

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

PAULA GONÇALVES RIBEIRO

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS DE
VALIDADE DO “*HEALTH CARE PROVIDER HIV/AIDS STIGMA SCALE*”
PARA USO NO BRASIL**

VITÓRIA-ES

2024

PAULA GONÇALVES RIBEIRO

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS DE
VALIDADE DO “*HEALTH CARE PROVIDER HIV/AIDS STIGMA SCALE*”
PARA USO NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Dyego Carlos S. A. de Araújo

Coorientador: Prof. Dr. Thiago Silva Torres

VITÓRIA-ES

2024

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

R484a Ribeiro, Paula Gonçalves, 1999-
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO “HEALTH CARE PROVIDER HIV/AIDS STIGMA SCALE” PARA USO NO BRASIL / Paula Gonçalves Ribeiro. - 2024.
86 p. : il.

Orientador: Dyego Carlos Souza Anacleto de Araújo.
Coorientador: Thiago Silva Torres.
Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) -
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Farmácia. 2. Psicometria. I. Araújo, Dyego Carlos Souza Anacleto de. II. Torres, Thiago Silva. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 615.1

PAULA GONÇALVES RIBEIRO

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E AVALIAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS DE
VALIDADE DO HEALTH CARE PROVIDER HIV/AIDS STIGMA SCALE
PARA USO NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Aprovada em 3 de maio de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente



DYEGO CARLOS SOUZA ANACLETO DE ARAUJO
Data: 03/05/2024 15:45:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Dyego Carlos Souza A. de Araújo
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Orientador

Documento assinado digitalmente



THIAGO SILVA TORRES
Data: 04/05/2024 09:26:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Thiago Silva Torres
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)
Coorientador

Documento assinado digitalmente



PAULA MENDES LUZ
Data: 03/05/2024 16:05:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dr^a. Paula Mendes Luz
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Documento assinado digitalmente



SABRINA CERQUEIRA SANTOS
Data: 03/05/2024 16:11:11-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Sabrina Cerqueira Santos
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Dedico este trabalho a todas as pessoas vivendo com HIV que não têm a oportunidade de receber um cuidado integral e humanizado. Esperamos, enquanto pesquisadores, contribuir na formação de profissionais da saúde que possam oferecer cuidados completamente livre de preconceito, discriminação e estereótipos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por ter me conduzido até aqui, sei que toda a minha trajetória já estava escrita perfeitamente para que isso se tornasse possível.

Aos meus familiares e amigos, que me apoiaram na decisão de entrar no mestrado e que me deram todo o suporte durante essa jornada. Para vocês, meu muito obrigada por toda paciência, apoio e torcida.

Ao Laboratório de Inovação para o Cuidado em Saúde, que me acolheu tão bem, me auxiliou no projeto e que me ensinou e me inspirou todos os dias. Meu agradecimento, em especial, à Profa Kérilin Rocha, nossa mãe científica, que compartilha seus conhecimentos e sua dedicação em ensinar e aprender coisas novas. Você foi essencial durante toda a condução desse projeto e da minha trajetória na pós-graduação.

Ao meu coorientador, Prof. Thiago Silva Torres, por aceitar integrar nossa pesquisa e por todas as contribuições cuidadosamente realizadas ao longo desse projeto.

Ao meu orientador, Prof. Dyego Carlos Araújo, por toda a paciência comigo ao longo desses quase dois anos, por nunca ter deixado de acreditar, pelo seu pensamento positivo, por ter me orientado e por ser um grande exemplo para mim. O meu muito obrigada, tenho certeza de que se não fosse por você, eu certamente não chegaria até aqui.

Aos membros da Banca de Qualificação e de Defesa de Mestrado, pelo tempo dedicado à avaliação dessa dissertação e por me permitirem refletir e aprender com vocês.

Aos estudantes dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Odontologia e Medicina, que possibilitaram a realização desse estudo.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Espírito Santo por todos os ensinamentos transmitidos e pela contribuição no meu processo de aprendizado.

À Universidade Federal do Espírito Santo pela infraestrutura e suporte financeiro concedido para realização desta pesquisa.

RESUMO

Introdução. O estigma dos estudantes da área da saúde em relação às pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) é uma potencial barreira para o cuidado efetivo. No Brasil, a ausência de instrumentos que avaliam o estigma de estudantes da área da saúde em relação a PVHIV impossibilita conhecer a extensão dessa problemática. **Objetivo.** Validar a *Health Care Provider Stigma Scale* (HPASS) para uso entre estudantes da área da saúde do Brasil. **Método.** A pesquisa foi realizada em três etapas: 1) Adaptação transcultural do HPASS para o português do Brasil; 2) Avaliação das evidências de validade baseadas no conteúdo do HPASS; 3) Avaliação das propriedades psicométricas do HPASS. Etapa 1 - a adaptação transcultural foi realizada em seis fases: tradução para português do Brasil, síntese das traduções, avaliação da equivalência por comitê de *experts*, avaliação pelo público-alvo e retrotradução para o inglês. Etapa 2 - as evidências de validade baseadas no conteúdo foram estabelecidas com base no *feedback* de um comitê formado por quatro especialistas. Etapa 3 - as propriedades psicométricas foram avaliadas usando uma amostra de estudantes de saúde brasileiros (Enfermagem, Farmácia, Medicina, Odontologia) por conveniência. As evidências de validade baseadas na estrutura interna foram examinadas por meio da análise fatorial exploratória (AFE). A consistência interna foi avaliada pela confiabilidade composta. As evidências de validade baseadas na relação com outras variáveis foram avaliadas por meio da correlação entre os escores do HPASS e os índices de religiosidade e conhecimento sobre HIV/AIDS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (CAAE: 59670422.8.0000.5060, parecer nº 5.995.451). **Resultados.** Etapa 1: a tradução e adaptação transcultural realizada foi considerada satisfatória para o público-alvo e para a autora da escala original. Etapa 2: O coeficiente de validade de conteúdo para a versão brasileira do HPASS foi de 0,90, um valor considerado satisfatório. Etapa 3: A amostra foi composta por 553 estudantes da área da saúde. A análise das evidências de validade baseada na estrutura interna, realizada por meio da análise paralela, indicou a retenção de dois fatores, com variância explicada de fator 1= 42,00% (discriminação/preconceito) e fator 2= 9,92% (estereótipo). A confiabilidade composta para os fatores foi de 0,96 (discriminação/preconceito) e 0,85 (estereótipo). Avaliação das evidências de validade baseadas na relação com outras variáveis demonstrou correlação estatisticamente significativa entre os escores da versão brasileira do HPASS e religiosidade e conhecimento sobre HIV/AIDS. **Conclusão:** A versão brasileira do HPASS é uma medida psicometricamente válida para avaliação do estigma do HIV para estudantes de saúde falantes da língua portuguesa do Brasil. Suas propriedades psicométricas foram satisfatórias e ela se mostrou uma escala simples e confiável. O HPASS adaptado pode ser utilizado para fins educacionais e de pesquisa entre estudantes de saúde. Estudos futuros devem investigar as propriedades da escala entre estudantes de saúde de diferentes regiões e profissionais da saúde.

Palavras-chave: Estigma Social; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Estudantes de Ciências da Saúde; Estudo de validação; tradução.

ABSTRACT

Introduction. The stigma of healthcare students towards people living with HIV (PLHIV) is a potential barrier to effective care. In Brazil, the absence of instruments assessing the stigma of healthcare students towards PLHIV prevents understanding the extent of this issue. **Objective.** To validate the Health Care Provider Stigma Scale (HPASS) for use among healthcare students in Brazil. **Method.** The research was conducted in three phases: 1) Cross-cultural adaptation of the HPASS into Brazilian Portuguese; 2) Evaluation of validity evidence based on the content of the HPASS; 3) Evaluation of the psychometric properties of the HPASS. Phase 1: Cross-cultural adaptation was performed in six steps: translation into Brazilian Portuguese, synthesis of translations, evaluation of equivalence by an expert committee, evaluation by the target audience, and back-translation into English. Phase 2: Content validity evidence was established based on feedback from a committee of four specialists. Phase 3: Psychometric properties were evaluated using a sample of Brazilian healthcare students (Nursing, Pharmacy, Medicine, Dentistry) by convenience sampling. Evidence of validity based on internal structure was examined through exploratory factor analysis (EFA). Internal consistency was assessed by composite reliability. Evidence of validity based on relationship with other variables was evaluated through correlation between HPASS scores and indices of religiosity and knowledge about HIV/aids. The project was approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Espirito Santo (CAAE: 59670422.8.0000.5060 n° 5.995.451). **Results.** In phase 1, the cross-cultural translation and adaptation performed were considered satisfactory for the target audience and the author of the original scale. Phase 2: The content validity coefficient for the Brazilian version of the HPASS was 0.90. Phase 3: The sample consisted of 553 healthcare students. Analysis of evidence of validity based on internal structure, conducted through parallel analysis, indicated retention of two factors, with explained variance of factor 1= 42.08% (discrimination/prejudice) and factor 2= 9.92% (stereotype). Composite reliability for the factors was 0.96 (discrimination/prejudice) and 0.85 (stereotype). Evaluation of evidence of validity based on relationship with other variables showed statistically significant correlation between scores of the Brazilian version of the HPASS and religiosity and knowledge about HIV/aids. **Conclusion.** The Brazilian version of the HPASS is a psychometrically valid measure for assessing HIV stigma among Portuguese-speaking healthcare students in Brazil. Its psychometric properties were satisfactory, and it proved to be a simple and reliable scale. The adapted HPASS can be used for educational and research purposes among healthcare students. Future studies should investigate the scale's properties among healthcare students from different regions and healthcare professionals.

Keywords: Social Stigma; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Health Sciences Students; Validation Studies; translation.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

PVHIV- Pessoas vivendo com HIV

UNAIDS- Programa conjunto das nações unidas sobre HIV/aids

HIV- Vírus da imunodeficiência humana

AIDS- Síndrome da imunodeficiência adquirida

SINAN- Sistema de informação de agravo de notificação

CCS- Centro de Ciências da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES- Universidade Federal do Espírito Santo

HPASS- *Health Care Provider Stigma Scale*

TARV- Terapia Antirretroviral

ARV- Antirretroviral

PrEP- Profilaxia pré-exposição

PEP- Profilaxia pós-exposição

IST - Infecção sexualmente transmissível

SAE - Serviço de Assistência Especializada

CTA - Centros de Referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis

UDM - Unidade Dispensadora de Medicamentos antirretrovirais

F1 – Fator 1

F2 – Fator 2

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 A epidemia de aids no mundo e no Brasil	13
2.2 Vírus da imunodeficiência humana (HIV): transmissão, diagnóstico e tratamento	14
2.3 Políticas públicas de cuidado à PVHIV no Brasil	18
2.4 O estigma em relação às PVHIV: estereótipo, preconceito e discriminação	19
2.5 Profissionais da saúde e o Cuidado à Pessoa Vivendo com HIV	22
2.6 Instrumentos de avaliação do estigma entre estudantes e profissionais da área da saúde	23
3 OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo geral	28
3.2 Objetivo específico	28
4 ARTIGO CIENTÍFICO	30
4.1 Capítulo 1: <i>Brazilian version of the Health Care Provider HIV/aids Stigma Scale: cross-cultural adaptation and psychometric evaluation among healthcare students</i>	30
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	70
ANEXOS	79



Introdução

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os avanços tecnológicos, o acesso a medicamentos antirretrovirais e aos cuidados em saúde tornaram a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) uma condição crônica de saúde, reduzindo consideravelmente a progressão dos casos para síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) (Brasil, 2017; Bekker et al., 2023). Apesar desses avanços, o estigma de estudantes e profissionais da saúde em relação às pessoas vivendo com HIV (PVHIV) pode representar uma potencial barreira para o cuidado humanizado (Varas-Díaz et al., 2019; Silva-Sánchez, 2022).

O estigma relacionado ao HIV pode ser definido como crenças, atitudes e sentimentos negativos em relação às PVHIV (como também em relação seus familiares e pessoas próximas), bem como a outras populações que estão em maior risco de infecção pelo vírus (populações-chave), como gays e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, travestis e transexuais (Unaids, 2022). No âmbito do cuidado em saúde, o estigma de estudantes e profissionais da saúde em relação às PVHIV geralmente está associado ao conhecimento insuficiente sobre HIV e o medo de adquirir o vírus a partir da interação com as pessoas (Jahic et al., 2020; Fauk et al., 2021).

Na prática, o estigma de estudantes e profissionais da saúde se materializa de diferentes formas, desde atitudes desdenhosas até a negação de cuidados, o que desencoraja as PVHIV a procurar os serviços de saúde e afeta a qualidade do cuidado provido a elas (Ekstrand et al., 2013; Dong et al., 2018; Teti et al., 2018; Feyissa; Lockwood; Woldie, 2019). Diante desse contexto, a comunidade científica tem se preocupado com o desenvolvimento e validação de instrumentos capazes de mensurar esse fenômeno (Varas-Díaz; Neilands, 2009; Nyblade et al., 2013; Jahic et al., 2020). Dentre os instrumentos desenvolvidos, destaca-se o “*Health Care Provider HIV/aids Stigma Scale*” (HPASS), originalmente desenvolvido por Wagner e colaboradores (2014) para avaliar o estigma de profissionais da saúde da atenção primária do Canadá.

Desde sua publicação, em 2014, o HPASS tem sido amplamente utilizado em todo o mundo para avaliar o estigma de estudantes e profissionais da área da saúde (Jaworsky et al., 2016; Marshall et al., 2017; Levya-Moral et al., 2020). O instrumento foi traduzido e adaptado transculturalmente para outros países, cujo idioma principal não é o inglês, como Espanha, Colômbia, Peru, Egito e a China (Xie et al. 2019; Levya-Moral et al., 2020; Aziz; Badahdah;

Mohammed, 2021). Em todos os idiomas (inglês, espanhol, chinês e árabe), o HPASS demonstrou propriedades psicométricas satisfatórias (Wagner et al., 2014; Xie et al., 2019; Aziz; Badahdah; Mohammed, 2021; Levya-Moral et al., 2020).

No Brasil, não existem instrumentos validados para o contexto brasileiro, e para o português do Brasil que avaliem o estigma em estudantes da área da saúde em relação ao cuidado de PVHIV, o que impossibilita conhecer a extensão dessa problemática no país. Ao avaliar se o estigma está presente nos estudantes, é possível propor medidas de intervenção baseadas nas carências encontradas e preparar futuros profissionais da saúde que possam prestar um cuidado mais humanizado às PVHIV.

1.1 Estrutura da dissertação

Esta dissertação foi estruturada conforme Resolução nº 02/2023 do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas (PPGCFAR) da Universidade Federal do Espírito Santo, que estabelece critérios para o formato e defesa da dissertação. Portanto, essa dissertação será apresentada no formato de artigo científico e, nesse caso, possuindo os seguintes itens obrigatórios: resumo em português e inglês; Introdução geral e justificativa do estudo; Artigo e referências bibliográficas.

Apesar de não ser um item obrigatório, para melhor compreensão da temática, será apresentado o tópico **REVISÃO DA LITERATURA**, onde serão abordados aspectos relacionados à: epidemiologia do HIV/aids; transmissão, diagnóstico, e tratamento da infecção pelo HIV; políticas públicas de cuidado à PVHIV; estigma em relação à PVHIV; relação dos profissionais da área da saúde e o cuidado à essa população; instrumentos de avaliação do estigma entre profissionais da área da saúde; e antecedentes da dissertação.

