Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social 2023 Vol. 9 (2): 1–16
Portuguese Journal of Behavioral and Social Research 2023 Vol. 9(2): 1–16
e-ISSN 2183-4938
Departamento de Investigação & Desenvolvimento • Instituto Superior Miguel Torga

ARTIGO ORIGINAL

Percepção de sorofobia entre homens gays que vivem com HIV*

Perception of serophobia among gay men living with HIV

Felipe Alckmin-Carvalho [1]
Ângelo Brandelli Costa [2]
Nilse Chiapetti [3]
Lucia Izumi Nichiata [1]

[1] *Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem (EE), São Paulo, Brasil*
[2] *Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PPGP e PPGCS), Porto Alegre, Brasil*
[3] *Universidade Federal do Paraná, Departamento de Psicologia (DEPSI), Curitiba, Brasil*

* Artigo escrito em português do Brasil.

Recebido: 01/07/2023; Revisto: 27/07/2023; Aceite: 27/07/2023.

https://doi.org/10.31211/rpics.2023.9.2.305

Resumo

Contexto: A sorofobia ou estigma relacionado ao HIV é um fenômeno recorrente. Em populações histórica e socialmente marginalizadas, a prevalência tende a ser mais acentuada. O estigma associa-se a diversos desfechos negativos em saúde mental, interfere na testagem sorológica regular e compromete a adesão ao tratamento antirretroviral. **Objetivo**: o estudo visou avaliar a sorofobia percebida por homens *gays* que vivem com HIV/AIDS e verificar associações entre a sorofobia percebida e variáveis sociodemográficas e clínicas. **Métodos**: tratou-se de um estudo transversal com 138 homens *gays*, com média de idade de 36,12 anos. Utilizou-se questionário sociodemográfico/clínico e a Escala Berger de Estigmatização. **Resultados**: O escore médio total de estigma percebido foi de 98,56 em uma escala de 40 a 160, indicando uma forte tendência dos participantes a perceber sorofobia, tanto na comunidade quanto internalizada. A grande maioria dos avaliados (72%–95%) reportou esforços para ocultar a soropositividade, percebendo que a sua divulgação é arriscada e que pessoas com HIV são ostracizadas pela comunidade. Observou-se correlação negativa e significativa entre os escores de sorofobia e idade atual, mas não com renda, escolaridade, idade do diagnóstico de HIV, situação de moradia, vínculo empregatício e variáveis clínicas. **Conclusões**: os elevados níveis de sorofobia percebida por homens *gays* com HIV evidenciam a necessidade de estratégias de acolhimento e cuidado em saúde mental para esta população. Estudos futuros devem avaliar a eficácia de intervenções direcionadas à redução do estigma e de campanhas destinadas ao público em geral para desestigmatizar a doença.

Palavras-Chave: Estigma Social; HIV/AIDS; Homossexualidade Masculina; Sorofobia; Preconceito.

DI&D | ISMT

rpics@ismt.pt

https://rpics.ismt.pt

Publicação em Acesso Aberto
©2023. O(s) Autor(es). Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.

Felipe Alckmin-Carvalho
EEUSP, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
05403-000, São Paulo, Brasil
Tel.: (11) 96662-1437
E-mail: felipealckminc@gmail.com

Abstract

Background: Serophobia or HIV-related stigma is prevalent. In populations that are historically and socially marginalized, the prevalence tends to be more pronounced. This stigma is associated with several negative outcomes in mental health and impairs regular serological testing and adherence to antiretroviral treatment. **Objective**: The study aimed to evaluate perceived serophobia among gay men living with HIV/AIDS and to examine associations between serophobia and sociodemographic and clinical variables. **Method**: This was a cross-sectional study involving 138 gay men with a mean age of 36.12 years. A sociodemographic/clinical questionnaire and the Berger Stigmatization Scale were used. **Results**: The average total score for perceived stigma was 98.56 on a scale ranging from 40 to 160, pointing to a strong tendency among participants to perceive serophobia, both within the community and internalized. Most respondents (72%–95%) reported efforts to conceal their seropositive status, perceiving disclosure as risky and recognizing that the community ostracizes individuals with HIV. A significant negative correlation was observed between serophobia scores and current age but not with income, education, age at HIV diagnosis, housing situation, employment status, and clinical variables. **Conclusions**: The high levels of perceived serophobia among gay men with HIV highlight this population need for mental health care strategies. Future studies should evaluate the efficacy of targeted interventions to reduce stigma and public campaigns aimed at destigmatizing the disease.

Keywords: Social Stigma; HIV/AIDS; Male Homosexuality; Serophobia; Prejudice.

Introdução

A sorofobia, um estigma direcionado às pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)[1], representa um processo social de desvalorização ou hostilidade, explícito ou velado, que se originou na década de 1980, coincidindo com o início da pandemia (Florom-Smith & De Santis, 2012). A literatura apresenta evidências sólidas que estabelecem uma relação de causalidade entre o estigma associado ao HIV e as dinâmicas sociais de poder e controle (Parker & Aggleton, 2003), bem como atitudes negativas e discriminação dirigidas a essas pessoas (Malcolm et al., 1998). A sorofobia tem uma longa história, que remonta aos primeiros anos da epidemia. A propagação inicial da infecção por HIV e o surgimento dos primeiros casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) estava ligada a homens *gays* e bissexuais, o que aumentou ainda mais o medo e preconceito generalizados em relação a essa população (Herek & Capitanio, 1999).

Apesar dos avanços significativos no tratamento médico do HIV, a literatura indica que a sorofobia permanece prevalente. Por exemplo, uma metanálise que analisou 64 artigos (n = 25.294 participantes) (Rzeszutek et al., 2021) revelou que as manifestações do estigma relativo ao HIV/AIDS se modificaram no âmbito individual e social nas últimas décadas. No entanto, o impacto geral desse estigma no bem-estar das pessoas com HIV/AIDS mantém-se comparável ao observado no início da pandemia. Este panorama é também evidenciado pelo fato de que, mesmo com os avanços médicos, o momento da

[1] A infecção por HIV e a condição denominada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) são distintas. Indivíduos que vivem com HIV são aqueles que tiveram contato com o vírus, por transmissão vertical, compartilhamento de material contaminado, por relação sexual com parceiro infectado, entre outros meios (Rachid & Schechter, 2017). A AIDS, por sua vez, é uma manifestação tardia associada à infecção por HIV, caracterizada pelo enfraquecimento do sistema imunológico provocado pelo vírus (sobretudo contagem de linfócitos T-CD4+ reduzida), o que o predispõe a infecções graves e aumenta o risco de morte. Nas últimas duas décadas, o tratamento antirretroviral de pessoas que vivem com HIV previne o surgimento da AIDS e o adoecimento do indivíduo, garantindo expectativa de vida e qualidade de vida aos pacientes (Rachid & Schechter, 2017).

revelação do diagnóstico continua sendo um fator altamente traumatizante para as pessoas que vivem com HIV (Rzeszutek et al., 2021).

