4
4) Dizer a alguém que eu tenho HIV/AIDS é um risco.	1	2	3	4
5) As pessoas que têm HIV/AIDS perdem o emprego quando os patrões descobrem.	1	2	3	4
6) Eu me esforço muito para que as pessoas não saibam que eu tenho o HIV/AIDS.	1	2	3	4
7) Eu não me sinto uma pessoa tão boa quanto as outras, porque eu tenho HIV/AIDS	1	2	3	4
8) Eu nunca tenho vergonha de HIV/AIDS	1	2	3	4
9) Pessoas que têm HIV/AIDS são tratadas como pessoas excluídas	1	2	3	4
10) A maioria das pessoas acredita que alguém que tem HIV/AIDS é promíscua.	1	2	3	4
11) É mais fácil evitar novas amizades do que ficar me preocupando em dizer a alguém que eu tenho HIV/AIDS.	1	2	3	4
12) Ter HIV/AIDS faz com que eu me sinta sujo(a)	1	2	3	4

² BERGER, B. E.; FERRANS, C. E.; LASHEY, F. R. **Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale.** Revista Nurse Health, v. 24, n. 6, p. 518-529, Dezembro 2001.

13) Desde que eu soube que tinha HIV/AIDS, eu me sinto isolado(a) e excluído(a) do resto do mundo.	1	2	3	4
14) A maioria das pessoas acha que uma pessoa que tem HIV/AIDS é nojenta.	1	2	3	4
15) Ter HIV/AIDS faz com que eu me sinta uma pessoa ruim.	1	2	3	4
16) A maioria das pessoas que têm HIV/AIDS é rejeitada quando as outras pessoas descobrem.	1	2	3	4
17) Eu tomo bastante cuidado ao decidir a quem eu digo que tenho HIV/AIDS.	1	2	3	4
18) Algumas pessoas que sabem que eu tenho HIV/AIDS se distanciaram de mim.	1	2	3	4
19) Desde que eu soube que tinha HIV/AIDS, eu fico preocupado(a) se as pessoas vão me discriminar.	1	2	3	4
20) A maioria das pessoas se sente desconfortável quando está com alguém que tem HIV/AIDS.	1	2	3	4
21) Eu nunca sinto a necessidade de esconder o fato de que eu tenho HIV/AIDS.	1	2	3	4
22) Eu fico achando que as pessoas podem me julgar quando elas sabem que eu tenho HIV/AIDS.	1	2	3	4
23) Ter HIV/AIDS em meu corpo me causa nojo.	1	2	3	4

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

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

1	2	3	4
Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

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

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