ARTIGO CIENTÍFICO: *“Brazilian version of the Health Care Provider HIV/aids Stigma Scale: cross-cultural adaptation and psychometric evaluation among healthcare students”*, publicado no periódico científico *“AIDS and Behavior”*, Fator de Impacto = 4.4, Qualis A1 para a área de Farmácia.



Revisão da Literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A epidemia de aids no mundo e no Brasil

Relatos indicam que o surgimento do HIV se deu na África Central, ainda no século XIX, a partir de uma provável mutação sofrida pelo vírus da imunodeficiência símia. Acredita-se que tal mutação tenha ocorrido quando os seres humanos caçavam chimpanzés e se alimentavam de sua carne, o que levou ao contato com o sangue infectado. A partir de então, o HIV se disseminou das pequenas comunidades da região central africana para o mundo (Parker; Camargo Jr, 2000). Em 1977, notou-se um aumento na frequência de relatos do sarcoma de Kaposi em pacientes jovens adultos de Nova York e São Francisco (EUA), o que mais tarde demonstrou ser uma evidência de que o vírus já havia chegado nos Estados Unidos (*Centers for Disease Control and Prevention*, 1981; Biggar, Nasca, Burnet, 1988).

Logo no início da epidemia, alguns grupos de pessoas foram associados ao HIV. No decorrer do ano de 1981, casos parecidos foram surgindo no mundo e a doença começou a ser relacionada com particularidades da vida dos indivíduos acometidos, em especial à orientação sexual. A doença se tornou popularmente conhecida, então, como “pneumonia gay”, “câncer gay”, “síndrome gay” ou ainda “*gay related immune deficiency*” (Grid), apontando para o forte estigma social que ganharia força nos anos seguintes (Smith, 1998; Brito; Castilho; Szwarcwald, 2000; Nascimento, 2005; Leite et al., 2006).

Em meados de 1982, a doença foi denominada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – aids. Inicialmente, como descrito, a síndrome esteve associada a alguns grupos sociais específicos, passando a ser conhecida também como “doença dos cinco H”, de homossexuais, hemofílicos, haitianos, usuários de heroína e prostitutas (em inglês *hooker*) (Nascimento, 2005). No ano seguinte, em 1983, pesquisadores americanos e franceses foram capazes de isolar o vírus causador da aids, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), elucidando os meios de transmissão da doença, por via sexual e sanguínea (Morais de Sá, Costa, 1994; Nascimento, 2005; Leite et al., 2006). Em 1985, foi observado que a aids era, na verdade, o estágio avançado da doença originada pelo HIV (Meira et al., 2017).

Dados mais recentes do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (Unaid)/Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que existem cerca de 38,4 milhões de pessoas vivendo com HIV (PVHIV), atingindo cerca de 4,9% de toda população global (World Health Organization, 2022). A maior parte dos casos de infecção pelo HIV se concentra em países do sul da África, devido ao atraso no desenvolvimento econômico e falta de recursos médicos (Tian et al., 2023). Em 2022, cerca de 630 mil pessoas morreram por causas

relacionadas à aids no mundo. Apesar da alta mortalidade, foi observada uma redução de 55% entre mulheres e meninas e 47% entre homens e meninos em relação ao ano de 2010, quando o número de mortes com causa relacionada à aids era em média de 1,3 milhão (Unaids, 2022).

Na América do Sul e América Latina, estudos recentes demonstraram a existência de grupos que são desproporcionalmente afetados pelo HIV, como as minorias sexuais e de gênero e pessoas mais jovens. O persistente crescimento de novas infecções nessa população se deve à práticas sexuais arriscadas tais como sexo anal sem preservativo, devido à baixa percepção de risco ao HIV, e desigualdade socioeconômica, impedindo o acesso à educação e informação (Coelho et al., 2021; Torres et al., 2023).

No Brasil, o primeiro caso de infecção pelo HIV foi registrado na cidade de São Paulo, em 1980, sendo classificado como aids após 2 anos, disseminando-se pelo Sudeste e demais regiões do país (Brito; Castilho; Szwarcwald, 2001). De 1980 até 2023, foram identificados 1.124.063 casos de aids no Brasil, de acordo com dados levantados em Boletim Epidemiológico (Ministério da Saúde, 2023). Ainda de acordo com o boletim, publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde em 2023, entre janeiro de 2007 e junho de 2023, foram notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 489.594 casos de infecção por HIV no Brasil (Brasil, 2023).

No estado do Espírito Santo, foram notificados 18.850 casos de PVHIV desde o início da epidemia, na década de 1985, até dezembro de 2021 (Espírito Santo, 2022). De janeiro a novembro de 2023 foram notificados 1.572 novos casos no estado, sendo a maior parte em pessoas do sexo masculino (n=1.111; 70,3%). Estima-se que, atualmente, 22 mil pessoas vivem com HIV/aids no estado (Espírito Santo, 2023). Em 2021, a taxa de mortalidade relacionada ao HIV/aids foi maior que a do país em 2020, sendo 5,7 óbitos por 100 mil habitantes no estado versus 4,9 por 100 mil habitantes no Brasil (Espírito Santo, 2022).

2.2 Vírus da imunodeficiência humana (HIV): transmissão, diagnóstico e tratamento

O HIV pertence à categoria dos retrovírus e tem a capacidade de infectar as células do sistema imunológico humano, especialmente os linfócitos TCD4+, enfraquecendo e gradualmente destruindo sua função como células de defesa do corpo humano (Turner; Summers, 1999; Fanales-Belasio et al., 2013). O HIV pode ser dividido em dois subtipos: HIV-1 e HIV-2. O HIV-1 é o mais comum e é amplamente reconhecido pela comunidade científica. Já o HIV-2 é menos comum, de ocorrência predominante na África Ocidental, e está associado a uma evolução mais lenta, apresentando maiores desafios no tratamento com terapia antirretroviral (TARV), devido ao número limitado de medicamentos eficazes, maior

resistência viral em caso de adesão parcial e a dificuldade de reconstituição imunológica pela adesão tardia (Berzow et al., 2021).

O HIV pode ser detectado no sangue, sêmen, fluidos vaginais e leite materno de PVHIV. A transmissão do HIV pode ocorrer de três formas. A primeira, sexualmente, na qual há contato com secreções genitais e contato de muco anal-genital com membranas nas relações sexuais desprotegidas. A segunda, por via parenteral, ocorre por meio da utilização de seringas infectadas, exposição acidental a sangue infectado, transfusão de sangue ou hemocomponentes infectados. E, por último, a transmissão chamada vertical, na qual há passagem do vírus da pessoa que gera o bebê para o feto na fase intrauterina, durante o parto, ou durante a amamentação (Unaid, 2022).

A infecção pelo HIV pode ser dividida em três fases clínicas: 1) infecção aguda; 2) fase assintomática, também conhecida como latência clínica; e 3) aids. A infecção aguda, também chamada de síndrome de soroconversão ou síndrome retroviral aguda, caracteriza-se por viremia elevada e por resposta imune intensa e costuma ocorrer em torno da quarta semana após a infecção. Durante o pico de viremia, ocorre diminuição rápida dos linfócitos T CD4+, que posteriormente aumentam, mas geralmente não retornam aos níveis prévios à infecção. Cerca de 50% a 90% dos indivíduos infectados apresentam um conjunto de manifestações clínicas, denominado Síndrome Retroviral Aguda, que envolve o aparecimento de sintomas como febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia e cefaleia (Brasil, 2018).

A fase assintomática caracteriza a fase de latência clínica, em que as pessoas apresentam sintomas clínicos mínimos, como linfadenopatia. Podem ocorrer alterações nos exames laboratoriais, como plaquetopenia, anemia (normocrômica e normocítica) e leucopenia leves. A contagem de linfócitos T-CD4+ em torno de 350 células/mm³ está relacionada ao aparecimento de processos infecciosos, como as infecções respiratórias ou mesmo tuberculose. À medida que a infecção progride, os sintomas constitucionais (febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna, fadiga), diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções bacterianas (pneumonia, sinusite, bronquite) e lesões orais tornam-se mais frequentes (Brasil, 2013).

O aparecimento de certas infecções oportunistas e neoplasias são definidores da aids, ocorrendo devido à incapacidade do sistema imunológico de responder adequadamente (imunossupressão). Entre as infecções oportunistas, destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. O sarcoma de Kaposi, já mencionado anteriormente, é uma neoplasia muito comum em pacientes acometidos pela aids (Turner; Summers, 1999).

O diagnóstico de infecção pelo HIV é feito a partir da coleta de sangue venoso ou digital (ponta do dedo) ou fluidos orais para realização de testes rápidos ou laboratoriais que detectam os anticorpos contra o HIV. Preliminarmente é realizado o teste rápido e para fim de confirmação, o teste com o antígeno, sendo ambos realizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) (Brasil, 2023).

O exame anti-HIV só será eficiente pelo menos 30 dias após o comportamento de risco. O período é necessário para que o organismo comece a produzir anticorpos contra o vírus — o que será detectado no teste. Caso o exame ocorra antes do prazo, na chamada janela imunológica, o resultado pode ser negativo mesmo que a pessoa esteja infectada (Ministério da Saúde, 2013). O diagnóstico de infecção pelo HIV não implica necessariamente na progressão para o estágio de aids, uma vez que a adesão à terapia antirretroviral reduz de forma significativa a evolução da infecção e sua transmissão, chegando a torná-la indetectável através da supressão da carga viral (Cohen et al., 2011; Cohen et al., 2016).

O tratamento de uma PVHIV envolve a utilização de medicamentos administrados em esquema de combinação, com o objetivo de reduzir replicação viral e evitar o enfraquecimento do sistema imunológico, de modo a melhorar a qualidade de vida da pessoa e preservar a função imunológica (Brasil, 2013; De Cock, Jaffe, Curran, 2021). O tratamento da infecção pelo HIV deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico, independentemente dos níveis de células TCD4+ ou do estágio da doença, mas sem perfil coercitivo, sendo necessário respeitar a escolha da PVHIV (Organização Mundial da Saúde, 2021).

Atualmente, estão disponíveis no Brasil 22 medicamentos, em 38 apresentações farmacêuticas, distribuídos em seis classes de antirretrovirais: inibidores nucleosídeos de transcriptase reversa, inibidores não nucleosídeos de transcriptase reversa, inibidores da protease, inibidor de fusão, inibidor da integrase e inibidores de entrada (Brasil, 2012; Brasil, 2022). No país, a terapia antirretroviral é fornecida gratuitamente pelo SUS desde a década de 1990 para todas as PVHIV que necessitam do tratamento. Vale destacar que esses medicamentos são financiados pelo Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CEAF) (Brasil, 2022).

As pessoas podem ter acesso aos antirretrovirais em diversos pontos de atenção à saúde do SUS, como os Centros de Referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis, Centro de Testagem e Aconselhamento, Serviço de Assistência Especializada (SAE), Unidade Dispensadora de Medicamentos antirretrovirais (UDM). No estado do Espírito Santo, por exemplo, o acompanhamento e tratamento dos pacientes é realizado por 26 Serviços de

Assistência Especializada em Infecção Sexualmente Transmissível (IST)/aids e por 25 Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (Siclom, 2023).

Estudos mostram que a terapia antirretroviral diminui a morbidade e mortalidade associada ao HIV, permitindo o aumento da expectativa de vida das PVHIV (Polejack, Seidl, 2010; Brasil, 2013; Barros; Vieira-Da-Silva, 2017). Nesse contexto, a adesão à terapia antirretroviral se torna fundamental para o sucesso da terapêutica por contribuir para promoção da qualidade de vida, diminuição do risco de infecções oportunistas e redução das hospitalizações. Por outro lado, uma adesão inadequada ao uso dos medicamentos pode levar ao desenvolvimento de resistência viral, resultando em piora clínica (Brasil, 2013).

Além da TARV, atualmente existem formas combinadas de prevenção à infecção pelo HIV. A Profilaxia Pós-exposição (PEP) consiste em um tratamento de emergência com antirretrovirais, administrado após uma possível exposição ao vírus HIV, como em casos de violência sexual, acidentes com material biológico contaminado ou relações sexuais desprotegidas com PVHIV. Já a Profilaxia Pré-exposição (PrEP) é uma estratégia preventiva para que pessoas tomem regularmente um medicamento antirretroviral (tenofovir associado à emtricitabina) para reduzir significativamente o risco de adquirir o HIV, mesmo em situações de exposição de alto risco, como relações sexuais desprotegidas com PVHIV. A PrEP é indicada para indivíduos considerados em maior risco de contrair o HIV, como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, casais sorodiscordantes, entre outros (Ministério da Saúde, 2013).

Além da terapia antirretroviral contribuir para que as PVHIV permaneçam saudáveis e com longevidade semelhante, ou até mesmo superior, a das pessoas que não vivem com HIV, há evidências de que, quando as PVHIV alcançam uma carga viral indetectável, o vírus deixa de ser transmitido em relações sexuais (Cohen et al., 2011; Grulich et al., 2015; Rodger et al., 2016; Unaid, 2018). Essas evidências deram origem, em 2016, à Campanha *Undetectable = Untransmittable* (U=U), no inglês, ou Indetectável = Intransmissível (I=I), que é endossada por diversas organizações, como o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e Unaid (Lancet, 2017). No Brasil, o Ministério da Saúde adotou oficialmente o *slogan* em 2019, divulgando a campanha e orientando formalmente os profissionais da área da saúde a educarem o público sobre as novas evidências científicas (Brasil, 2019).

O *slogan* da campanha incorpora a ideia de tratamento como prevenção, do inglês *Treatment as Prevention* (TasP), e visa motivar as pessoas a alcançarem carga viral suprimida e a continuarem os cuidados de acompanhamento (Lancet, 2017). Além disso, a campanha auxilia a combater o estigma, ao passo que influencia a opinião pública, fazendo com que mais

PVHIV, seus amigos e familiares compreendam que podem ser saudáveis, ter longevidade e que não precisam se preocupar em transmitir o HIV para outras pessoas (Unaid, 2018).

Em 2016, a Unaid propôs a meta 90-90-90, uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de aids até o final de 2020 (Unaid, 2016). A meta consistia em garantir, até 2020, que 90% de todas as PVHIV teriam consciência de que possuem o vírus; 90% de todas as PVHIV diagnosticadas estariam recebendo terapia antirretroviral ininterruptamente e 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral estariam em supressão viral (Unaid, 2016). Atualmente, a meta da Unaid para 2030 é 95-95-95, seguindo a mesma lógica da meta anterior (Unaid, 2021). O Brasil se encontra em 91-81-95 nessa meta e o maior desafio é garantir o acesso ao diagnóstico e, posteriormente, ao tratamento para populações marginalizadas (Unaid, 2023).

Além dessas campanhas, a Organização Mundial de Saúde lançou a campanha *Zero risk* (risco zero, em português) de transmitir HIV, que leva a mensagem de que as PVHIV que têm uma carga viral indetectável através de qualquer teste aprovado pela referida organização e que continuam a tomar os medicamentos prescritos têm “risco zero” de transmitir o HIV à sua parceria sexual. Essa campanha foi proposta com base nas evidências geradas por revisão sistemática realizada por Broyles e colaboradores (2023), contribuindo para transmitir mensagens efetivas sobre os benefícios do tratamento, realização de testes e redução do estigma (World Health Organization, 2023).