Uma outra metanálise analisou o estigma autorrelatado relativamente ao HIV e sua associação com variáveis sociodemográficas e clínicas, abrangendo 31 estudos e 10.475 participantes. Os resultados apontaram para associações significativas e consistentes entre o relato de estigma e fatores como ter mais de 30 anos, viver com um cônjuge, ter contagem de linfócitos T-CD4 < 200 (indicativo de AIDS), acesso precário aos cuidados gerais de saúde, e acessibilidade aos cuidados específicos para HIV (Armoon et al., 2021). Estas observações são complementadas por pesquisas realizadas em diferentes contextos, incluindo um estudo no Brasil que utilizou o *Stigma Index* para avaliar a percepção de sorofobia (Brandelli-Costa et al., 2022). Este estudo comunitário revelou altos níveis de discriminação no contexto de cuidados específicos para o HIV, afetando as populações-chave de maneira severa. Em um contexto mais amplo, o *Stigma Index* capacitou mais de 2.000 pessoas vivendo com HIV como entrevistadoras, possibilitando a coleta de dados de mais de 100.000 pessoas em mais de 100 países e em 55 idiomas, evidenciando assim um alto grau de estigma relatado por pessoas que vivem com HIV (Friedland et al., 2020).

Expandindo a discussão centrada no contexto brasileiro, um dos primeiros estudos avaliou a percepção do estigma associado ao HIV em 1.784 pessoas diagnosticadas com a condição (Costa et al., 2021). A amostra, diversificada em termos de gênero e orientação sexual, foi inquirida sobre discriminação por parte dos funcionários das unidades de saúde, devido ao seu estado sorológico, ao procurarem cuidados específicos para o HIV nos últimos 12 meses. O estudo revelou que 15,21% havia enfrentado tal discriminação, com maior probabilidade de discriminação entre *gays*, bissexuais, transexuais, pessoas não-binárias, pessoas em privação de liberdade, trabalhadores do sexo e pessoas que usam drogas, comparativamente à população geral (OR = 1,77; IC95% [1,30 – 2,42]) (Costa et al., 2021). Esse achado reitera que o estigma associado ao HIV é amplificado quando coincidente com outras condições individuais.

Diferentes revisões sistemáticas têm demonstrado que esse tipo de estigma se relaciona com pior saúde mental, reduzida utilização dos serviços de saúde e menor adesão a medicamentos antirretrovirais (Gesesew et al., 2017; Rueda et al., 2016; Sweeney & Vanable, 2016). A sobreposição de diferentes tipos de estigma não só amplifica o risco de infecção por HIV entre populações-chave, como *gays*, bissexuais, transexuais e travestis, mas também intensifica os agravos de saúde mental associados ao diagnóstico da infecção (Chambers et al., 2015; Jeffries IV et al., 2021; Stahlman et al., 2017). Estes achados podem ser interpretados à luz da *Intereseccionalidade*, teoria que objetiva elucidar sistemas de privilégio e de opressão relacionados ao diagnóstico de uma doença estigmatizante por homens *gays*, fomentando a busca por justiça social, vigilância e garantia de direitos humanos e equidade (da Silva Sousa et al., 2022).

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), o estigma e a discriminação continuam sendo as principais barreiras para a resposta à epidemia de HIV, limitando o acesso à prevenção ou identificação precoce da infecção por HIV, ao tratamento, cuidados e serviços de apoio (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2016). Essas barreiras podem contribuir para uma adesão diminuída ou irregular à terapia antirretroviral, resultando em redução da

eficácia do tratamento, falha terapêutica, resistência viral ao esquema medicamentoso, aumento do risco de adoecimento do indivíduo e do risco de transmissão do vírus (Garcia & Koyama, 2008).

Os homens *gays* são desproporcionalmente afetados pela infecção por HIV. De acordo com os dados epidemiológicos de um órgão governamental norte-americano, essa população foi responsável por mais de 70% das novas infecções por HIV nos Estados Unidos em 2019 (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021). A alta prevalência de HIV entre homens *gays* pode ser atribuída, em parte, ao estigma e à discriminação, que podem resultar em acesso reduzido a serviços de prevenção de HIV e testagem para seu rastreamento precocemente (CDC, 2021). No Brasil, de acordo com dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2020 (Ministério da Saúde [MS], 2019), nos últimos dez anos observou-se um incremento da taxa de detecção de AIDS entre os homens nas faixas de 15 a 29 anos e de 60 anos ou mais. Entre os jovens de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos, os aumentos foram de 64,9% e 74,8%, respectivamente, entre 2009 e 2019. Este crescimento é notório especialmente entre jovens *gays* e outros homens que fazem sexo com homens.

Vários fatores contribuem para a persistência da sorofobia, incluindo falta de informação adequada e dificuldade de compreensão acerca da infecção por HIV, a representação mediática de pessoas vivendo com HIV e a continuidade da criminalização da transmissão do HIV em determinados países (UNAIDS, 2019). A mitigação da sorofobia, isto é, o estigma dirigido aos indivíduos que vivem com HIV, é crucial para melhorar a saúde e o bem-estar desses indivíduos, bem como para a erradicação da epidemia de AIDS (World Health Organization [WHO], 2021).

À medida que a epidemia da AIDS entra na sua quinta década, as dinâmicas do estigma e da própria epidemia continuam a evoluir, especialmente em populações que vivem com HIV/AIDS, como os homens *gays*. No Brasil, existem poucos estudos que abordam a sorofobia, sendo ainda menos os que focam exclusivamente em amostras compostas exclusivamente por homens *gays* que vivem com HIV. Desta forma, este estudo teve por objetivo avaliar a sorofobia percebida entre homens *gays* que vivem com HIV/AIDS e analisar possíveis associações entre a percepção de sorofobia pelos participantes e variáveis sociodemográficas/clínicas.

Método

Delineamento

O presente estudo possuiu um delineamento de corte transversal, com uma abordagem quantitativa e descritivo-correlacional.

Participantes

A amostra foi obtida através de um método não-probabilístico, utilizando a técnica Bola de Neve (Biernacki & Waldorf, 1981), adequada para temas sensíveis como a revelação da orientação sexual e o diagnóstico de HIV, além das variáveis de saúde envolvidas. O pesquisador responsável contou com o auxílio de três enfermeiros vinculados ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de

Enfermagem da USP, para a indicação dos cinco primeiros participantes-sementes. Adicionalmente, outros cinco participantes-semente foram recrutados através de redes sociais como Instagram e Facebook, em páginas direcionadas para encontros e apoio a homens *gays* com HIV.