2.3 Políticas públicas de cuidado à PVHIV no Brasil

No Brasil, a luta contra o HIV e a aids teve início no final da década de 1980, época de redemocratização do país, quando ocorriam grandes discussões no campo da saúde e o país era marcado pelos movimentos da reforma sanitária (Villarinho et al., 2013). Existem relatos de que as primeiras iniciativas de políticas públicas em resposta à epidemia da aids partiram da mobilização social, o que pressionava um posicionamento do governo federal (Miranda, 2007; Villarinho et al., 2013). Em 1985, foi fundada a primeira Organização Não Governamental com atividade em HIV/aids no país, o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA), e foram criados os Programas Estaduais de DST/aids em alguns estados (Castro-Silva, Hewitt, Cavichioli, 2007; Villarinho et al., 2013).

Em 1986, três anos após o registro do primeiro caso no país, o Brasil implementou sua primeira política pública direcionada à aids com a criação do Programa Nacional de Infecção Sexualmente Transmissível (IST - termo atual) e aids do Ministério da Saúde (Brasil, 1985). A missão do programa era reduzir a incidência da infecção pelo HIV e melhorar a qualidade de

vida das pessoas que conviviam com a aids. Para isso, foram definidas diretrizes de melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às PVHIV e pessoas com outras IST, que incluíam a redução do estigma e da discriminação. O programa foi considerado referência mundial por diversas agências internacionais, pela oferta universal e gratuita da terapia antirretroviral e por ser um programa que dialoga com os movimentos sociais e com a comunidade científica (Villarinho et al., 2013).

Ainda em 1986, a aids passou a ser incluída na relação de doenças de notificação compulsória no país, pela Portaria nº 1.100 de 24 de maio de 1986 (Brasil, 1986). Em 1987, foi criada a Comissão Nacional de aids em nível federal (Brasil, 1987) e tem início a utilização da zidovudina (AZT), medicamento para pacientes com câncer e o primeiro a reduzir a multiplicação do HIV (Lopes, 2007). Em 1996, o Brasil promulgou a Lei nº 9.313, que dispôs sobre a distribuição gratuita de medicamentos para todas as pessoas acometidas pelo HIV/aids, assegurando o acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral no país (Brasil, 1996). Vale destacar o respaldo legal da Constituição Federal, Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, da Política Nacional de Medicamentos (1998) e Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004) (Brasil, 1998; Brasil, 2004) para a promulgação da Lei nº 9.313/1996.

A partir dos anos 2000, outras iniciativas surgiram conforme a realidade epidemiológica da época, como o Projeto Nascer, que teve como objetivo reduzir a transmissão vertical do HIV e reduzir a morbimortalidade associada à sífilis congênita, além de determinar a oferta da testagem para HIV e sífilis em todas as gestantes (Brasil, 2002). Tais avanços e conquistas tiveram um impacto significativo no perfil da doença, resultando em um aumento substancial no número de indivíduos com carga viral indetectável e na melhoria da sobrevida dos pacientes (Silva et al., 2014).

O Brasil conta com direitos expressos em constituição através da “Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids”, que asseguram que as PVHIV tenham informações específicas sobre sua condição, assistência e tratamento sem qualquer restrição (Brasil, 1989). Ademais, a Lei nº 12.948 de 02 de junho de 2014 confere como crime a discriminação das PVHIV e pessoas com doenças definidoras da aids (Brasil, 2014).

No Brasil, a dispensação de PEP (Profilaxia Pós-Exposição) e PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) são estratégias importantes no contexto de prevenção e controle do HIV/Aids. Ambas são oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público de saúde do país, de forma gratuita e acessível. Vale ressaltar que a implementação eficaz dessas estratégias depende não apenas da disponibilidade dos medicamentos, mas também da conscientização da população, da capacitação dos profissionais de saúde e da promoção de políticas públicas que

garantam o acesso universal e equitativo a essas tecnologias preventivas (Ministério da Saúde, 2013).

Apesar de tantos avanços, alguns pesquisadores apontam que atualmente a epidemia enfrenta desafios relacionados aos níveis excepcionalmente altos de estigma, discriminação e, certas vezes, negação coletiva (Parker, 2021; Unaid, 2023). O estigma e a discriminação representam um dos principais obstáculos para a prevenção, tratamento, cuidado em relação ao HIV (Unaid, 2023). Pesquisa realizada por meio de uma parceria entre diversas organizações e instituições intitulada "Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/aids – Brasil" avaliou o estigma em uma amostra composta por 1.784 PVHIV e sete capitais brasileiras e os resultados mostraram que 81% dos participantes acham difícil revelar sua infecção pelo HIV a outras pessoas, e que cerca de 64% delas já sofreram algum tipo de estigma ou discriminação pelo fato de viver com HIV/aids (Unaid, 2019).

2.4 O estigma em relação às PVHIV: estereótipo, preconceito e discriminação

A forma como as notícias e campanhas governamentais acerca do HIV/aids eram disseminadas na mídia no início da epidemia induziram o estigma ao relacionar à infecção aos considerados, na época, “grupos de risco”, como *gays* e pessoas que usavam drogas injetáveis, estereotipando e marginalizando os grupos sociais (Barata, 2006; Arraes, 2015). Atualmente, a Organização Mundial da Saúde não utiliza mais o termo “grupo de risco”, mas população-chave, que compreende homens que fazem sexo com homens; pessoas que usam drogas injetáveis; pessoas privadas de liberdade e outros ambientes fechados; trabalhadoras(es) do sexo e seus clientes; pessoas trans (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023).

O conceito de estigma evoluiu ao longo da história, passando por mudanças significativas em sua compreensão e interpretação. A palavra “estigma” deriva do grego antigo “*stigma*”, que se referia originalmente a uma marca física ou tatuagem usada para identificar escravos, criminosos ou pessoas que eram consideradas socialmente indesejáveis. Essas marcas eram frequentemente aplicadas com ferro quente e serviam para rotular e isolar indivíduos que eram percebidos como diferentes ou desviantes (Goffman, 1963).

O conceito de estigma foi ampliado pelo sociólogo Erving Goffman em seu livro “Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada”, publicado em 1963. Segundo o autor, o estigma não se limita apenas a marcas físicas, mas também engloba características, comportamentos ou identidades que eram socialmente desviantes, diferindo do que era considerado “normal” dentro de uma determinada cultura ou sociedade. Goffman (1963) também explicou que a experiência do estigma pode levar a diversos impactos

psicológicos e sociais nos indivíduos estigmatizados, como a negação de oportunidades, discriminação, autoestima prejudicada e isolamento social. Na atualidade, o estigma é reconhecido como um fenômeno complexo e multidimensional que influencia a percepção, o tratamento e as oportunidades oferecidas a pessoas e grupos marginalizados em diversas sociedades ao redor do mundo (Pescosolido; Martin, 2015).

O estigma relacionado ao HIV pode ser definido como depreciação, descrédito e discriminação contra PVHIV (Link; Phelan, 2001). O estigma pode ser classificado com base em sua expressão e em como afeta a saúde individual, podendo se manifestar internamente e/ou externamente. O estigma internalizado é aquele que ocorre no âmbito intrapessoal, como sentimentos de tristeza ou vergonha, e pode resultar na hesitação em buscar assistência (Earnshaw; Chaudoir, 2009). O estigma social se encontra no âmbito interpessoal e é imposto pelas famílias, comunidades e pelo sistema de saúde sobre as PVHIV (Earnshaw; Chaudoir, 2009). Apesar dos esforços mundiais para redução do estigma em relação às PVHIV, a discriminação e o preconceito envolvendo a doença são sentenças de exclusão e isolamento, que, muitas vezes, leva o indivíduo a esconder seu *status* de amigos, familiares e/ou profissionais da área da saúde (Meira et al., 2017).

A manifestação de comportamentos estigmatizantes é definida como uma das principais barreiras para PVHIV acessarem os serviços de saúde (Parker, et al., 2002; Earnshaw; Chaudoir, 2009; Dowshen; Binns; Garofalo, 2009). O estigma, enquanto uma marca distintiva e categorizada, dá origem a formas variadas de discriminação que, em última instância, privam indivíduos/grupos de alcançarem completa aceitação social (Goffman, 1963). O estigma exerce influência sobre os resultados de saúde da população, agravando, minando ou até mesmo impedindo diversos processos, tais como interações sociais, acesso a recursos, níveis de estresse e respostas psicológicas e comportamentais, agravando os problemas de saúde (Stangl et al, 2019).

Estereótipo, preconceito e discriminação

O termo “estereótipo” tem sido utilizado para se referir à imagem típica que vem à mente ao pensar em um grupo social (Lippmann, 1922), refletindo as crenças sobre caracterização de membros típicos de um determinado grupo (Ploner et al., 2008). O estereótipo associado às PVHIV enfoca a perda de peso, magreza, fraqueza e cansaço, características físicas que foram inicialmente destacadas no início da epidemia da aids (Galvão, 2009). Além disso, essas pessoas são frequentemente percebidas como destinadas a enfrentar sofrimento e morte, sujeitas ao isolamento e à tristeza, visto que a aids era considerada uma sentença de morte tanto física quanto social (Galvão, 2009; Antunes et al., 2014).

O preconceito é tipicamente conceituado como uma atitude que, como outras atitudes, tem um componente cognitivo (por exemplo, crenças sobre um grupo-alvo), um componente afetivo (por exemplo, antipatia), e um componente conativo (por exemplo, um componente comportamental predisposição para se comportar negativamente em relação ao grupo-alvo) (Eagly, Diekman, 2005). A discriminação, por sua vez, implica em mais do que simplesmente distinguir os objetos sociais, mas se refere também ao tratamento inadequado e potencialmente injusto de indivíduos de um determinado grupo. A discriminação pode envolver atitudes negativas em relação a um membro de um grupo (Dovidio et al, 2010).

A discriminação e o preconceito em relação às PVHIV surgem como resultado da concepção de que a doença surgiu de uma suposta transgressão das normas sociais. O preconceito, caracterizado pelos julgamentos prévios negativos sobre indivíduos e grupos, contribui para a estigmatização. Esse efeito se manifesta na prática por meio de atitudes discriminatórias, estabelecendo relações desiguais e desfavoráveis em relação ao grupo e seus membros (Allport, 1979).

O estigma, discriminação e preconceito de estudantes e profissionais da saúde representam um dos principais obstáculos para prevenção, tratamento e cuidado de PVHIV. Por isso, compreender a extensão do estigma relacionado a PVHIV é uma prioridade para a definição de ações que busquem sua resolução (Nyblade et al., 2009; Earnshaw; Chaudoir, 2009). Em revisão sistemática, Rueda e colaboradores (2016) observaram que o estigma associado ao HIV é um fenômeno social global, que se manifesta em várias áreas sociais, incluindo ambientes de saúde. Casos de discriminação relacionada ao HIV em ambientes de cuidados de saúde envolvem a recusa de tratamento, realização de testes de HIV sem consentimento, quebra de confidencialidade, atitudes negativas e práticas desrespeitosas por parte dos profissionais da saúde (Chambers et al, 2015). O estigma relacionado ao HIV tem sido associado à angústia emocional, vergonha, depressão, redução da autoestima, comprometimento do funcionamento psicológico, ansiedade, ideação suicida, pior índice de satisfação com a vida, piora da qualidade de vida e estresse (Black et al, 2002; Gee et al, 2005; Hejinders et al, 2006; Elford et al 2008; Carrico et al, 2010).

2.5 Profissionais da saúde e o Cuidado à Pessoa Vivendo com HIV

Os profissionais da saúde têm um papel importante no *continuum* do cuidado às PVHIV, estando envolvidos nos processos de prevenção, testagem e diagnóstico, prescrição de antirretrovirais, acompanhamento da segurança e da efetividade do tratamento, educação em saúde e acompanhamento de comorbidades associadas (Unaid, 2019; Loch et al., 2021). Além

disso, os profissionais da saúde desempenham um papel importante no suporte emocional e psicossocial, ajudando as PVHIV a lidarem com o estigma, ansiedade e preocupações relacionadas à sua condição de saúde (Remien et al., 2019). Para que o cuidado às PVHIV seja efetivo, os profissionais da saúde devem estar desvinculados de estigmas e de outras barreiras que possam interferir no cuidado (Nyblade et al., 2021).

Entretanto, o estigma, a falta de conhecimento, bem como os valores pessoais, julgamentos religiosos e normas socioculturais têm sido associadas a dificuldades e resistência de profissionais da saúde para o cuidado de PVHIV (Santos et al., 2017; Fauk et al., 2021; Pereira, Santos, Pimenta, 2022; Guimarães, Januário, 2022). Revisão sistemática realizada por Geter e colaboradores (2018) observou que, nos Estados Unidos, profissionais da saúde do sexo masculino, de cor branca e sem formação específica para o cuidado de PVHIV apresentam atitudes mais estigmatizantes.

Na prática, o estigma relacionado às PVHIV se materializa de diferentes formas, desde atitudes desdenhosas até a negação de cuidados, o que desencoraja as PVHIV a procurarem os serviços de saúde, incluindo os locais onde ocorre a dispensação de medicamentos (Marchal; De Brouwere; Kegels, 2005; Ekstrand et al., 2013; Bermúdez-Román et al. 2015; Dong et al., 2018; Feyissa et al. 2019). A literatura tem demonstrado que o estigma e a discriminação estão significativamente associados com necessidades de saúde não atendidas (Bermúdez-Román et al., 2015; Winginton et al., 2021).

Churcher (2013) investigou experiências de estigma relacionado ao HIV em ambientes de saúde da Tailândia e observou que o medo da divulgação e a desconfiança na equipe de saúde demonstraram ser preocupações constantes nos pacientes. Ademais, a necessidade de retirar o medicamento na unidade de saúde onde recebeu o diagnóstico constitui uma barreira para o acesso ao tratamento pois, na maioria das vezes, a população-chave era móvel (imigrantes ou profissionais do sexo sem um ponto fixo). Em estudo qualitativo, Senyurek e colaboradores (2021) entrevistaram PVHIV da Indonésia, que descreveram o impacto negativo de receber seu diagnóstico por profissionais da saúde com altos níveis de estigma. Esses profissionais julgaram, de imediato, o comportamento que levou à infecção e chegaram a estimar um tempo máximo de vida. Ademais, os participantes do estudo relataram atitudes discriminatórias durante a procura de serviços médicos, como o excesso de equipamentos de proteção individual ou até mesmo a negação de cuidados.

Em 2019, o Brasil, pela primeira vez, realizou o Índice de Estigma, um inquérito desenvolvido pela Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV, Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com HIV/aids, Federação Internacional de Planejamento Familiar e

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids. O objetivo desse inquérito foi detectar e medir a mudança de tendências em relação ao estigma e à discriminação relacionados ao HIV, a partir da perspectiva das PVHIV. Participaram do inquérito 1.784 PVHIV das cidades de Manaus-AM, Brasília-DF, Porto Alegre-RS, Salvador-BA, Recife-PE, São Paulo-SP e Rio de Janeiro-RJ. Dentre os participantes, 26,5% indicaram que evitaram receber cuidados ou tratamento relativos ao HIV por medo de serem tratadas mal pelos profissionais da saúde ou que seu estado sorológico fosse revelado sem consentimento (Un aids, 2019).