Os critérios de inclusão foram: ser homem, ter mais de 18 anos, identificar-se como homossexual ou bissexual, ter diagnóstico de HIV/AIDS e possuir acesso à *internet* com a possibilidade de preencher aos instrumentos de avaliação com privacidade. Foram excluídas pessoas com dificuldade de leitura e escrita e aqueles que não concordaram em assinar o termo de consentimento. Todos os indicados atenderam aos critérios de inclusão e concordaram em preencher o formulário de avaliação.

Ao final do formulário, foi apresentada aos participantes a seguinte questão: "Você tem algum amigo, gay ou bissexual, que vive com HIV, que poderia indicar para participar da pesquisa?". Em caso afirmativo, a seguinte mensagem era apresentada: "se sim, por favor, poderia pedir ao seu amigo autorização para compartilhar comigo o modo de contato preferencial (e-mail, telefone ou rede social), para que eu lhe apresente a pesquisa?".

Assim, a partir dos cinco primeiros participantes-semente indicados, e observando os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra de 138 participantes, todos homens vivendo com HIV/AIDS e que se relacionavam afetivo/sexualmente com outros homens. Participantes de diversas cidades brasileiras compuseram a amostra, sendo que 54% residiam em São Paulo, cidade mais populosa do Brasil.

Instrumentos

Escala de Estigmatização para Portadores do HIV (EEP-HIV)

A EEP-HIV desenvolvida por Berger et al. (2001) é uma escala de autopreenchimento composta por 40 itens distribuídos em quatro subescalas:

1. ***Atitudes públicas percebidas.*** Esta subescala, composta por 20 itens, avalia as percepções dos participantes sobre as atitudes da comunidade em relação às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Exemplo de item: "A maioria das pessoas acredita que alguém que tem o HIV é promíscuo".
2. ***Revelação.*** Composta por 10 itens que avaliam em que medida os indivíduos com HIV revelam o seu diagnóstico em diversas áreas da vida. Exemplo de item: "Dizer a alguém que eu tenho o HIV é um risco".
3. ***Autoimagem negativa.*** Com 13 itens, esta subescala avalia sentimentos e percepções do indivíduo com HIV/AIDS em relação a si mesmo, como vergonha, culpa e autoestima. Exemplo de item: "Eu não me sinto uma pessoa tão boa quanto as outras, porque eu tenho o HIV".
4. ***Estigmatização personalizada (autoestigma).*** Esta subescala, com 18 itens, explora a percepção do indivíduo com HIV/AIDS sobre as possíveis consequências de outros saberem sobre o diagnóstico de HIV/AIDS, incluindo rejeição, perda de amigos e isolamento social. Exemplo de item: "Desde que eu soube que tinha o HIV, eu fico preocupado(a) se as pessoas vão me discriminar".

A pontuação para a escala e subescalas é realizada por meio de uma escala Likert de quatro pontos, variando entre 1 (*discordo totalmente*) e 4 (*concordo totalmente*). Os Itens 8 e 21 são pontuados inversamente. Após inverter esses dois itens, a pontuação de cada escala ou subescala é calculada

somando os valores brutos dos itens pertencentes à escala ou subescala. Dezesseis itens pertencem a mais de uma subescala, refletindo as intercorrelações dos fatores nos quais as subescalas se baseiam. Escores mais elevados indicam níveis mais altos de estigma. Não há ponto de corte para a categorização do nível de sorofobia. Neste estudo, a consistência interna (alfa de Cronbach) para a escala global foi de 0,79. A confiabilidade de teste e reteste para os 40 itens gerais foi de 0,89. A consistência interna da escala integral também foi avaliada, obtendo-se um alpha de Cronbach de 0,906, considerado satisfatório (Berger et al., 2001). Há evidências de sua validade para a população brasileira (Suit, 2005).

Questionário Sociodemográfico e Clínico

Este questionário foi elaborado especificamente para esse estudo, tendo por objetivo o levantamento de informações sobre os participantes, incluindo características sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, moradia) e clínicas (idade em que foi realizado o diagnóstico, terapêutica antirretroviral e carga viral atual no último exame).

Procedimentos

Os participantes preencheram os instrumentos no segundo semestre de 2022, na modalidade online e de forma anônima. O preenchimento dos instrumentos demandou aproximadamente 30 minutos. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento do estudo, que foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos da instituição onde foi realizado o estudo, sob número: 4.601.952, CAAE: 31527820.7.0000.5392.

Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada utilizando o SPSS versão 20.0 e a significância foi estabelecida ao nível de 5% (p <0,05). Análises descritivas foram conduzidas, incluindo cálculos de frequência, proporção, médias, desvios-padrão e identificação dos valores máximos e mínimos. A normalidade dos dados foi avaliada por meio do teste Shapiro-Wilk e a homogeneidade de variância foi verificada através do teste de Levene. Uma vez que a distribuição dos dados dos 138 participantes foi classificada como normal, foram realizadas análises de correlação (r de Pearson) entre sorofobia e variáveis sociodemográficas e clínicas. Para a classificação da intensidade da correlação entre as variáveis analisadas, adotaram-se os seguintes intervalos: correlação ligeira para valores entre 0 e 0,30; correlação moderada para valores entre 0,30 e 0,70 e correlação forte para valores entre 0,7 e 1 (Dancey & Reidy, 2019).

Ao revisar outros estudos que utilizaram o EEP-HIV para a avaliação da percepção de sorofobia (Algarin et al., 2019; Caliari et al., 2017; Florom-Smith & De Santis, 2012; Stahlman et al., 2017; Suit & Pereira, 2008), verificou-se que alguns apresentavam os escores médios por subescala e outros apresentavam os escores médios por subescala divididos pelo número de questões de cada subescala, possibilitando a comparação entre elas. Para facilitar a comparação dos resultados da presente investigação com outros estudos, optou-se por apresentar os dados das duas maneiras.

Resultados

Participaram da pesquisa 138 homens *gays* que viviam com HIV/AIDS. Na Tabela 1 estão apresentadas as variáveis sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1

Características Sociodemográficas dos Participantes

Variáveis	*M* (*DP*)	Mínimo–Máximo
Idade Atual	36,12 (9,09)	20–64
Idade Diagnóstico HIV	28,8 (6,84)	15–54
Rendimento econômico [a]	3,72 (3,51)	0–20
	n	%
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	2	1,44
Fundamental Completo	3	2,17
Médio Incompleto	4	2,89
Médio Completo	26	18,84
Curso Técnico	9	6,52
Superior Completo	36	26,08
Superior Incompleto	13	9,42
Pós-Graduação Incompleta	5	3,62
Pós-Graduação Completa	40	28,98
Estado Civil		
Solteiro	100	72,46
Casado ou em união estável	20	14,49
Divorciado	16	11,59
Viúvo	2	1,44
Condição de emprego		
Empregado	108	78,26
Desempregado	21	15,21
Afastado por motivos de saúde	2	1,44
Aposentado	7	5,07
Moradia		
Própria	64	46,63
Alugada	62	44,92
Emprestada/cedida	12	8,69
Com quem reside		
Sozinho	80	57,97
Com familiares e/ou companheiro	12	8,69
Com colegas/amigos	46	33,33

Nota. $N = 138$.
[a] Cálculo realizado com 137 participantes empregados. O valor é em salários mínimos, tendo sido de R$ 1212,00 em 2022.

A amostra deste estudo foi predominantemente composta por indivíduos do sexo masculino, identificados como *gays*, e predominantemente solteiros. A média de idade se situou na faixa etária adulta e a maior parte dos participantes possuía ensino superior, completo ou em curso, e estava inserida no mercado de trabalho. A renda média da amostra foi estimada em 3,72 salários-mínimos, equivalentes a R$ 4.508. Em relação às condições de moradia, a maioria dos participantes residia de forma independente em habitações próprias. Quanto ao regime terapêutico, a maioria dos participantes estava submetida a um tratamento composto por Dolutegravir Sódico, Lamivunida e Fumarato de Tenofovir Desoproxila (n = 100; 72,5%), fármacos de primeira linha no contexto da terapia antirretroviral. Este regime medicamentoso, administrado em uma combinação de dois comprimidos, é distribuído gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. A detecção do HIV na amostra ocorreu majoritariamente entre os 25 e 30 anos de idade, tendo os indivíduos reportado uma média de convivência com a infecção superior a cinco anos. Quase 90% (n=123; 89,1%) dos avaliados indicou ter uma carga viral indetectável em seu exame sanguíneo mais recente. Os escores médios relacionados à percepção de estiga relacionado ao HIV estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2

Métricas Estatísticas dos Escores da EEP-HIV

EEP-HIV	Variação teórica	*M*	*DP*	Mínimo	Máximo	IC 95%
Estigma Personalizado	18–72	38,89	11,70	18	72	36,94–40,84
Revelação	10–40	30,01	6,00	12	40	29,01–31,02
Autoimagem Negativa	13–52	28,60	8,31	13	50	27,22–30,00
Atitudes Públicas	20–80	49,78	10,54	20	80	48,02–51,54
Total	40–160	98,56	21,08	50	157	95,04–102,08

Nota. N = 138. EEP-HIV = Escala de Estigmatização para Portadores do HIV.

Na Tabela 3 são apresentadas as médias dos escores totais de sorofobia, bem como das quatro subescalas que compõem a EEP-HIV. Os escores foram divididos pelo número de questões de cada subescala, a fim de viabilizar uma comparação adequada entre as diferentes dimensões do constructo. A Tabela 4 a distribuição percentual das respostas dos participantes para cada categoria da escala de Likert, abrangendo todas as 40 questões que compõem a EEP-HIV.

Tabela 3

Médias Escalonadas e Parâmetros Estatísticos das Subescalas da EEP-HIV

EEP-HIV	# Questões	Variação teórica	*M* Questão	*DP*	Min.	Máx.	IC 95%
Estigma personalizado	18	1–4	2,16	0,65	1,00	4,00	2,05–2,26
Revelação	10	1–4	3,00	0,60	1,20	4,00	2,90–3,10
Autoimagem Negativa	13	1–4	2,20	0,64	1,00	3,84	2,09–2,30
Atitudes públicas	20	1–4	2,40	0,52	1,00	4,00	2,40–2,57
Total	40 [a]	1–4	2,46	0,52	1,25	3,92	2,37–5,55

Nota. N= 138. EEP-HIV = *Escala* de Estigmatização para Portadores do HIV.
[a] O número total de questões foi inferior à soma da quantidade de questões das subescalas porque algumas das perguntas se enquadram em mais de uma subescala.

Tabela 4

Percentagens de Respostas para Cada Questão da EEP-HIV

Questões EEP-HIV	Escala Likert (%)			
	1	2	3	4
1. Em muitos setores da minha vida, ninguém sabe que eu tenho o HIV.	2,9	9,4	31,9	55,8
2. Eu me sinto culpado por ter o HIV.	31,2	20,3	27,5	21,0
3. As atitudes das p. em relação ao HIV fazem com que eu me sinta pior comigo mesmo.	19,6	27,5	34,8	18,1
4. Dizer a alguém que eu tenho o HIV é um risco.	8,7	15,2	42,8	33,3
5. As p. que têm o HIV perdem o emprego quando os patrões descobrem.	3,6	37,7	49,3	9,4
6. Eu me esforço muito para que as p. não saibam que eu tenho o HIV.	8,7	19,6	39,1	32,6
7. Eu não me sinto uma p. tão boa quanto as outras, porque eu tenho o HIV.	44,2	23,2	24,6	8,0
8. Eu nunca tenho vergonha de ter o HIV.	21,7	39,1	24,0	15,2
9. P. que têm o HIV são tratadas como p. excluídas.	2,2	13,0	60,9	24,0
10. A maioria das p. acredita que alguém que tem o HIV é promíscuo.	2,2	2,9	52,9	42,0
11. É mais fácil evitar novas amizades do que ficar me preocupando em dizer a alguém que eu tenho o HIV.	16,0	32,6	39,9	11,6
12. Ter o HIV faz com que eu me sinta sujo(a).	38,4	38,4	17,4	5,8
13. Desde que eu soube que tinha o HIV, eu me sinto isolado(a) e excluído(a) do resto do mundo.	37,0	39,1	18,8	5,1
14. A maioria das p. acha que uma p. que tem o HIV é nojenta.	6,5	20,3	57,3	15,9
15. Ter o HIV faz com que eu me sinta uma p. ruim.	45,7	37,7	13,0	3,6
16. A maioria das p. que têm o HIV é rejeitada quando as outras p. descobrem.	5,1	18,1	56,5	20,3
17. Eu tomo bastante cuidado ao decidir a quem eu digo que tenho o HIV.	5,1	3,6	33,3	58,0
18. Algumas p. que sabem que eu tenho o HIV se distanciaram de mim.	30,4	37,7	25,4	6,5
19. Desde que eu soube que tinha o HIV, eu fico preocupado(a) se as p. vão me discriminar.	6,5	18,8	44,9	29,7
20. A maioria das p. se sente desconfortável quando está com alguém que tem o HIV.	3,6	26,1	55,8	14,5
21. Eu nunca sinto a necessidade de esconder o fato de que eu tenho o HIV.	31,9	31,2	18,8	18,1
22. Eu fico achando que as p. podem me julgar quando elas sabem que eu tenho o HIV.	3,6	7,3	55,1	34,1
23. Ter o HIV em meu corpo me causa nojo.	45,7	36,2	13,8	4,4
24. Eu me sinto magoado(a) pela maneira como as p. reagiram quando souberam que eu tinha o HIV.	19,6	37,7	31,9	10,9
25. Eu fico preocupado(a) com o fato de que as p. que sabem que eu tenho HIV possam contar a outras p..	11,6	13,0	40,6	34,8
26. Eu me arrependo de ter contado a algumas p. que eu tenho o HIV.	19,6	19,6	34,8	26,1
27. De forma geral, contar a outras p. que eu tenho o HIV foi um erro.	23,2	37,7	23,2	15,9
28. Algumas p. evitam me tocar quando sabem que eu tenho o HIV.	30,4	46,4	18,1	5,1
29. As p. que eu considero importantes para mim pararam de me ligar depois que souberam que eu tenho o HIV.	39,1	39,1	13,0	8,7
30. As p. me disseram que eu mereci ter adquirido o HIV por causa do modo como eu estava vivendo minha vida.	37,0	43,5	14,5	5,1
31. Algumas p. próximas a mim temem que elas sejam rejeitadas se todos ficarem sabendo que eu tenho o HIV.	28,3	37,0	28,3	6,5
32. As p. não querem que eu tenha contato com seus filhos ou filhas depois que elas sabem que eu tenho o HIV.	32,6	49,3	14,5	3,6
33. As p. evitam contato físico comigo depois que sabem que eu tenho o HIV.	31,2	47,8	18,1	2,9
34. Algumas p. agem como se eu fosse culpado(a) por ter o HIV.	15,2	37,7	39,1	8,0
35. Eu parei de me encontrar com algumas p. por causa da reação delas ao fato de eu ter o HIV.	24,6	37,0	26,8	11,6
36. Eu perdi amigos quando contei para eles que eu tinha o HIV.	29,7	40,6	23,2	6,5
37. Eu pedi às p. próximas a mim que não contassem a ninguém que eu tenho o HIV.	14,5	21,0	34,1	30,4
38. As p. que sabem que eu tenho o HIV têm a tendência de ignorar minhas qualidades.	32,6	46,4	16,7	4,4
39. As p. sentem medo de mim quando sabem que eu tenho o HIV.	26,1	47,1	21,7	5,1
40. Quando alguém sabe que você tem o HIV, procura defeitos em seu caráter.	22,5	39,1	32,6	5,8