Para redução do estigma entre os profissionais da área da saúde, a literatura destaca a necessidade da incorporação de políticas específicas para nortear e estabelecer diretrizes para o cuidado às PVHIV, bem como a implementação de ferramentas para avaliar os níveis do estigma de profissionais da área da saúde (Nyblade et al., 2009, Stangl et al., 2019). Diante dessa problemática, ações que mapeiam o estigma desempenham um papel importante no desenvolvimento de estratégias eficazes de combate (Zambenedetti; Both, 2013; Caliari et al., 2017). Ao mapear o estigma, é possível identificar os padrões de crenças e comportamentos discriminatórios e compreender as causas subjacentes do estigma, como desinformação, medo do desconhecido, estereótipos negativos e falta de empatia. Identificar essas causas é o primeiro passo para a criação de campanhas de conscientização e programas educacionais, que ajudam a desfazer estereótipos e fornecer informações corretas, o que contribui para a redução do estigma (Leão et al., 2021).

2.6 Instrumentos de avaliação do estigma entre estudantes e profissionais da área da saúde

A mensuração do estigma relacionado ao cuidado às PVHIV em profissionais da saúde é um esforço que existe há pelo menos quatro décadas (Pleck et al., 1988; Earnshaw; Chaudoir, 2009). Os primeiros instrumentos desenvolvidos para avaliar o estigma de profissionais da saúde tinham foco, principalmente, em profissionais de enfermagem, que realizavam processos que exigiam contato direto com PVHIV (Harrison; Fusilier; Worley, 1994; Preston et al, 1995; Froman; Owen, 1997). A seguir serão apresentadas as escalas desenvolvidas nos últimos anos para avaliar o estigma de estudantes e profissionais da área da saúde (Marshall et al., 2017).

A “Escala de Estigma do HIV/aids” foi desenvolvida por Varaz-Díaz e Neilands (2009) para avaliar o estigma de profissionais da saúde porto-riquenhos (Medicina, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social). A escala possui 44 itens, distribuídos entre 12 fatores: medo da infecção, emoções associadas ao HIV/aids, proximidade da morte, PVHIV como vetores de infecção, falta de produtividade das PVHIV, características pessoais das PVHIV que promovem a infecção, necessidade de controlar as PVHIV, direitos das PVHIV, sinais corporais de

HIV/aids, responsabilidade sobre a infecção, obrigação de PVHIV em revelar o estado sorológico e a influência de fatores estruturais na infecção pelo HIV. A estrutura fatorial foi avaliada por meio da análise fatorial confirmatória e a escala apresentou confiabilidade aceitável ou excelente para a maioria das subescalas.

Nyblade e colaboradores (2013) propuseram uma escala para avaliar o estigma de trabalhadores de unidades de saúde dos Estados Unidos. A escala contém dezoito itens, que englobam os seguintes fatores: preocupação com a transmissão do HIV, atitudes em relação às PVHIV, ambiente das unidades de saúde e o estigma promulgado (comportamentos específicos, por exemplo, negação de cuidados às PVVH). A escala também foi utilizada em outros países, como China, Dominica, Egito, Quênia, Porto Rico e São Cristóvão e Névis (país localizado no Caribe). A escala apresentou boas propriedades psicométricas, sendo uma escala curta e padronizada, entretanto possui limitações metodológicas quanto à seleção das amostras durante o processo de validação. A escala tem sido replicada em países como o Cazaquistão, República Dominicana e Tanzânia (Budhwani et al, 2022; Iskakova et al, 2022; Watt et al, 2023).

Em 2014, Wagner e colaboradores (2014) desenvolveram o “*Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale*” a partir de dados obtidos em um grupo focal e estrutura de estigma elucidada por Earnshaw e Charoier (2009). Essa estrutura subdivide o estigma em três domínios: preconceito, discriminação e estereótipo. A discriminação, refere-se a expressões comportamentais de preconceito direcionadas às pessoas vivendo com HIV (Allport, 1979); o preconceito, sendo as emoções e sentimentos negativos, como nojo, raiva e medo em relação à essa população (Alport, 1979; Brewer, 2007); e, por fim, os estereótipos, que são definidos como crenças generalizadas e frequentemente errôneas que são aplicadas a indivíduos específicos que vivem com HIV/aids (Kanahra, 2006).

O HPASS é composto por 30 itens, distribuídos em três fatores: preconceito (13 itens), estereótipo (11 itens) e discriminação (6 itens). Essa estrutura fatorial foi avaliada por meio de análises fatoriais exploratória e confirmatória, cujos índices de ajuste indicaram a adequação do modelo. Cada item da escala deve ser respondido através de escala Likert de 6 pontos, variando de discordo totalmente a concordo totalmente. O HPASS tem sido utilizado para mensurar o estigma entre estudantes e profissionais da saúde e tem sido amplamente utilizada em todo o mundo, apresentando excelente consistência interna e estabilidade em outros idiomas e culturas, tais como o chinês, espanhol e árabe, demonstrando, em todos os idiomas, propriedades psicométricas satisfatórias (Wagner et al., 2014; Xie et al. 2019; Aziz; Badahdah; Mohammed, 2021; Levya-moral et al., 2020).

No contexto brasileiro, o uso de instrumentos de mensuração do estigma tem sido relatado com foco nas PVHIV e nas populações-chave, mas não foram identificados instrumentos que possam mensurar o estigma de estudantes e profissionais da área da saúde (Luz et al., 2020; Cruz et al., 2021; Brandelli-costa et al., 2022). Diante da ausência de instrumentos que avaliam o estigma por estudantes e profissionais da saúde, a validação do HPASS para os profissionais de saúde no contexto brasileiro entrega um artifício inovador para a mensuração do estigma. Ao final desse estudo, espera-se disponibilizar uma escala com evidências de validade para avaliação do estigma entre estudantes da área da saúde.

2.7 Antecedentes da dissertação

O Laboratório de Inovação para o Cuidado em Saúde (Linc) foi estabelecido na Universidade Federal do Espírito Santo em 2022, sob coordenação dos professores Dr. Dyego Carlos Araújo e Dra. Kérlin Rocha, com a finalidade de desenvolver soluções inovadoras para o ensino na área da saúde e para o cuidado ao paciente, por meio do ensino, da pesquisa e da extensão. O Linc tem desenvolvido projetos de pesquisa e extensão em duas grandes linhas: saúde mental e cuidado em HIV.

O cuidado às pessoas vivendo com HIV foi a primeira linha de pesquisa a ser implementada no laboratório, em 2022, cuja criação foi motivada pelo processo de implementação da Farmácia Universitária do curso de Farmácia da Ufes, que é responsável por dispensar medicamentos antirretrovirais. Nessa perspectiva, foram iniciados quatro projetos de iniciação científica (2022-2023), sendo um deles associado a este projeto de mestrado, a saber:

- Adaptação transcultural para o português do Brasil e avaliação das evidências de validade baseadas no conteúdo do “*Healthcare Provider HIV/AIDS Stigma Scale*”, do discente Paulo Vitor Ramos Vitori.
- Desenvolvimento de um glossário didático à luz da acessibilidade textual e terminológica sobre medicamentos antirretrovirais para pessoas vivendo com HIV, da discente Bruna Lopes Antonucci.
- Avaliação do conhecimento e do estigma de pessoas vivendo com HIV, da discente Ruthieli Santos Neves.
- Estigma de estudantes de Farmácia em relação às pessoas vivendo com HIV: uma revisão de escopo, da discente Maria Clara Silva dos Santos.

Os desdobramentos destes projetos somaram 11 resumos publicados em Anais de congressos nacionais e internacionais, três premiações (Menção Honrosa) em congressos, a

publicação de um capítulo de livro e a apresentação de um trabalho de conclusão de curso. A partir destes trabalhos pioneiros, outros trabalhos foram e têm sido desenvolvidos com o objetivo de contribuir com os esforços de combate à epidemia do HIV e promover cuidados mais efetivos e livres de estigmas às pessoas vivendo com HIV.



Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Validar a “*Health Care Provider HIV/aids Stigma scale*” para uso entre estudantes nativos portugueses da área da saúde do Brasil.

3.2 Objetivos específicos

- Adaptar transculturalmente a “*Health Care Provider HIV/aids Stigma scale*” para o português do Brasil;
- Avaliar as evidências de validade baseadas no conteúdo da versão brasileira da escala “*Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale*”;
- Avaliar propriedades psicométricas da versão brasileira da “*Health Care Provider HIV/aids Stigma Scale*”.



Artigo Científico

4 ARTIGO CIENTÍFICO

Brazilian version of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale: cross-cultural adaptation and psychometric evaluation among healthcare students

Paula Gonçalves Ribeiro

Graduate Program in Pharmaceutical Sciences, Laboratory for Innovation in Health Care, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil

ORCID: 0009-0008-1426-6279

Paulo Vitor Ramos Vitori

Laboratory for Innovation in Health Care, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil

ORCID: 0009-0007-4412-563X

Maria Clara Silva dos Santos

Laboratory for Innovation in Health Care, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil

ORCID: 0009-0003-2448-1347

Yohan Cancilheri Mazzini

Graduate Program in Pharmaceutical Sciences, Laboratory for Innovation in Health Care, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil

ORCID: 0009-0004-2207-5414

Genival Araujo dos Santos-Junior

Graduate Program in Pharmaceutical Sciences, Research Group on Implementation and Integration of Clinical Pharmacy Services in Brazilian Health System (SUS), Department of Pharmacy and Nutrition, Federal University of Espírito Santo, ES, Alegre, Brazil

ORCID: 0000-0002-5618-1846

Kérlin Stancine Santos Rocha

Graduate Program in Pharmaceutical Sciences, Laboratory for Innovation in Health Care, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil

ORCID: 0000-0002-2313-2140

Thiago Silva Torres

National Institute of Infectious Diseases Evandro Chagas, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil

ORCID: 0000-0002-5852-7134

Dyego Carlos Souza Anacleto de Araújo*

Graduate Program in Pharmaceutical Sciences, Laboratory for Innovation in Health Care, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil

ORCID: 0000-0001-6631-465X

***Corresponding author**

E-mail: dyego.araujo@ufes.br/ dyegocarlosa@gmail.com

Statements and Declarations

Conflict of interest: Authors declare they do not have any competing interests.

Ethics approval: The study was approved by Ethics Committee of the Federal University of Espírito Santo, Vitória - ES (CAAE: 59670422.8.0000.5060).

Consent to participate: All the study's participants signed an informed consent about the research.

Consent for publication: Not applicable.

Funding

PGR was supported by Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES). TST was supported by Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) and Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Abstract

We aimed to validate the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS) among healthcare students in Brazil. The validation process occurred in three phases from August 2022 to July 2023: translation and cross-cultural adaptation; content validity assessment involving four experts; and evaluation of psychometric properties with 553 healthcare students from the Federal University of Espírito Santo. We used exploratory factor analysis and convergent validity for structural validation. The average scale content validity index was 0.90, while the evaluation of validity evidence based on the internal structure indicated a robust explanatory model. Parallel analysis indicated that the scale is composed by two dimensions: "Discrimination/Prejudice" and "Stereotype"; the composite reliability values for these dimensions were 0.96 and 0.85, respectively. The Brazilian version of HPASS has shown to be a simple, reliable, and psychometrically valid measure to quantify HIV stigma among healthcare students who speak Brazilian Portuguese.

Keywords Stigma. HIV. Cross-cultural validation. Scale. Healthcare students.

Resumen

El objetivo de este estudio fue validar la "Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale" (HPASS) entre estudiantes de salud en Brasil. El proceso de validación se llevó a cabo en tres etapas: traducción y adaptación transcultural; evaluación de la validez de contenido; y evaluación de las propiedades psicométricas con estudiantes de salud de la Universidad Federal de Espírito Santo. El índice de validez de contenido promedio de la escala fue de 0.90, mientras que la evaluación de la evidencia de validez basada en la estructura interna indicó un modelo explicativo sólido. El análisis paralelo indicó que la escala está compuesta por dos dimensiones: "Discriminación/Prejuicio" y "Estereotipo". La versión brasileña de HPASS ha demostrado ser una medida simple, confiable y psicométricamente válida para cuantificar el estigma del VIH entre estudiantes de salud que hablan portugués brasileño.

Introduction

Access to more effective antiretroviral medications and healthcare reduced HIV (Human Immunodeficiency Virus) infection to a chronic health condition [1–3]. Furthermore, people living with HIV (PLHIV) who continue taking medication as prescribed and have undetectable HIV viral load cannot transmit HIV to their sexual partner(s) [4]. Despite these advancements, the stigma experienced by students and healthcare professionals regarding PLHIV can serve as a potential barrier to establishing effective patient-provider relationships [5].

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) has defined HIV-related stigma as “negative beliefs, feelings and attitudes towards PLHIV, groups associated with PLHIV (e.g., families of people living with HIV), and other key populations at higher risk of HIV infection, such as people who inject drugs, sex workers, men who have sex with men, and transgender people” [6]. HIV-related stigma is present in different situations, from dismissive attitudes to refusal of care, which discourages PLHIV from seeking healthcare services [7–10]. HIV-related stigma among students and healthcare professionals has been associated with insufficient knowledge about HIV, the fear of acquiring the virus through interactions with PLHIV and key populations, and religious beliefs [11–13]. In this sense, instruments have been developed in recent decades to measure HIV-related stigma among students and healthcare professionals [11,14,15].

The "Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale" (HPASS) was originally developed by Wagner and colleagues (2014) to assess stigma among English-speaking primary healthcare professionals in Canada [16]. The HPASS has also been used to assess stigma among healthcare students [13,17,18]. The original version of HPASS comprises 30 items divided into three domains: discrimination as a behavioral response to PLHIV; prejudice as an emotional attitude; and stereotype as a negative belief about PLHIV. This instrument has been used in other non-English-speaking countries, such as Spain, Colombia, Peru, Egypt, and China [19–21]. The HPASS has demonstrated satisfactory psychometric properties [16,19–21].

In Brazil, HIV-related stigma among students and healthcare professionals is still underexplored, and no validated instruments that enable its assessment is available. In this context, this study aims to culturally adapt the HPASS to Brazilian Portuguese and evaluate its validity evidence among healthcare students from a large University in Southeast Brazil.

Methods

Study design

We conducted a cross-cultural adaptation and validation of the HPASS during August 2022 to July 2023 in three phases: 1) translation and cross-cultural adaptation, 2) content validity, and 3) evaluation of psychometric properties.

Phase 1: translation and cross-cultural adaptation

We performed translation and adaptation of the HPASS into Brazilian Portuguese in multiple steps, following the procedure outlined by Borsa, Damásio, and Bandeira (2012) [22].

Translations and synthesis of HPASS

The translation from English to Brazilian Portuguese was performed by two bilingual professionals (T1 and T2), one of which was an expert in HIV-related stigma field. They were instructed to focus on capturing the meaning of the scale considering Brazilian context rather than adhering strictly to the literal expressions within the text. Subsequently, based on the two translated versions, the study team created a new translated version (T12).

Expert Evaluation of Synthesis

A panel of seven members, including an English teacher, three experts in validation studies, and three members of the study team, compared the original and the translated versions (T1, T2 and T12). They assessed the semantic, idiomatic, cultural, and conceptual compatibility, aiming to create a unified version of the instrument (T3) [23].