Nota. N= 138. EEP-HIV = *Escala* de Estigmatização para Portadores do HIV. Categorias de resposta da escala de Likert: 1 = Discordo Totalmente; 2 = Discordo; 3 = Concordo; 4 = Concordo Totalmente. p. = pessoas.

Um objetivo adicional do estudo foi avaliar possíveis correlações entre variáveis sociodemográficas e a percepção de sorofobia. Na Tabela 5 estão descritas as correlações entre variáveis contínuas e a percepção do estigma e na Tabela 6 as variações nos escores médios de sorofobia em função de categorias sociodemográficas.

Tabela 5

Análises de Correlação entre Escores da EEP-HIV e Variáveis Sociodemográficas Contínuas

	r	IC 95% LI	IC 95% LS	*p*
Sorofobia – Idade atual	0,19	0,35	0,02	0,03
Sorofobia – Rendimento econômico	-0,15	-0,31	0,02	0,09
Sorofobia – Idade diagnóstico	-0,04	-0,20	0,13	0,68
Sorofobia – Escolaridade	-0,04	-0,15	0,07	0,51

Nota. $N = 138$.

Como se pode observar, foi encontrada uma correlação negativa fraca e estatisticamente significativa entre a idade atual e a percepção de sorofobia. Não foi observada uma relação estatisticamente significativa entre a percepção de sorofobia e as restantes variáveis sociodemográficas contínuas.

Tabela 6

Análise de Variância dos Escores Médios da EEP-HIV em Função de Categorias Sociodemográficas

	F	*gl*	*p*
Sorofobia – Condição de emprego	1,34	3,70	0,33
Sorofobia – Estado civil	0,90	3,15	0,22
Sorofobia – Tipo de moradia	0,03	2,14	0,97
Sorofobia – Com quem mora	0,16	2,14	0,85

Nota. $N = 138$.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos escores médios de percepção de sorofobia em função das variáveis categóricas de condição de emprego, estado civil, tipo de moradia e coabitação, conforme evidenciado pelos resultados da análise de variância ANOVA.

Discussão

No presente estudo teve-se como objetivo avaliar o estigma percebido por homens *gays* brasileiros que vivem HIV/AIDS. A pesquisa foi realizada de modo online em 2022 e envolveu participantes de diversas cidades brasileiras, sendo que 54% era residente em São Paulo, a cidade mais populosa do Brasil.

Os resultados indicam um elevado nível de percepção de estigma ($M = 2,46$, $DP = 0,52$), numa pontuação variável entre 1–4. Estes achados são consistentes com estudos anteriores conduzidos em contextos brasileiros, como o trabalho de Suit e Pereira (2008) e Caliari et al. (2017) que reportaram médias de 2,49 e 2,5, respectivamente. É pertinente destacar que, enquanto a nossa amostra foi específica para homens

gays, os estudos comparativos abrangeram amostras mais heterogêneas em termos de orientação sexual e identidade de gênero. Os resultados aqui apresentados oferecem, assim, um contributo relevante ao *corpus* de literatura existente, identificando especificidades da percepção de estigma em uma subpopulação particular.

Em nossa coorte, a subescala com a maior pontuação média foi a de Revelação, registrando uma média de 3,0 (*DP* = 0,6) em um intervalo teórico de 1 a 4. Essa subescala inclui questões associadas à divulgação do diagnóstico de HIV em distintos contextos sociais, tais como relacionamentos amorosos e de amizade. Interessantemente, quase 90% dos participantes relataram que a sua condição de portadores do HIV é desconhecida em muitos aspectos de suas vidas pessoais e sociais. Além disso, mais de 75% dos respondentes expressaram concordância ou forte concordância com a afirmação de que a divulgação de seu diagnóstico de HIV carrega consigo riscos significativos. Aproximadamente 75% expressaram preocupação sobre a possibilidade de que as pessoas informadas sobre o seu estado de saúde poderiam divulgar essa informação, enquanto 60% manifestaram arrependimento em relação à divulgação feita a algumas pessoas. Adicionalmente, 39% da amostra avaliou, em retrospecto, que a decisão de divulgar seu diagnóstico foi, em geral, inadequada. Esses achados sublinham a relutância e, frequentemente, o receio associado à divulgação do diagnóstico de HIV, englobando não apenas a sensação de vulnerabilidade inerente, mas também subsequentes arrependimentos vinculados a perdas percebidas de potenciais relações sexuais e/ou amorosas, amizades, e oportunidades de socialização e trabalho. A magnitude desses resultados é particularmente relevante considerando a importância crítica das redes de apoio social na adesão ao tratamento antirretroviral e na manutenção da saúde mental e qualidade de vida desses indivíduos (Birore et al., 2022). Este grupo demográfico já enfrenta um risco elevado para diversas psicopatologias, incluindo, mas não se limitando a, depressão, ansiedade, abuso de substâncias e transtornos alimentares. Tal susceptibilidade é frequentemente exacerbada pelo estresse adicional associado a pertencer simultaneamente a duas categorias estigmatizadas: ser *gay* e ser portador do HIV (Armoon et al., 2022; Costa et al., 2021; Rzeszutek et al., 2021).

Os achados com relação aos escores da subescala de Revelação vão ao encontro do reportado em literatura nacional. No estudo de Suit e Pereira (2008) também se encontrou maior média na subescala de Revelação (2,91, *DP*=0,71). É relevante notar que, embora a referida pesquisa tenha explorado diferenças de gênero na percepção do estigma, com indicativos de maior percepção de estigma entre as mulheres, não houve uma análise específica focada na orientação sexual, fazendo com que a amostra fosse heterogênea em termos de sexualidade. De modo análogo, outro estudo conduzido no contexto brasileiro por Caliari et al. (2017) revelou achados paralelos, tanto em relação ao elevado índice de estigma percebido global, quanto ao escore na subescala de Revelação ser o mais proeminente (*M* = 2,8, *DP* = 0,6).

Até onde a literatura disponível permite constatar, este constitui um dos primeiros estudos realizados no contexto brasileiro com o objetivo explícito de avaliar o estigma associado ao HIV em uma amostra composta exclusivamente por homens que se identificam como *gays*. Embora comparações diretas com estudos nacionais não tenham sido possíveis devido a essa especificidade, pesquisas internacionais empregando metodologias diversas têm consistentemente revelado níveis elevados de estigma associados

a mulheres e homens *gays* quando comparados a homens heterossexuais (Algarin et al., 2019; Costa et al., 2021).

A EEP-HIV abarca dimensões de sorofobia percebida na comunidade e inclui questionamentos referentes às crenças pessoais dos indivíduos diagnosticados com HIV acerca de seu próprio estado e características individuais. Estes são abordados pelos 13 itens que compõem a subescala de autoimagem negativa. Os dados coletados na presente pesquisa indicam níveis acentuadamente elevados de sorofobia percebida na comunidade. Para ilustrar, 81% dos respondentes concordam ou concordam plenamente que indivíduos portadores do HIV são marginalizados socialmente. Quase 95% sustentam a visão de que a sociedade categoriza pessoas com HIV como promíscuas e 74% as consideram repulsivas. Adicionalmente, 77% dos participantes afirmaram que pessoas com HIV são frequentemente rejeitadas ao serem reveladas suas sorologias.

Os resultados também revelam uma prevalência considerável de sorofobia internalizada, implicando uma autoestima prejudicada em relação ao diagnóstico de HIV. Especificamente, 33% dos participantes concordam ou concordam totalmente com a noção de serem inferiores aos outros devido ao seu estado sorológico. Adicionalmente, mais de 60% expressam algum grau de vergonha relacionada à sua condição, e 23% se descreveram como sentindo-se 'sujos' por serem portadores do HIV. Estes dados corroboram a existência de um nível significativo de internalização da sorofobia, fenômeno que ecoa os achados da literatura internacional relacionados à internalização da homofobia percebida em comunidades diversas (Earnshaw et al., 2021; Ferguson et al., 2022).

Até ao momento, não identificamos no contexto brasileiro intervenções sistematicamente projetadas para mitigar o estigma internalizado e/ou comunitário relativamente ao HIV/AIDS, direcionadas especificamente a homens *gays* ou à população em geral. A ausência de tais iniciativas evidencia uma lacuna significativa na literatura e prática clínicas, tornando imperativo o desenvolvimento de investigações e intervenções voltadas para o cuidado da saúde mental dessa população específica. Dada a rapidez dos avanços biomédicos na área do HIV/AIDS nas últimas décadas, torna-se crucial que progressos semelhantes sejam alcançados no âmbito psicossocial para um tratamento integral e eficaz.

No contexto dos nossos resultados, é instrutivo considerar a metanálise conduzida por Armoon et al. (2021), que identificou associações significativas entre o relato de estigma e diversos fatores, inclusive a idade acima de 30 anos. Esta constatação ressoa de modo notável com os nossos dados, que também apontam para uma correlação significativa entre sorofobia e idade atual dos participantes. Adicionalmente, o estudo de Brandelli-Costa et al. (2022) , conduzido no Brasil, revelou elevados níveis de discriminação no contexto de cuidados específicos para o HIV, reforçando a necessidade de focar nas populações mais vulneráveis, incluindo indivíduos mais velhos que vivem com HIV.

Em concordância com estes achados, a relação observada entre idade e sorofobia em nosso estudo pode refletir uma vulnerabilidade aumentada às atitudes estigmatizantes, possivelmente relacionadas ao acúmulo de experiências discriminatórias ao longo do tempo, ou talvez, à menor resiliência e à diminuição do apoio social que pode acompanhar o envelhecimento. Neste sentido, é importante notar que estudos como o de Friedland et al. (2020) também apontam para altos graus de estigma entre pessoas vivendo com HIV, tornando a questão do estigma associado ao HIV um fenômeno não apenas nacional

mas globalmente pertinente. Esses dados corroboram a complexidade dos fatores que contribuem para a experiência de estigma entre indivíduos com HIV, incluindo a intersecção de variáveis como idade, situação socioeconômica, e contexto clínico. A correlação observada entre sorofobia e idade reforça a necessidade de abordagens clínicas e políticas públicas que sejam sensíveis às complexas interações entre estas variáveis. A importância desses achados é amplificada pela observação de que o estigma pode ter repercussões negativas em várias áreas, incluindo adesão ao tratamento antirretroviral e saúde mental, especialmente entre as populações mais vulnerável.

Diferentemente do esperado, e contrariando resultados de estudos internacionais (Algarin et al., 2019; Costa et al., 2021), os escores de percepção de sorofobia entre homens *gays* não divergirem significativamente de estudos nacionais com amostras mistas em termos de orientação sexual e gênero (Caliari et al., 2017; Suit & Pereira, 2008). Nossa hipótese é que o método de recrutamento *online* dos participantes-semente em grupos de apoio/encontros específicos para homens *gays* com HIV possa ter introduzido um viés de seleção. Em termos metodológicos, esse viés pode ser descrito como um viés de auto-seleção, onde os indivíduos que optam por participar podem não ser representativos da população geral de homens *gays* vivendo com HIV. Em tais configurações, é provável que os participantes já estejam engajados em algum nível de ativismo ou tenham rede de apoio social estabelecida, e, portanto, possam estar menos sujeitos a experiências de estigma ou discriminação em comparação à população em geral. A literatura sugere que o apoio social pode atuar como um fator protetor contra o estigma, incluindo o estigma associado ao HIV (Earnshaw et al., 2021; Ferguson et al., 2022). Além disso, é crucial considerar que a exposição em redes sociais e grupos online pode, em si, ser um indicador de menor sorofobia internalizada, visto que a disposição para se envolver em espaços públicos online sobre o tema sugere uma maior aceitação da condição e possivelmente uma rede de apoio mais robusta. Portanto, os resultados do presente estudo devem ser interpretados à luz dessas considerações metodológicas. Se essa suposição de viés for precisa, isso implica que os níveis de sorofobia na população geral de homens *gays* vivendo com HIV podem, de fato, ser mais altos do que os observados neste estudo. Isso, por sua vez, reforça a necessidade de estudos futuros que empreguem estratégias de amostragem mais diversificadas e métodos de recrutamento que possam capturar uma representação mais precisa da vivência de sorofobia entre homens *gays* com HIV