Evaluation by the target population

We evaluated the comprehension and clarity of the translated version among 20 healthcare students. This step also aimed to identify and correct errors and discrepancies in meaning. Students were recruited from the five administrative regions of Brazil through invitations sent through WhatsApp®, which included a link to access the questionnaire programmed on Google forms®. Students from the following undergraduate programs participated: biomedical sciences (n=1), nursing (n=1), pharmacy (n=2), physiotherapy (n=2), speech therapy (n=1), medicine (n=9), nutrition (n=1), dentistry (n=2), and occupational therapy (n=1). Students were encouraged to propose more comprehensible sentences/terms if they

encountered uncertainties or challenges. These suggestions were then forwarded to the researchers to evaluate a potential item reformulation.

Back-translation

A North American native translator, bilingual in English and Portuguese, who was not familiar with the original version of the instrument, performed the back translation of HPASS into English. The author of the instrument evaluated the back-translated version to assess the equivalence of the proposed translated version.

Phase 2: content validity

Independent experts were asked to evaluate the Brazilian version of the HPASS, to determine the content validity of the instrument. The independent experts participating in this committee were identified through searches on Google Scholar, being authors of studies conducted in Brazil about HIV-related stigma. Then, an evaluation of their curriculum was conducted to verify their academic background and other scientific publications. The eligibility of the researcher to act as a judge was assessed through an adaptation of the model proposed by Fehring (1994)[24]. A minimum score of five points was required to warrant selection. We selected four experts to review the contents of the scale: one physician, one pharmacist, one dentist, and one nurse. All experts had PhD degree and over 10 years of experience in HIV field ($16,75 \pm 5,37$ years).

An electronic assessment form (Google Forms® platform), which remained opened for 30 days, was sent to the experts via email. The experts were instructed to record their scores on a 5-point Likert scale, ranging from (1) “strongly disagree” to (5) “strongly agree”. They were asked to rate each item on the following criteria: language clarity (i.e., the language is clear, understandable, and appropriate for the target population), practical pertinence (i.e., the item assesses a concept that is of interest to the target population), and theoretical relevance (i.e., the relevance between the items and the underlying theory)[25]. When the expert rated the item with a value of 3 or less on the Likert scale, they were invited to provide suggestions for improving the item.

Based on the evaluations, we calculated the Content Validity Coefficient (CVC) for each item and the entire instrument. The cutoff point adopted to represent satisfactory levels of clarity, practical relevance, and theoretical relevance was $CVC \geq 0.80$ for each item, as well

as for the entire instrument [26]. We retained all items since all of them were found to be clear and relevant to Brazilian healthcare students. The experts also provided formative feedback in their written comments. Their feedback was discussed among the research team and subsequently incorporated into the final Brazilian version of the HPASS.

Phase 3: Evaluation of psychometric properties

Participants

A convenience sample of undergraduate healthcare students (Dentistry, Pharmacy, Medicine, or Nursing) from the Federal University of Espírito Santo (Vitória and Alegre, Espírito Santo, Brazil) were invited to complete the Brazilian version of the HPASS between June 2023 and July 2023. Calculated sample size was 450, considering that a minimum of 15 respondents per item is required for the psychometric evaluation of the instrument.

Instruments

Brazilian Version of the HPASS adapted and validated by the study team. This scale measures HIV-related stigma among healthcare students. The HPASS consists of 30 items, which are distributed into these three dimensions: discrimination (6 items; a behavioral response to PLHIV), prejudice (13 items; an emotional attitude operationally) and stereotypes (11 items; a negative belief in relation to PLHIV). Participants were asked to indicate their level of agreement with each item using a 6-point Likert scale ranging from 1 (“strongly disagree”) to 6 (“strongly agree”). Total scores ranged from 30 to 180, with lower scores indicating low levels of HIV-related stigma [16] (See Appendix).

Short-Form Measures of the HIV/AIDS Knowledge Assessment Tool. This scale was developed and validated to assess knowledge about HIV/AIDS in the Brazilian context. The instrument comprises twelve statements with objective responses of "true," "false," or "I don't know." The instrument encompasses statements designed to assess knowledge about HIV, its transmission, treatment, and prevention. The scoring for correct answers ranges from 0 to 12, with higher scores indicating greater knowledge. This scale was used to assess the relationship between HIV/AIDS knowledge and HIV-related stigma in Brazil [27,28]

The Duke Religiosity Scale (P-DUREL). The P-DUREL was developed by Koenig et al., 1997, and adapted and validated for Brazilian Portuguese by Lucchetti et al. (2012) and

Taunay et al. (2012) [29–31]. This five-item scale measures three of the main dimensions of religious involvement in the context of health. These dimensions are organizational religiosity (religious meetings), non-organizational religiosity (private religious activities, such as prayer, meditation and reading), and intrinsic religiosity (seeking to internalize and experience religiosity). The first two dimensions are evaluated through a 6-point Likert scale. The third dimension is evaluated through a 5-point Likert scale. We used an overall measure by summing the scores from the three dimensions of the DUREL, following previous studies [32–34]. Total score ranges from 5 to 27, with higher scores indicating higher religiosity [29].

Data analysis

Evaluation of validity evidence based on the internal structure

Exploratory factor analysis (EFA). Since this is the first study to examine the psychometric properties of the Brazilian version of the HPASS using a sample of healthcare students, its construct validity was first tested using an exploratory methodology to identify the underlying theoretical dimensions. EFA was conducted using Factor (version 10.9.02)[35] the weighted least squares mean, variance adjusted extraction method, and robust promax rotation [36,37]. The robustness of the test was determined using bootstrapping (samples = 5000). The factorability of the instrument was examined using the following criteria: the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy (> 0.60) and Bartlett's test of sphericity ($p < 0.05$) [38,39].

The number of dimensions retained was determined by computing parallel analysis with permutations of sample values[40]. This analysis is one of the most robust and accurate means of testing dimensionality [41]. When an item exhibited a high factorial loading in multiple dimensions, Pratt's correlation and content-based validity evidence were employed to determine the most appropriate [42]. The quality and effectiveness of the factor solution were evaluated based on the Factor Determinacy Index (FDI > 0.90) and Expected Percentage of True Differences (EPTD $> 90\%$) [43]. The distribution of the residuals was evaluated by inspecting the Weighted Root Mean Square Residual (WRMSR); values under 1.0 are indicative of a good fit [44].

The following criteria were adopted to evaluate the good fitness of EFA model: Comparative Fit Index (CFI) ≥ 0.95 , goodness of fit index (GFI) ≥ 0.95 , Non-Normed Fit Index (NNFI) ≥ 0.95 , Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) ≤ 0.08 , $p > 0.05$, and root mean square of residuals ≤ 0.8 [45–47]. The internal consistency of the adapted HPASS was examined by composite reliability. Values that are ≥ 0.70 , ≥ 0.80 , and ≥ 0.90 are indicative of acceptable, good, and excellent internal consistency respectively [48]

Construct replicability was evaluated by the Generalized H (G-H) index. The H index evaluates how well a set of items represents a common factor. It is bounded between 0 and 1 and approaches unity as the magnitude of the factor loadings and/or the number of items increase. High H values (> 0.80) suggest a well-defined latent variable, which is more likely to be stable across studies [43].

Assessment of validity evidence based on the relationship with other variables

Pearson's correlation analysis was conducted to examine the convergent validity of the adapted HPASS with the HIV/AIDS Knowledge Scale and the Duke Religiosity Scale. We expected a moderate negative correlation between the adapted HPASS and HIV/AIDS Knowledge scores, and a positive correlation with The Duke Religiosity Scale, according to our hypothesis. Religiosity has shown to be associated with HIV-related stigma as some religion followers may discriminate against behaviors, they deem to be related to HIV transmission [49].

Ethical considerations

This study was conducted following the ethical principles outlined in Resolution 466/12 of the National Board of Health (Brazil) and it was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Espírito Santo, Vitória - ES (CAAE: 59670422.8.0000.5060). Written and oral information about the purpose of the study was provided to each participant. Participation in the study was voluntary and anonymous. Participants received no compensation to participate in the study. Written informed consent was obtained from the participants prior to data collection.

Results

Phase 1: translation and cross-cultural adaptation

In the process of cross-cultural adaptation, certain terms from the original scale were replaced: "HIV+ patients" to "people living with HIV," "sexual partners" to "sexual partnerships," "present a threat to my health" to "present a risk to my health," and "acquired the virus" to "infected by the virus" (Table 1).

During the evaluation stage, the target population (healthcare students) suggested changes to items 7, 20, and 25, which were implemented by the study team. The author of HPASS agreed with most of the items of the back-translation version, except for items 17 and 19. These items were modified by the study team, and the Brazilian version was deemed satisfactory by the author of the original scale.

Phase 2: content validity

The scale content-based validity evidence received favorable assessments. CVC for the entire scale was 0.90. Most items had CVC > 0.80, except items 17 and 20. However, the study team decided not to change these items because the suggestion proposed by the experts would change the meaning of the items.

Phase 3

Participants

We included 553 participants, aged 18 to 39 years (M= 22.6, SD= 3.1). Among them, 39.8% (n= 220) were Pharmacy students, 21.7% (n= 120) Medicine students, 12.7% (n= 70) Nursing students, and 25.9% (n= 143) Dentistry students. A total of 70.2% (n= 388) self-identified as cisgender women, 28.6% (n= 158) cisgender men, 0.2% (n= 1) transgender men, 0.4% (n= 2) *travesti*, 0.2% (n= 1) transgender women, 0.2% (n= 1) non-binary person, and 0.2% (n= 1) preferred not to answer. For sexual orientation, 72.7% self-identified as heterosexual (n= 399), 16.6% bisexual (n= 91), 8.7% homosexual (n= 48), 0.5% (n= 3) asexual, 1.1% (n= 6) pansexual, and 0.5% (n= 3) other. More than half were white (303; 54.8%), 34.5% (n= 191) were pardo, and 8.9% (n= 49) were black.

Table 1 - Factor structure of the HPASS

	Original item	Translated item	Factor 1: Discrimination and Prejudice	Factor 2: Stereotype
Item 14	I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients to protect myself.	Acredito que tenho o direito de me recusar a atender pessoas vivendo com HIV para me proteger.	0.971	-0.187
Item 7	I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients if other staff members are concerned about safety.	Se as pessoas da equipe de saúde estiverem preocupadas com a sua segurança, acredito que tenho o direito de me recusar a atender pessoas vivendo com HIV.	0.963	-0.180
Item 3	I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients for the safety of other patients.	Acredito que tenho o direito de me recusar a atender uma pessoa vivendo com HIV pela segurança dos outros pacientes.	0.884	-0.138
Item 11	I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients if I feel uncomfortable.	Eu acredito que tenho o direito de me recusar a atender pessoas vivendo com HIV se eu me sentir desconfortável.	0.869	-0.176
Item 6	HIV+ patients present a threat to the health of other patients.	Pessoas vivendo com HIV representam um risco à saúde de outros pacientes.	0.783	-0.019
Item 8	I would avoid conducting certain procedures on HIV+ patients.	Eu evitaria realizar alguns procedimentos em pessoas vivendo com HIV.	0.779	-0.029
Item 22	HIV+ patients make me uncomfortable.	Atender pessoas vivendo com HIV me deixa desconfortável.	0.762	0.043
Item 26	I would feel uncomfortable knowing one of my colleagues is HIV+.	Eu me sentiria desconfortável em saber que um dos meus colegas de trabalho vive com HIV.	0.751	0.156
Item 12	I would rather not come into physical contact with HIV+ patients.	Eu prefiro não ter contato físico com pessoas vivendo com HIV.	0.740	0.058
Item 5	HIV+ patients present a threat to my health.	Pessoas vivendo com HIV representam um risco à minha saúde.	0.734	0.059
Item 24	It is a little scary to think I have touched HIV+ patients.	É um pouco assustador pensar que toquei em pessoas vivendo com HIV.	0.713	0.101
Item 25	I worry that universal precautions are not good enough to protect me from HIV+ patients.	Eu me preocupo que as medidas de prevenção conhecidas não sejam boas o suficiente para me proteger do HIV durante o atendimento de pessoas vivendo com HIV.	0.665	-0.097

Table 1 - Factor structure of the HPASS

Item 23	I would be hesitant to send HIV+ patients to get blood work done due to my fear of others' safety.	Eu hesitaria em encaminhar pessoas vivendo com HIV para realizarem exames de sangue devido ao meu receio em relação à segurança dos outros.	0.652	0.057
Item 18	I would rather see an HIV-negative patient than see an HIV+ patient with non-HIV-related concerns.	Prefiro tratar os problemas de saúde em pessoas que não vivem com HIV em vez de tratar o mesmo problema em pessoas vivendo com HIV.	0.643	0.140
Item 17	I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients if I am concerned about legal liability.	Eu acredito que tenho o direito de me recusar a tratar pessoas vivendo com HIV se eu estiver preocupado com o risco de ser processado por realizar um procedimento de forma negligente.	0.610	-0.059
Item 30	It would be hard to react calmly if a patient tells me he or she is HIV+.	Eu teria dificuldade em reagir calmamente se um(a) paciente me dissesse que vive com HIV.	0.578	0.150
Item 13	I would want to wear two sets of gloves when examining HIV+ patients.	Gostaria de usar dois pares de luvas ao examinar pessoas vivendo com HIV.	0.574	-0.034
Item 20	I worry about contracting HIV from HIV+ patients.	Eu me preocupo se vou me infectar com o HIV durante o atendimento de pessoas vivendo com HIV.	0.467	0.019
Item 15	I would be comfortable working alongside another health care provider who has HIV.	Eu me sentiria confortável em trabalhar com outro profissional de saúde que vive com HIV.	-0.595	-0.002
Item 28	I tend to think that HIV+ patients do not share the same values as me.	Costumo pensar que pessoas vivendo com HIV não compartilham dos mesmos valores que os meus.	0.358	0.376
Item 1	I believe most HIV+ patients acquired the virus through risky behavior.	Acredito que a maioria das pessoas vivendo com HIV se infectou com o vírus através de comportamento de risco.	-0.266	0.670
Item 2	I think HIV+ patients have engaged in risky activities despite knowing these risks.	Acho que as pessoas vivendo com HIV tiveram comportamento de risco apesar de conhecerem estes riscos.	-0.136	0.652
Item 4	I think people would not get HIV if they had sex with fewer people.	Acho que as pessoas não se infectariam com HIV se tivessem relações sexuais com menos pessoas.	0.228	0.376
Item 9	I think if people act responsibly they will not contract HIV.	Eu acho que se as pessoas agirem com responsabilidade elas não se infectarão com o HIV.	-0.030	0.479
Item 10	HIV+ patients tend to have numerous sexual partners.	Pessoas vivendo com HIV tendem a ter muitas parcerias sexuais.	0.091	0.503

Table 1 - Factor structure of the HPASS

Item 16	I think many HIV+ patients likely have substance abuse problems.	Eu acho que muitas pessoas vivendo com HIV provavelmente têm problemas com abuso de substâncias.	0.092	0.449
Item 19	HIV+ patients should accept responsibility for acquiring the virus.	Pessoas vivendo com HIV devem aceitar a responsabilidade por terem se infectado com o vírus.	0.041	0.373
Item 21	I often think HIV+ patients have caused their own health problems.	Geralmente, eu acho que pessoas vivendo com HIV causaram seus próprios problemas de saúde.	0.085	0.607
Item 27	HIV+ patients who have acquired HIV through injection drug use are more at fault for contracting HIV than HIV+ patients who have acquired HIV through a blood transfusion.	Pessoas vivendo com HIV infectadas através do uso de drogas injetáveis são mais culpadas por contraírem HIV do que aquelas que se infectaram através de transfusão sanguínea.	-0.111	0.817
Item 29	HIV+ patients who have acquired HIV through sex are more at fault for contracting HIV than HIV+ patients who have acquired HIV through a blood transfusion.	Pessoas vivendo com HIV infectadas através de relações sexuais são mais culpadas por contraírem HIV do que aquelas que se infectaram através de transfusão sanguínea.	-0.193	0.936

Evaluation of validity evidence based on the internal structure

Bartlett's test of sphericity ($\chi^2 = 6230.4$, $df = 435$, $p < 0.001$) and the KMO statistic test (0.90) results supported the suitability of employing factor analysis (Table 2). Parallel analysis showed that the scale was composed of two dimensions, accounting for F1= 42.08% and F2= 9.92% of variance, which indicated a robust explanatory model.