Por fim, os resultados, de modo geral, indicam alto nível de sorofobia percebida na comunidade e internalizada entre homens *gays* vivendo com HIV no Brasil. Assim, pode-se considerar que houve pouco avanço no combate ao estigma associado ao HIV nas últimas décadas, no Brasil, assim como internacionalmente (Rzeszutek et al., 2021) e que os notáveis avanços biomédicos verificados no tratamento de HIV/AIDS (antirretrovirais eficazes e com poucos efeitos adversos, indetectabilidade = instansmissibilidade, entre muitos outros) não foram acompanhados por mudanças sociais, relacionadas a percepção e ao comportamento da comunidade com relação a pessoas que vivem com HIV, sobre tudo se estas fazem parte de outros grupos marginalizados, concomitantemente.

Limitações e Futuros Direcionamentos

O presente estudo é caracterizado por um delineamento transversal, que, embora proporcione uma análise correlacional entre as variáveis em questão, não permite inferências causais.

A especificidade da amostra — indivíduos do sexo masculino, de orientação homossexual e com HIV — é uma característica que confere particularidade à investigação, mas ao mesmo tempo limita a generalização dos resultados. Além disso, o tamanho amostral foi circunscrito, o que restringe a generalizabilidade dos achados e eleva a possibilidade de erros de Tipo II. Deste modo, há uma premente necessidade de replicação destes resultados em estudos longitudinais e com amostras probabilísticas mais amplas.

Para estudos futuros sugere-se a inclusão de grupos comparativos que abranjam homens heterossexuais com HIV, com o objetivo de discernir o efeito da orientação sexual na percepção de sorofobia tanto a nível comunitário quanto internalizado. Estudos que investiguem as relações entre a percepção de sorofobia e variáveis clínicas, tais como adesão ao tratamento antirretroviral e presença de comorbidades psiquiátricas (e.g., depressão, ansiedade e uso de substâncias psicoativas) são igualmente necessários, dada a prevalência desproporcional dessas condições entre homens *gays* com HIV.

O escopo deste estudo não englobou a avaliação do impacto de variáveis sociodemográficas adicionais, como localidade de residência, etnicidade e expressões de gênero, na experiência de sorofobia. Com base em evidências empíricas e observações clínicas, postula-se que homens *gays*, particularmente aqueles que são etnicamente minoritários, expressam traços considerados femininos ou residem em áreas geográficas com menor acesso a recursos de saúde e apoio social, possam estar em maior risco de experienciar estigma associado ao HIV. Assim, futuras pesquisas nacionais e internacionais que explorem essas variáveis são fortemente encorajadas.

Conclusão

O objetivo de nosso estudo foi avaliar o estigma associado ao HIV/AIDS em uma amostra de homens *gays* diagnosticados com essa infecção sexualmente transmissível. Os resultados indicam prevalência elevada de sorofobia, tanto a nível comunitário quanto internalizado, ilustrando que os avanços biomédicos no diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS não foram acompanhados de mudanças significativas em atitudes e percepções sociais.

A persistência de altos níveis de sorofobia tem implicações negativas em diversos âmbitos, incluindo qualidade de vida, adesão ao tratamento antirretroviral e saúde mental, culminando em potencial aumento da morbidade e mortalidade neste grupo. Tais achados sublinham a urgência de intervenções multidisciplinares focadas na saúde mental dessa população, bem como a necessidade de campanhas de educação pública destinadas a mitigar o estigma associado ao HIV e à homossexualidade.

Em suma, este estudo serve como uma constatação crítica do estigma persistente em torno do HIV/AIDS entre homens *gays* e enfatiza a necessidade de estratégias de intervenção holísticas que abordem não apenas aspectos clínicos, mas também psicossociais associados à infecção.

Agradecimentos e autoria

Agradecimentos: Os autores são gratos aos participantes pela confiança na pesquisa e por disponibilizarem seu tempo para preencher questionários sobre suas vidas com HIV.

Conflito de interesses: Os autores não indicaram quaisquer conflitos de interesse.

Fontes de financiamento: Este estudo não recebeu qualquer financiamento específico.

Contributos: **FAC**: Conceptualização; Metodologia; Análise Formal; Investigação; Redação – Rascunho Original; Redação – Revisão & Edição. **ABC**: Conceptualização; Metodologia; Redação – Rascunho Original; Redação – Revisão & Edição. **NC**: Análise Formal; Investigação; Redação – Rascunho Original. **LIN**: Conceptualização; Metodología; Visualização; Supervisão e Gestão de Projeto.

Referências

Algarin, A. B., Zhou, Z., Cook, C. L., Cook, R. L., & Ibañez, G. E. (2019). Age, sex, race, ethnicity, sexual orientation: Intersectionality of marginalized-group identities and enacted HIV-related stigma among people living with HIV in Florida. *AIDS and Behavior*, *23*, 2992–3001. https://doi.org/10.1007/S10461-019-02629-Y

Armoon, B., Fleury, M. J., Bayat, A. H., Fakhri, Y., Higgs, P., Moghaddam, L. F., & Gonabadi-Nezhad, L. (2022). HIV related stigma associated with social support, alcohol use disorders, depression, anxiety, and suicidal ideation among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, *16*(1), 1–17. https://doi.org/10.1186/S13033-022-00527-W

Armoon, B., Higgs, P., Fleury, M. J., Bayat, A. H., Moghaddam, L. F., Bayani, A., & Faakhri, Y. (2021). Socio-demographic, clinical and service use determinants associated with HIV related stigma among people living with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Service Research, 21*(1), Article 1004. https://doi.org/10.1186/S12913-021-06980-6

Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in nursing & health, 24*(6), 518–529. https://doi.org/10.1002/NUR.10011

Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research*, *10*(2), 141–163. https://doi.org/10.1177/004912418101000205

Birore, C. M., Wu, L., Abrefa-Gyan, T., & Lewis, M. W. (2022). Social support and quality of life among people living with HIV/AIDS (PLWHA) in Ghana. *Journal of Family Issues*, *43*(8), 2159–2180. https://doi.org/10.1177/0192513X211030046