EFA results supported the proposed two-dimensional structure of the scale and suggested that no adjustments were necessary. The model fit indices were as follows: CFI= 0.98, RMSEA= 0.059, with a 90% confidence interval of 0.054 to 0.061. The NNFI indicated a 98% improvement in the fit of the 2-factor model when compared to the null model, aligning with results from the other index (Table 2). Other calculated metrics presented good values and support the accuracy of the model (Table 2). The Composite Reliability for the two factors were 0.96 (Discrimination/Prejudice) and 0.85 (Stereotype) (Table 2).

Table 2. Summary of the model characteristics

Exploratory Factor Analysis	Adequacy of correlation matrix	Bartlett	6230.4 (df=435) ^a
		Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0.90
	Dimensions (Parallel analysis)		2
	Explained Variance		F1: 42.08% F2: 9.92%
	Quality and effectiveness of factor score estimates	Factor Determinacy Index (FDI)	F1: 0.98 F2: 0.95
		Expected percentage of true differences (EPDT)	F1: 96.5% F2: 92.5%
	Distribution of residuals	Weighted Root Mean Square Residual (WRMR)	0.0642
	Non-Normed Fit Index (NNFI)		0.98
	Comparative Fit Index (CFI)		0.98
	Goodness of Fit Index (GFI)		1

Table 2. Summary of the model characteristics

	Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)- [C.I. 90%]	0.059 [0.054-0.061] ^b
	Root Mean Squared Residual (RMSR)	0.066
Construct replicability	H-Latent	F1: 0.96 F2: 0.90
	H-Observed	F1: 0.94 F2: 0.93
Composite Reliability	Factor 1	0.96
	Factor 2	0.85

^a $p < 0.0001$; ^b $p = 1$

During the EFA, it was observed that 19 items loaded onto F1 (discrimination/prejudice), while 10 items loaded onto F2 (stereotypy). Furthermore, item 28 exhibited factor loadings above 0.3 for both factors (Table 1). The Communality-Standardized Pratt's measures also showed similar values for both factors (F1= 0.48; F2= 0.52). Therefore, the study team decided to maintain the item 28 in Factor 2, considering the content-based evidence.

Assessment of validity evidence based on the relationship with other variables

The mean score for discrimination/prejudice was 34.53 (SD 13.27), and the mean score for stereotypes was 28.18 (SD 8.32) (Table 3). We found a statistically significant correlation between knowledge about HIV/AIDS and the subscale stereotype (Pearson's $r = -0.10$; $p = 0.001$). Religiosity showed significant correlation with both subscales of HPASS, Discrimination/Prejudice (Pearson's $r = 0.18$; $p < 0.01$) and Stereotype (Pearson's $r = 0.11$; $p = 0.01$). All correlations were considered weak (Table 4).

Table 3 – Descriptive statistics for the scales

Scales	Min	Max	Mean	Standard Deviation
Discrimination/Prejudice (Range 19-114)	19	106	34.53	13.27
Stereotype (Range 11-66)	11	65	28.18	8.32
Knowledge about HIV/AIDS (Range 0-12)	3	12	10.05	1.65
Religiosity (Range 5-27)	5	27	16.18	7.05

Table 4 - Pearson's correlation between the factors of the Brazilian version of the HPASS, knowledge about HIV/AIDS, and religiosity

	Discrimination/Prejudice	Stereotype
Discrimination/Prejudice	-	r= 0.40*
Stereotype	r= 0.40*	-
Knowledge about HIV/AIDS	r= -0.08	r= -0.10*
Religiosity	r= 0.18*	r= 0.11*

* p ≤ 0.01

Discussion

The Brazilian version of the HPASS demonstrated satisfactory validity evidence based on content, internal structure, and its relationship with other scales, as well as high reliability. The translated version was refined based on feedback from a panel of experts. Its psychometric properties were assessed using rigorous and advanced data analysis techniques. The Brazilian version of the HPASS was found to be reliable and valid for the sample of healthcare students, resulting in a measure adapted to the local culture, easily comprehensible, clear, and relevant. The adapted HPASS can be used for educational and research purposes to self-evaluate stigmatizing attitudes, beliefs and behaviors among healthcare students and assess the impact of interventions.

During the cross-cultural adaptation, we replaced the term "HIV+ patient" with "person living with HIV". PLWH prioritizes the individual over the virus, while "HIV+ patients" reduce individuals to a diagnosis, which contributes to the stigmatization of this population. (UNAIDS, 2017) [50,51]. Despite these recommendations, many researchers in HIV field do not use person-centered language in their publications [52] We emphasize the importance of strengthening the use of less stigmatizing terms in all communication spaces, including scientific publications.

The Brazilian version of the scale exhibited two factors (Discrimination/Prejudice and Stereotype), a different factorial structure from that observed in the literature. In our study, the items related to the Discrimination and Prejudice factors were grouped into a single factor during EFA analysis, whereas the original version and the translated and adapted versions for China, Egypt, the United States, and South American countries (Colombia and Peru)

showed three factors (Discrimination, Prejudice, and Stereotype) [16,19–21]. This difference may be related to the retention methods used. Wagner et al. (2014) used the eigenvalue > 1 criterion to determine the number of factors to be retained during the development of the original scale [16]; however, studies have pointed out that this technique tends to overestimate the number of factors[53]. Other studies do not explore the number of factors in adapted versions or do not describe the factor retention method used [19,20,54]. Our study employed the parallel analysis method, considered to be one of the most robust and accurate means of testing dimensionality [55–58]. Furthermore, the authors of the original scale also found a high inter-factor correlation between “prejudice” and “discrimination” ($r = 0.696$, $p < 0.001$), indicating that these two factors possibly measure the same phenomenon [16].

Regarding validity evidence, a significant correlation was observed between the Stereotype with knowledge about HIV/AIDS and the domains of religiosity in our study, corroborating other studies [12,21,49,59]. Despite the significance of correlations, it is important to note that the effect size for the correlation test was weak. Future studies should investigate correlation with other scales that assess similar phenomena or have been previously described in the literature.

The composite reliability and construct replicability analysis of the Brazilian version of HPASS indicated excellent internal consistency and high factor stability. The original scale and the cross-culturally adapted scale for China and Egypt also demonstrated satisfactory internal consistency on the prejudice subscale (Cronbach’s $\alpha = 0.86$ - 0.91), stereotypes subscale (Cronbach’s $\alpha = 0.74$ - 0.87), the discrimination subscale (Cronbach’s $\alpha = 0.89$ - 0.917) [16,19,20]. Future studies with the Brazilian version of the HPASS could conduct additional stability analyses, such as a test-retest, to assess whether the scale yields consistent results when the same questions are posed to a group of participants at two different time points.

This study has limitations. Our study was conducted at a single center using a convenience sample of healthcare students from Espírito Santo, Brazil, limiting the generalizability of the results. Furthermore, we did not include healthcare professionals. As strength of this study,

we included a large and diverse sample of students from different undergraduate health courses in a large public university from Brazil.

Conclusion

In summary, the Brazilian version of HPASS is a psychometrically valid measure of HIV-related stigma for healthcare students who speak Brazilian Portuguese. Its psychometric properties were satisfactory, and it proved to be a simple and reliable scale. The adapted HPASS can be used for educational and research purposes among healthcare students. Future studies should investigate the properties of the scale among healthcare students from different regions and healthcare professionals.

References

1. Clarke A. What is a chronic disease? The effects of a re-definition in HIV and AIDS. *Soc Sci Med.* 1994;39:591–7.
2. Deeks SG, Lewin SR, Havlir D V. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *The Lancet* [Internet]. 2013;382:1525–33. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61809-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61809-7)
3. McGrath JW, Winchester MS, Kaawa-Mafigiri D, Walakira E, Namutiibwa F, Birungi J, et al. Challenging the Paradigm: Anthropological Perspectives on HIV as a Chronic Disease. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness.* 2014;33.
4. Bor J, Fischer C, Modi M, Richman B, Kinker C, King R, et al. Changing Knowledge and Attitudes Towards HIV Treatment-as-Prevention and “Undetectable = Untransmittable”: A Systematic Review. *AIDS Behav.* 2021.
5. Budhwani H, Yigit I, Ofotokun I, Konkle-Parker DJ, Cohen MH, Wingood GM, et al. Examining the Relationships between Experienced and Anticipated Stigma in Health Care Settings, Patient-Provider Race Concordance, and Trust in Providers among Women Living with HIV. *AIDS Patient Care STDS.* 2021;35.
6. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Stigma and discrimination. <https://unaid.org.br/estigma-e-discriminacao/>. 2023.
7. Marchal B, De Brouwere V, Kegels G. Viewpoint: HIV/AIDS and the health workforce crisis: What are the next steps? *Tropical Medicine and International Health.* 2005;10:300–4.

8. Ekstrand ML, Ramakrishna J, Bharat S, Heylen E. Prevalence and drivers of HIV stigma among health providers in urban India: implications for interventions. *J Int AIDS Soc.* 2013;16:1–12.
9. Dong X, Yang J, Peng L, Pang M, Zhang J, Zhang Z, et al. HIV-related stigma and discrimination amongst healthcare providers in Guangzhou, China. *BMC Public Health.* 2018;18:1–10.
10. Feyissa GT, Lockwood C, Woldie M, Munn Z. Evaluation of a guideline developed to reduce HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings and establishing consensus. *PLoS One.* 2018;13:1–16.
11. Jahić R, Porobić-Jahić H, Žepić D, Piljić D, Petrović J, Čustović A. Knowledge, attitude and stigma towards HIV patients: A survey among medical students in Tuzla, Bosnia and Herzegovina. *J Infect Dev Ctries.* 2020.
12. Fauk NK, Ward PR, Hawke K, Mwanri L. HIV Stigma and Discrimination: Perspectives and Personal Experiences of Healthcare Providers in Yogyakarta and Belu, Indonesia. *Front Med (Lausanne).* 2021;8:1–11.
13. Leyva-Moral JuanM, Dominguez-Cancino KA, Edwards JE, Moriña-Soler D, Cesario SK, Guevara-Vasquez GM, et al. Attitudes Toward Caring for People Living with HIV/AIDS: A Cross-Sectional Study of Nursing Faculty in Six Countries. *Open AIDS J.* 2020;14.
14. Nyblade L, Jain A, Benkirane M, Li L, Lohiniva AL, McLean R, et al. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis. *J Int AIDS Soc.* 2013;16.
15. Varas-Diaz N, Neilands TB. Development and validation of a culturally appropriate HIV/AIDS Stigma Scale for Puerto Rican health professionals in training. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV.* 2009;21.
16. Wagner AC, Hart TA, McShane KE, Margolese S, Girard TA. Health Care Provider Attitudes and Beliefs About People Living with HIV: Initial Validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS). *AIDS Behav.* 2014;18:2397–408.
17. Jaworsky D, Gardner S, Thorne JG, Sharma M, McNaughton N, Paddock S, et al. The role of people living with HIV as patient instructors—reducing stigma and improving interest around HIV care among medical students*. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV.* 2017;29:524–31.

18. Goswami S, Barnard M, Bynum LA, Thompson S, Kang M. Psychometric evaluation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS) using Rasch analysis. *Curr Pharm Teach Learn*. 2022;14.
19. Xie H, Yu H, Watson R, Wen J, Xiao L, Yan M, et al. Cross-Cultural Validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS) in China. *AIDS Behav* [Internet]. 2019;23:1048–56. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2312-1>
20. Aziz MM, Badahdah AM, Mohammed HM. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Assessment of an Arabic Version of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2021;20:1–8.
21. Leyva-Moral JuanM, Dominguez-Cancino KA, Edwards JE, Moriña-Soler D, Cesario SK, Guevara-Vasquez GM, et al. Attitudes Toward Caring for People Living with HIV/AIDS: A Cross-Sectional Study of Nursing Faculty in Six Countries. *Open AIDS J*. 2020;14:90–9.
22. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2012;22.
23. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000.
24. FEHRING R. Fehring Model. Classification of nursing diagnosis: proceedings of the conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott; 1994.
25. Cassepp-Borges V, Balbinotti MAA, Teodoro MLM. Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. 2010.
26. Hernández Nieto Héctor. Contributions to statistical analysis. Mérida: Universidad de Los Andes. 2002;
27. Guimarães MDC, Magno L, Ceccato MDGB, Gomes RR de FM, Leal AF, Knauth DR, et al. Conhecimento sobre HIV/aids entre HSH no Brasil: um desafio para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019;22.
28. Ferreira RC, Torres TS, Ceccato MDGB, Bezerra DRB, Thombs BD, Luz PM, et al. Development and Evaluation of Short-Form Measures of the HIV/AIDS Knowledge Assessment Tool Among Sexual and Gender Minorities in Brazil: Cross-sectional Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2022;8.

29. Taunay TCDE, Gondim F de AA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel L de A, Andrade LMS, et al. Validação da versão Brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiquiatr Clín.* 2012;39.
30. Koenig H, Parkerson J, Meador KG. Religion index for psychiatric research [9]. *American Journal of Psychiatry.* 1997.
31. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health.* 2012;51.
32. Gontijo DF, Silva DMR, Damásio BF. Religiosity/spirituality and mental health: Evidence of curvilinear relationships in a sample of religious people, spirituals, atheists, and agnostics. *Archive for the Psychology of Religion.* 2022;44.
33. Olagoke AA, Olagoke OO, Hughes AM. Intention to Vaccinate Against the Novel 2019 Coronavirus Disease: The Role of Health Locus of Control and Religiosity. *J Relig Health.* 2021;60.
34. De Berardis D, Olivieri L, Rapini G, Serroni N, Fornaro M, Valchera A, et al. Religious coping, hopelessness, and suicide ideation in subjects with first-episode major depression: An exploratory study in the real world clinical practice. *Brain Sci.* 2020;10.
35. Ferrando PJ, Lorenzo-seva U. Program FACTOR at 10: origins, development and future directions. *Psicothema.* 2017;29.
36. Asparouhov T, Muthén B. Simple second order chi-square correction. Mplus technical appendix [Internet]. 2010;1–8. Available from: www.statmodel.com/download/WLSMV_new_chi21.pdf
37. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. Robust Promin: A method for diagonally weighted factor rotation. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología.* 2019;25:99–106.
38. Kaiser H. An index of factorial simplicity. *Psychometrika.* 1974;39:31–6.
39. Bartlett MS. A note on multiplying factors for various chi-squared approximations. *Journal of the Royal Statistical Society.* 1954;16.
40. Timmerman ME, Lorenzo-Seva U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychol Methods.* 2011;16.
41. Howard MC. A Review of Exploratory Factor Analysis Decisions and Overview of Current Practices: What We Are Doing and How Can We Improve? *Int J Hum Comput Interact.* 2016;32.

42. Wu AD, Zumbo BD. Using Pratt's importance measures in confirmatory factor analyses. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*. 2017;16.
43. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. Assessing the Quality and Appropriateness of Factor Solutions and Factor Score Estimates in Exploratory Item Factor Analysis. *Educ Psychol Meas*. 2018;78.
44. Yu CY. Evaluating cutoff criteria of model fit indices for latent variable models with binary and continuous outcomes. *Education (Chula Vista)*. 2002;PhD.
45. Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. *Psychol Bull*. 1990;107.
46. Tucker LR, Lewis C. A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*. 1973;38.
47. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*. 1999;6.
48. Hundleby JD, Nunnally J. *Psychometric Theory*. *Am Educ Res J*. 1968;5.
49. Waluyo A, Mansyur M, Earnshaw VA, Steffen A, Herawati T, Maria R, et al. Exploring HIV stigma among future healthcare providers in Indonesia. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. 2022;34.
50. Lynn VA. Language and HIV communication. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*. 2017.
51. Watson S, Namiba A, Lynn V. N hivna best practice the language of HIV: A guide for nurses. *HIV Nursing*. 2019;19.
52. McPherson KA, Reddy AK, Sajjadi NB, Deboy K, Gajjar S, Lad M, et al. Person-centred language and HIV research: A cross-sectional examination of stigmatising terminology in medical literature. *Sex Transm Infect*. 2023;99.
53. Howard MC. A systematic literature review of exploratory factor analyses in management. *J Bus Res*. 2023;164.
54. Leyva-Moral JM, Dominguez-Cancino KA, Guevara-Vasquez GM, Edwards JE, Palmieri PA. Faculty attitudes about caring for people living with HIV/AIDS: A comparative study. *Journal of Nursing Education*. 2019;58.
55. Howard MC. A Review of Exploratory Factor Analysis Decisions and Overview of Current Practices: What We Are Doing and How Can We Improve? *Int J Hum Comput Interact*. 2016;32:51–62.
56. Matsumoto M. An investigation of the accuracy of parallel analysis for determining the number of factors in a factor analysis. Paper 696. 2017;

57. Ruscio J, Roche B. Determining the number of factors to retain in an exploratory factor analysis using comparison data of known factorial structure. *Psychol Assess.* 2012;24:282–92.
58. Crawford A V., Green SB, Levy R, Lo WJ, Scott L, Svetina D, et al. Evaluation of parallel analysis methods for determining the number of factors. *Educ Psychol Meas.* 2010;70:885–901.
59. Wagner AC, Girard T, McShane KE, Margolese S, Hart TA. HIV-related stigma and overlapping stigmas towards people living with hiv among health care trainees in Canada. *AIDS Education and Prevention.* 2017;29.



Referências

REFERÊNCIAS

ALLPORT, G. W. (1979). *The nature of prejudice*. **New York: Basic Books**.

ANTUNES, L.; CAMARGO, B. V.; BOUSFIELD, A. B. S.. Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/Aids. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 16, n. 3, p. 43-57, dez. 2014.

ARRAES, G. R. A. **Entre o desejo e a culpa: a transformação do comportamento sexual e as mudanças da noção de risco nas campanhas de prevenção à AIDS no Brasil (1981-2013) e Estados Unidos durante a década de 1980**. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

AZIZ, M. M.; BADAHDAH, A. M.; MOHAMMED, H. M. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Assessment of an Arabic Version of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale. **Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)**, v. 20, p. 23259582211066402, 2021.

BARATA, G. F. **A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983 a 1992)**. 2005. Dissertação (Mestrado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BARROS, S. G.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe3, p. 114–128, 2017.

BEKKER, L. G., et al. HIV infection. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 9, n. 1, p. 42, 2023.

BERMÚDEZ-ROMÁN V., et al. Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud [Influence of HIV related stigma on health care access]. **Salud Publica Mex.** 2015;57(3):252-259.

BERZOW, D. et al. Human Immunodeficiency Virus-2 (HIV-2): A Summary of the Present Standard of Care and Treatment Options for Individuals Living with HIV-2 in Western Europe. **Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America**, 72(3), 503–509. 2021.

BIGGAR, R. J.; NASCA, P. C.; BURNET, W. S. AIDS-Related Kaposi's Sarcoma in New York City in 1977. **New England Journal of Medicine**, 318(4), 252–252. 1988.

BLACK BP, MILES MS. Calculating the risks and benefits of disclosure in African American women who have HIV. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs** 2002;31:688–97. 10.1177/0884217502239211

BRANDELLI C. A. et al. 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>. 2022.

BRASIL. Ministro do Gabinete. Portaria de n. 236 de 02 de maio de 1985. **Diário Oficial da União**, p. 6856-6858, 1985.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, 1990.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**, 1996.

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. **Diário Oficial da União**, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Alternativas assistenciais à AIDS no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviços de Assistência Especializada. Anexo II - O perfil dos SAE 2000. **Diário oficial da união**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.104, de 19 de novembro de 2002. Cria o Projeto Nascer Maternidades, com o objetivo de reduzir a transmissão vertical do HIV e a

mortalidade associada à sífilis congênita estipulando mecanismos de atendimento à parturiente e ao recém-nascido. **Diário Oficial da União**, 2002.

BRASIL. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2017.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 412 p. ISBN 978-85-334-2640-5.

BRASIL, M. D. S. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Ministério da Saúde Brasil, 2018.

BRASIL. Nota informativa Nº 5/2019-.DIAHV/SVS/MS. In: Informa sobre o conceito do termo Indetectável = Intransmissível (I = I) para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos 6(seis) meses. [S. l.], **Diário Oficial da União**, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2022.

BRASIL. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. In: Diagnóstico. [S. l.], **Diário oficial da união**, 2023.

BREWER, M. B. The social psychology of intergroup relations: social categorization, ingroup bias, and outgroup prejudice. In: Kruglanski AW, Higgins ET, editors. **Social psychology: handbook of basic principles**. New York, NY: The Guilford Press; 2007.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207–217, mar. 2001.

BROYLES, L. N., LUO, R., BOERAS, D., & VOJNOV, L. (2023). The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. **Lancet (London, England)**, 402(10400), 464–471.

BUDHWANI, H. et al. Adapting and pilot testing an HIV and intersectional stigma reducing intervention for Dominican Republic healthcare contexts: protocol for translational research. **Contemporary Clinical Trials Communications**, v. 29, p. 100980, 2022.

CALIARI, J.S.; TELES, S. A.; REIS, R. K.; GIR, E. Fatores relacionados à percepção da estigmatização de pessoas que vivem com HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03248, 2017.

CARRICO, A.W. Elevated suicide rate among HIV-positive persons despite benefits of antiretroviral therapy: implications for a stress and coping model of suicide. **American Journal of Psychiatry**, v. 167, n. 2, p. 117-119, 2010.

CASTRO-SILVA, C.R.; HEWITT, W. E.; CAVICHIOLI, S. Igualdades e dessimetrias: a participação política em ONGs HIV/AIDS do Canadá e do Brasil. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, p. 79-88, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 30, no. 25, July 3, 1981. 30(25). **Early AIDS History**. 1981.

CHAMBERS, L.A. et al. Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. **BMC public health**, v. 15, p. 1-17, 2015.

COELHO, L.E. et al. The prevalence of HIV among men who have sex with men (MSM) and young MSM in Latin America and the Caribbean: a systematic review. **AIDS and Behavior**, v. 25, n. 10, p. 3223-3237, 2021.

COHEN, M.S. et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. **New England journal of medicine**, v. 365, n. 6, p. 493-505, 2011.

COHEN, M. S. et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. **New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 9, p. 830-839, 2016.

CRUZ, M. L. S.; DARMONT, M. DE Q. R.; MONTEIRO, S. S.. Estigma relacionado ao HIV entre jovens em transição para a clínica de adultos num hospital público no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2653–2662, jul. 2021.

DE COCK, K. M.; JAFFE, H. W.; CURRAN, J. W. Reflections on 40 years of AIDS. **Emerging Infectious Diseases**, v. 27, n. 6, p. 1553–1560, 2021.

DONG, X. et al. HIV-related stigma and discrimination amongst healthcare providers in Guangzhou, China. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2018.

DOVIDIO, J. F. et al. Prejudice, stereotyping and discrimination: Theoretical and empirical overview. **Prejudice, stereotyping and discrimination**, v. 12, p. 3-28, 2010.

DOWSHEN, N.; BINNS, H. J.; GAROFALO, R. Experiences of HIV-related stigma among young men who have sex with men. **AIDS patient care and STDs**, v. 23, n. 5, p. 371-376, 2009.

EAGLY, A. H.; DIEKMAN, A. B. What is the problem? Prejudice as an attitude-in-context. **On the nature of prejudice: Fifty years after Allport**, p. 19-35, 2005.

EARNSHAW, V. A.; CHAUDOIR, S. R. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. **AIDS and Behavior**, v. 13, p. 1160-1177, 2009.

ELFORD, J. et al. HIV-related discrimination reported by people living with HIV in London, UK. **AIDS and Behavior**, v. 12, p. 255-264, 2008.

EKSTRAND, M. L. et al. Prevalence and drivers of HIV stigma among health providers in urban India: implications for interventions. **Journal of the International AIDS Society**, v. 16, p. 18717, 2013.

FANALES-BELASIO, E. et al. HIV virology and pathogenetic mechanisms of infection: a brief overview. **Ann Ist Super Sanita**, [S.l.], v. 46, n. 1, p. 5-14, 2010.

FAUK, N. K. al. HIV stigma and discrimination: perspectives and personal experiences of healthcare providers in Yogyakarta and Belu, Indonesia. **Frontiers in medicine**, v. 8, p. 625, 2021.

FEYISSA, G. et al. Evaluation of a guideline developed to reduce HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings and establishing consensus. **PloS one**, v. 13, n. 7, p. e0198781, 2018.

FICARROTTO, T. J. et al. Predictors of medical and nursing students' levels of HIV-AIDS knowledge and their resistance to working with AIDS patients. **Academic Medicine**, v. 65, n. 7, p. 470-1, jul. 1990.

FIGUEIREDO, M. A. C.; FIORONI, L. N. . **Atitudes frente à AIDS e locus de controle: um estudo com estudantes e profissionais de enfermagem**. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 29, n. 2/3, p. 301-308, 1996.

FROMAN, R. D.; OWEN, S. V. Measuring attitudes toward persons with AIDS: the AAS-G as an alternate form of the AAS. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, v. 15, n. 2, p. 161-174, 2001.

GALVÃO, A. C. **Os muros (in)visíveis do preconceito: um estudo das representações sociais das pessoas que vivem com HIV/Aids**. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. 2009.

GEE, G. C.; DELVA, J.; TAKEUCHI, D. T. Relationships between self-reported unfair treatment and prescription medication use, illicit drug use, and alcohol dependence among Filipino Americans. **American journal of public health**, v. 97, n. 5, p. 933-940, 2007.

GETER, A.; HERRON, A. R.; SUTTON, M. Y. HIV-related stigma by healthcare providers in the United States: a systematic review. **AIDS patient care and STDs**, v. 32, n. 10, p. 418-424, 2018.

GOFFMAN, E. . **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identities**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1963.

GOFFMAN, E. **Stigma: notes on the management of spoiled identity**. Simon and Schuster, 2009.

GRULICH, A. E. et al. HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil. In: **Seattle, Washington: 22nd Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections**. 2015.

GUIMARÃES, E. E.; JANUÁRIO, R. F.. Revisão **narrativa sobre o conhecimento dos estudantes da área da saúde acerca da profilaxia do HIV/AIDS**. Orientador: Patrícia Galdino de Andrade Wollmann. 2022. 14f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Medicina) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2022.

HARRISON, M.; FUSILIER, M. R.; WORLEY, J. K. Development of a measure of nurses' AIDS attitudes and conservative views. **Psychological reports**, v. 74, n. 3, p. 1043-1048, 1994.

HEIJNDERS, M.; VAN DER MEIJ, S. . The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. **Psychology, health & medicine**, v. 11, n. 3, p. 353-363, 2006.

ISKAKOVA, B.; NUGMANOVA, Z.; MURAT, Yucel R., GAMAREL K. E., KING, E. J.. Re-validation and cultural adaptation of the brief, standardized assessment tool for measuring HIV-related stigma in healthcare settings in Almaty, Kazakhstan. **PLoS One**. Nov 2;17(11):e0276770. 2022.

JAHIĆ, R. et al. Knowledge, attitude and stigma towards HIV patients: a survey among medical students in Tuzla, Bosnia and Herzegovina. **The Journal of Infection in Developing Countries**, v. 14, n. 09, p. 1019–1026, 30 set. 2020.

JAWORSKY, D. et al. The role of people living with HIV as patient instructors—reducing stigma and improving interest around HIV care among medical students. **AIDS care**, v. 29, n. 4, p. 524-531, 2017.

KANAHARA, S. . A Review of the Definitions of Stereotype and a Proposal for a Progressional Model. **Individual Differences Research**, v. 4, n. 5, 2006.

LEITE, J. L. et al. SIDA: Veinticuatro años de lucha. **Enfermería Global**, v. 5, n. 2, 2006.

LEYVA-MORAL, J. et al. Attitudes Toward Caring for People Living with HIV/AIDS: A Cross-Sectional Study of Nursing Faculty in Six Countries. **The Open AIDS Journal**, v. 14, n. 1, 2020.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. **Annual review of Sociology**, v. 27, n. 1, p. 363-385, 2001.

LIPPMANN, W. . **Public opinion**. Routledge, 2017.

LOCH, A. P. et al. Improving the continuum of care monitoring in Brazilian HIV healthcare services: an implementation science approach. **PLoS One**, v. 16, n. 5, p. e0250060, 2021.

LOPES, A. C.. Diagnóstico e tratamento. V.3. São Paulo: **Manole**. p.1037 – 1040, 1045 – 1053 e 1056. 2007.

LUZ, P. M. et al. Translation and validation of the Short HIV Stigma scale in Brazilian Portuguese. **Health and quality of life outcomes**, v. 18, p. 1-12, 2020.

MARSHALL, S.A. et al. Measuring HIV-related stigma among healthcare providers: a systematic review. **AIDS care**, v. 29, n. 11, p. 1337-1345, 2017.

MARCHAL, B.; BROUWERE, V. D.; KEGELS, G. HIV/AIDS and the health workforce crisis: what are the next steps?. **Tropical Medicine & International Health**, v. 10, n. 4, p. 300-304, 2005.

MEIRA, I. F. et al. Reflexões psicossociais acerca do HIV e AIDS e contribuições da Psicologia. **Revista Hum@ Nae**, v. 11, n. 1, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 1.100, de 24 de maio de 1996. Referente às doenças de notificação compulsória. **Diário Oficial da União (DOU)** 27 maio 1996; 101. Seção 1 (Pt 1.1): 9133.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Ministerial nº 101 de 1987. É criada a Comissão Nacional de Aids — CNAIDS. **Diário Oficial da União (DOU)** 10 março 1997; 101. Seção 1 (Pt 1.1): 9133.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta no anexo desta portaria. **Diário Oficial União**. 10 nov 1998; Seção 1:18-22.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. **Diário Oficial União**. 20 maio 2004; Seção I.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim epidemiológico HIV e Aids 2023. **Diário Oficial da União**. 2004.