Brandelli-Costa, A., de Moura Filho, J. B., Silva, J. M., Beloqui, J. A., Espindola, Y., de Araujo, C. F., Aloia, S. A. V., & de Lima, C. E. (2022). Key and general population HIV-related stigma and discrimination in HIV-specific health care settings: Results from the Stigma Index Brazil. *AIDS Care*, *34*(1), 16–20. https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1876836

Caliari, J. D. S., Teles, S. A., Reis, R. K., & Gir, E. (2017). Fatores relacionados com a estigmatização percebida de pessoas vivendo com HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *51*, Artigo e03248. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016046703248

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *HIV among gay and bisexual men*. https://www.cdc.gov/vitalsigns/hivgaybimen/index.html

Chambers, L. A., Rueda, S., Baker, D. N., Wilson, M. G., Deutsch, R., Raeifar, E., Rourke, S. B., & Stigma Review Team. (2015). Stigma, HIV and health: A qualitative synthesis. *BMC Public Health*, *15*(1), Article 848. https://doi.org/10.1186/S12889-015-2197-0

Costa, A. B., B. de Moura Filho, J., M. Silva, J., A. Beloqui, J., Espindola, Y., F. de Araujo, C., Aloia, S. A. V., & de Lima, C. E. (2021). Key and general population HIV-related stigma and discrimination in HIV-specific health care settings: Results from the Stigma Index Brazil. *AIDS care*, *34*(1) 1–5. https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1876836

Dancey, C., & Reidy, J. (2018). *Estatística sem matemática para psicologia-7*. Penso Editora.

da Silva Sousa, E. M., Alves, M. E. da S., de Araújo, L. F., Bezerra, I. E. de L., Silva, M. F. L., Lima Filho, G. de S., & de Alcântara, J. G. (2022). Pessoas vivendo com VIH, pessoas LGBT e vivências interseccionais: Concepções de adultos jovens sobre a velhice e o envelhecimento. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental e Social*, *8*(2), 1–14. https://doi.org/10.31211/RPICS.2022.8.2.243

Earnshaw, V. A., Reed, N. M., Watson, R. J., Maksut, J. L., Allen, A. M., & Eaton, L. A. (2021). Intersectional internalized stigma among Black gay and bisexual men: A longitudinal analysis spanning HIV/sexually transmitted infection diagnosis. *Journal of health psychology, 26*(3), 465–476. https://doi.org/10.1177/1359105318820101

Ferguson, L., Gruskin, S., Bolshakova, M., Yagyu, S., Fu, N., Cabrera, N., Rozelle, M., Kasoka, K., Oraro-Lawrence, T., Stackpool-Moore, L., Motala, A., & Hempel, S. (2022). Frameworks and measures for HIV-related internalized stigma,

stigma and discrimination in healthcare and in laws and policies: A systematic review. *Journal of the International AIDS Society, 25*(1), Article e25915. https://doi.org/10.1002/JIA2.25915

Florom-Smith, A. L., & De Santis, J. P. (2012). Exploring the concept of HIV-related stigma. *Nursing Forum, 47*(3), 153–165. https://doi.org/10.1111/J.1744-6198.2011.00235.X

Friedland, B. A., Gottert, A., Hows, J., Baral, S. D., Sprague, L., Nyblade, L., McClair, T. L., Anam, F., Geibel, S., Kentutsi, S., Tamoufe, U., Diof, D., Amenyeiwe, U., Mallouris, C., Pulerwitz, J., & PLHIV Stigma Index 2.0 Study Group. (2020). The People Living with HIV Stigma Index 2.0: generating critical evidence for change worldwide. *AIDS, 34*, S5–S18. https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002602

Garcia, S., & Koyama, M. A. H. (2008). Estigma, discriminação e HIV/aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42 (Supl 1), 72-83. https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000800010

Gesesew, H. A., Tesfay Gebremedhin, A., Demissie, T. D., Kerie, M. W., Sudhakar, M., & Mwanri, L. (2017). Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PloS One, 12*(3), Article e0173928. https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0173928

Herek, G. M., & Capitanio, J. P. (1999). AIDS stigma and sexual prejudice. *American Behavioral Scientist, 42*(7), 1130–1147. https://doi.org/10.1177/0002764299042007006

Jeffries IV, W. L., Flores, S. A., Rooks-Peck, C. R., Gelaude, D. J., Belcher, L., Ricks, P. M., & Millett, G. A. (2021). Experienced homophobia and HIV infection risk among US gay, bisexual, and other men who have sex with men: A meta-analysis. *LGBT Health, 8*(1), 1–10. https://doi.org/10.1089/LGBT.2020.0274

Ministério da Saúde. (2019). *Boletim Epidemiológico Especial - HIV/AIDS 2019*. https://bit.ly/3r8lnWj

Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine, 57*(1), 13–24. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0

Rachid, M., & Schechter, M. (2017). *Manual de HIV/aids*. Thieme Revinter Publicações LTDA.

Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globerman, J., Chambers, L., Wilson, M., Logie, C. H., Shi, Q., Morassaei, S., & Rourke, S. B. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: A series of meta-analyses. *BMJ Open, 6*(7), Article e011453. https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2016-011453

Rzeszutek, M., Gruszczyńska, E., Pięta, M., & Malinowska, P. (2021). HIV/AIDS stigma and psychological well-being after 40 years of HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1), Article 1990527. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1990527

Stahlman, S., Hargreaves, J. R., Sprague, L., Stangl, A. L., & Baral, S. D. (2017). Measuring sexual behavior stigma to inform effective HIV prevention and treatment programs for key populations. *JMIR Public Health and Surveillance, 3*(2), Article e23. https://doi.org/10.2196/PUBLICHEALTH.7334

Suit, D. A. V. (2005). *Pessoas convivendo com o HIV–Construindo relações entre vivência de estigma e enfrentamento* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador]. https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/dafne_suit.pdf

Suit, D., & Pereira, M. E. (2008). Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. *Psicologia USP, 19*(3), 317–340. https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000300004

Sweeney, S. M., & Vanable, P. A. (2016). The association of HIV-related stigma to HIV medication adherence: A systematic review and synthesis of the literature. *AIDS and Behavior, 20*(1), 29–50. https://doi.org/10.1007/S10461-015-1164-1

The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2016). *Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets*. https://tinyurl.com/588kmyav

The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2019). *Ending AIDS: Community action and political leadership*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf

World Health Organization. (2021). *HIV/AIDS*. https://www.who.int/southeastasia/health-topics/hiv-aids

Nota editorial. Em 7 de setembro de 2026, as versões em PDF, HTML e XML deste artigo foram atualizadas para corrigir falhas bibliográficas. Estas alterações não modificaram os dados, os resultados, a interpretação, as conclusões, a autoria ou os metadados do artigo.