MIRANDA, A. A. . **Movimentos sociais, aids e cidadania: o direito à saúde no Brasil a partir das lutas sociais**. 2007. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

MORAIS DE SÁ, C.A.; COSTA, T. Corpo a corpo contra a AIDS: A história do Gaffrée. **Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 1994**.

NASCIMENTO, D. R. . **As pestes do século XX: tuberculose e aids no Brasil, uma história comparada**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2005.

NYBLADE, L. et al. Combating HIV stigma in health care settings: what works?. **Journal of the international AIDS Society**, v. 12, p. 1-7, 2009.

NYBLADE, L. et al. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis. **Journal of the International AIDS society**, v. 16, p. 18718, 2013.

NYBLADE, L. et al. HIV Transmission Worry predicts discrimination intentions among nursing students and ward staff in India. **AIDS and Behavior**, v. 25, n. 2, p. 389-396, 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). HIV/aids. **Pan American Health Organization**, 2023.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. . Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. S89–S102, 2000.

PARKER, R. et al. HIV/AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action. **Soc Sci Med**. 2002.

PARKER, R. Estigma, discriminação e AIDS [livro eletrônico] / Richard Parker e Peter ggleton. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: **Associação Brasileira Interdisciplinas de Aids - ABIA**, 2021.

PEREIRA, R.S.F.; SANTOS, C.A.; PIMENTA, A.M. Tendência temporal dos acidentes por exposição percutânea em um hospital público no Brasil, 2007-2019. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022.

PESCOSOLIDO, B. A., MARTIN, J. K. (2015). The Stigma Complex. **Annual review of sociology**, 41, 87–116.

PLECK, J. H. et al. AIDS-phobia, contact with AIDS, and AIDS-related job stress in hospital workers. **Journal of Homosexuality**, v. 15, n. 3-4, p. 41-54, 1988.

PLONER, KS., et al., org. Ética e paradigmas na psicologia social [online]. Rio de Janeiro: **Centro Edelstein de Pesquisas Sociais**, 2008.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F.. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1201–1208, 2010.

PRESTON, D. B. et al. The Nurses' Attitudes About AIDS Scale (NAAS): development and psychometric analysis. **AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education**, v. 7, n. 5, p. 443-454, 1995.

REMIEN, R. H.; et al. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. **AIDS**. v. 33, n. 9, p. 1411-1420. 2019.

RUEDA, S. et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. **BMJ Open**, v. 6, n. 7, p.e011453, 2016.

RODGER, A. J; et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. **JAMA**; v. 316 p. 171–181, 2016.

SANTOS, J. H, et al. Atuação do psicólogo da saúde com pessoas portadoras do vírus HIV/ AIDS. **Cadernos de graduação**. V.4, n.2, p.157-170, 2017.

SESA. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. Análise dos dados de hiv/aids no estado do espírito santo – **boletim epidemiológico coordenação estadual ist/aids/hv** – N° 36. [S. 1.], 2022.

SENYUREK, G., KAVAS, M.V. & ULMAN, Y.I. Lived experiences of people living with HIV: a descriptive qualitative analysis of their perceptions of themselves, their social spheres, healthcare professionals and the challenges they face daily. **BMC Public Health** v. 21, n. 904, 2021.

SEYEDALINAGHI, S. et al. Evaluation of stigma index among people living with HIV/AIDS (PLWHA) in six cities in Iran. **Thrita**, v. 2, n. 4, p. 69-75, 2013.

SILVA, A. C. DE O. E . et al. Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/AIDS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 994–1000, 2014.

SILVA-SÁNCHEZ, C. . Humanized Care for people with HIV/AIDS: an unresolved issue. **Community and Interculturality in Dialogue**, v. 2, p. 36-36, 2022.

SMITH, R. A. *Encyclopedia of AIDS: A social, political, cultural, and scientific record of the HIV epidemic*. **Routledge**, 1998.

SOUZA, H. C. DE . et al.. Analysis of compliance to antiretroviral treatment among patients with HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1295–1303, 2019.

STANGL, A. L., et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. **BMC Med** v. 17, n. 31, 2019.

TETI, M. et al. Exploring the Use of Photo-Stories and Fiction Writing to Address HIV Stigma Among Health Professions Students. **Qualitative Health Research**, v. 29, n. 2, p. 260–269, 10 ago. 2018.

THE LANCET. H. U=U taking off in 2017. **Lancet HIV**. v. 4, n. 11, p. 475, 2017.

TIAN, X. et al. Global, regional, and national HIV/AIDS disease burden levels and trends in 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease 2019 study. **Frontiers in public health**, v. 11, p. 1068664, 2023.

TORRES, T. S. et al. Recent HIV infection and annualized HIV incidence rates among sexual and gender minorities in Brazil and Peru (ImPrEP seroincidence study): a cross-sectional, multicenter study. **The Lancet Regional Health–Americas**, v. 28, 2023.

TURNER, B. G.; SUMMERS, M. F. Structural biology of HIV. **Journal of molecular biology**, v. 285, n. 1, p. 1-32, 1999.

UNAIDS. *Confronting inequalities: Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS*. Global AIDS Update 2021. **Geneva**: 2021.

UNAIDS, *In Danger*. **Unaid Global AIDS Update 2022**. 2022.

UNAIDS. Estigma e Discriminação. In: UNAIDS. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://unaid.org.br/estigma-e-discriminacao/>. Acesso em: 17 out. 2023.

UNAIDS. Estudo revela como o estigma e a discriminação impactam pessoas vivendo com HIV e AIDS no Brasil. [S. l.], 10 dez. 2019. Disponível em: <https://unaid.org.br/2019/12/estudo-revela-como-o-estigma-e-a-discriminacao-impactam-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-no-brasil/>. Acesso em: 11 set. 2023.

UNAIDS. Relatório Global do UNAIDS mostra que a pandemia de AIDS pode acabar até 2030 e descreve o caminho para alcançar esse objetivo. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://unaid.org.br/2023/07/relatorio-global-do-unaid-mostra-que-a-pandemia-de-aids-pode-acabar-ate-2030-e-descreve-o-caminho-para-alcancar-esse-objetivo/>. Acesso em: 30 nov. 2023.

VARAS-DÍAZ, N.; NEILANDS, T. B. Development and validation of a culturally appropriate HIV/AIDS stigma scale for Puerto Rican health professionals in training. **AIDS care**, v. 21, n. 10, p. 1259-1270, 2009.

VARAS-DÍAZ, N. et al. HIV/AIDS and intersectional stigmas: Examining stigma related behaviours among medical students during service delivery. **Global Public Health**, v. 14, n. 11, p. 1598–1611, 2019.

VILLARINHO, M. V. et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 271-277, 2013.

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. Fractal: **Revista de Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 41-58, 2013.

XIE, H. et al. Cross-cultural validation of the health care provider HIV/AIDS stigma scale (HPASS) in China. **AIDS and Behavior**, v. 23, n. 4, p. 1048-1056, 2019.

WAGNER, A. C. et al. Health care provider attitudes and beliefs about people living with HIV: Initial validation of the health care provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS). **AIDS and Behavior**, v. 18, n. 12, p. 2397-2408, 2014.

WATT MH, et al. A simulation and experiential learning intervention for labor and delivery providers to address HIV stigma during childbirth in Tanzania: study protocol for the evaluation of the MAMA intervention. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 16, n. 23, p. 1-181, 2023.

WHO. New WHO guidance on HIV viral suppression and scientific updates released at IAS 2023. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/23-07-2023-new-who-guidance-on-hiv-viral-suppression-and-scientific-updates-released-at-ias-2023>. Acesso em: 4 out. 2023.

WIGINTON, J. M., et al. Brief report: HIV-related healthcare stigma/discrimination and unmet needs among persons living with HIV in England and Wales. **Preventive medicine reports**, v. 24, p. 101580. 2021.



Apêndices

APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa científica. Caso você não queira participar, não há problema algum. Você não precisa me explicar o porquê, e não haverá nenhum tipo de punição por isso. Você tem todo o direito de não querer participar do estudo, basta selecionar a opção correspondente no final desta página.

Para confirmar sua participação você precisará ler todo este documento e depois selecionar a opção correspondente no final dele. Este documento se chama TCLE (Termo de Consentimento livre e esclarecido). Nele estão contidas as principais informações sobre o estudo, objetivos, metodologias, riscos e benefícios, dentre outras informações.

Este TCLE se refere ao projeto de pesquisa “AVALIAÇÃO DO ESTIGMA DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV”, sob responsabilidade do Prof. Dyego Carlos Souza Anacleto de Araújo. O objetivo do estudo é validar uma escala para mensurar o estigma em relação às pessoas vivendo com HIV no Brasil e explorar a temática na educação farmacêutica.

A pesquisa será realizada por meio de questionário online. A precisão de suas respostas é determinante para a qualidade da pesquisa. Você não será remunerado, visto que sua participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Caso decida desistir da pesquisa você poderá interromper o questionário e sair do estudo a qualquer momento, sem nenhuma restrição ou punição.

Riscos mínimos são esperados no seu envolvimento nesse estudo. Você poderá sentir desconforto pelo tempo gasto para responder aos instrumentos, constrangimento por revelar aspectos pessoais ou sentir-se ansioso(a) ou estressado (a). Para minimização desses riscos, você poderá responder ao questionário em um local reservado. Você tem plena liberdade para recusar-se a responder perguntas que lhe causem desconforto. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade por eles.

A partir do estudo será possível compreender o comportamento do estigma em relação às pessoas vivendo com HIV na área da Farmácia, de modo a propor intervenções específicas. Os pesquisadores garantem e se comprometem com o sigilo e a confidencialidade de todas as informações fornecidas por você para este estudo. Da mesma forma, o tratamento dos dados coletados seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18)

É garantido a você o direito a ressarcimento em caso de despesas comprovadamente relacionadas à sua participação no estudo, bem como, ao direito a indenização em caso de danos nos termos da lei.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, no Laboratório de Inovação em Cuidado Farmacêutico (LINC/Ufes) e a outra será fornecida a você.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) pode contatar o(a) pesquisador(a) Dyego Carlos Souza Anacleto de Araújo por meio do e-mail dyego.araujo@ufes.br, no endereço Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Avenida Marechal Campos, 1468 – Bonfim, Vitória, ES – Brasil.

O(A) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, email cep.ufes@hotmail.com ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, concordo em participar voluntariamente do presente estudo como participante. O pesquisador me informou sobre tudo o que vai acontecer na pesquisa, o que terei que fazer, inclusive sobre os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. O pesquisador me garantiu que eu poderei sair da pesquisa a qualquer momento, sem dar nenhuma explicação, e que esta decisão não me trará nenhum tipo de penalidade ou interrupção de meu tratamento.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. E assim, ciente do proposto, assino e rubrico o documento em todas as páginas e em 02 (duas) vias, juntamente com o pesquisador.

ASSINATURA DO(A) PARTICIPANTE DA PESQUISA

DYEGO CARLOS SOUZA ANACLETO DE ARAÚJO
PESQUISADOR

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

PERCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV

INSTRUÇÕES: Na lista abaixo se encontram algumas concepções sobre as pessoas vivendo com HIV. Algumas podem ser corretas para você, enquanto outras não. As pessoas possuem diversas concepções sobre pessoas vivendo com HIV e nós estamos interessados nas suas concepções pessoais. Por favor responda as perguntas honestamente – suas respostas são completamente anônimas. Neste estudo, consideramos o termo “pessoas vivendo com HIV” para se referir a aquelas infectadas pelo vírus do HIV.

Indique seu grau de concordância com cada uma das afirmações. Marque apenas uma alternativa para cada item e certifique-se que todos foram respondidos.

	1	2	3	4	5	6					
	Discordo fortemente	Discordo	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo fortemente					
1	Acredito que a maioria das pessoas vivendo com HIV se infectou com o vírus através de comportamento de risco.					1	2	3	4	5	6
2	Acho que as pessoas vivendo com HIV tiveram comportamento de risco apesar de conhecerem estes riscos.					1	2	3	4	5	6
3	Acredito que tenho o direito de me recusar a atender uma pessoa vivendo com HIV pela segurança dos outros pacientes.					1	2	3	4	5	6
4	Acho que as pessoas não se infectariam com HIV se tivessem relações sexuais com menos pessoas.					1	2	3	4	5	6
5	Pessoas vivendo com HIV representam um risco à minha saúde.					1	2	3	4	5	6
6	Pessoas vivendo com HIV representam um risco à saúde de outros pacientes.					1	2	3	4	5	6
7	Se as pessoas da equipe de saúde estiverem preocupadas com a sua segurança, acredito que tenho o direito de me recusar a atender pessoas vivendo com HIV.					1	2	3	4	5	6
8	Eu evitaria realizar alguns procedimentos em pessoas vivendo com HIV.					1	2	3	4	5	6
9	Eu acho que se as pessoas agirem com responsabilidade elas não se infectarão com o HIV.					1	2	3	4	5	6
10	Pessoas vivendo com HIV tendem a ter muitas parcerias sexuais.					1	2	3	4	5	6
11	Eu acredito que tenho o direito de me recusar a atender pessoas vivendo com HIV se eu me sentir desconfortável.					1	2	3	4	5	6

12	Eu prefiro não ter contato físico com pessoas vivendo com HIV.	1	2	3	4	5	6
13	Gostaria de usar dois pares de luvas ao examinar pessoas vivendo com HIV.	1	2	3	4	5	6
14	Acredito que tenho o direito de me recusar a atender pessoas vivendo com HIV para me proteger.	1	2	3	4	5	6
15	Eu me sentiria confortável em trabalhar com outro profissional de saúde que vive com HIV.	1	2	3	4	5	6
16	Eu acho que muitas pessoas vivendo com HIV provavelmente têm problemas com abuso de substâncias.	1	2	3	4	5	6
17	Eu acredito que tenho o direito de me recusar a tratar pessoas vivendo com HIV se eu estiver preocupado com o risco de ser processado por realizar um procedimento de forma negligente.	1	2	3	4	5	6
18	Prefiro tratar os problemas de saúde em pessoas que não vivem com HIV em vez de tratar o mesmo problema em pessoas vivendo com HIV.	1	2	3	4	5	6
19	Pessoas vivendo com HIV devem aceitar a responsabilidade por terem se infectado com o vírus.	1	2	3	4	5	6
20	Eu me preocupo se vou me infectar com o HIV durante o atendimento de pessoas vivendo com HIV.	1	2	3	4	5	6
21	Geralmente, eu acho que pessoas vivendo com HIV causaram seus próprios problemas de saúde.	1	2	3	4	5	6
22	Atender pessoas vivendo com HIV me deixa desconfortável.	1	2	3	4	5	6
23	Eu hesitaria em encaminhar pessoas vivendo com HIV para realizarem exames de sangue devido ao meu receio em relação à segurança dos outros.	1	2	3	4	5	6
24	É um pouco assustador pensar que toquei em pessoas vivendo com HIV.	1	2	3	4	5	6
25	Eu me preocupo que as medidas de prevenção conhecidas não sejam boas o suficiente para me proteger do HIV durante o atendimento de pessoas vivendo com HIV.	1	2	3	4	5	6
26	Eu me sentiria desconfortável em saber que um dos meus colegas de trabalho vive com HIV.	1	2	3	4	5	6
27	Pessoas vivendo com HIV infectadas através do uso de drogas injetáveis são mais culpadas por contraírem HIV do que aquelas que se infectaram através de transfusão sanguínea.	1	2	3	4	5	6
28	Costumo pensar que pessoas vivendo com HIV não compartilham dos mesmos valores que os meus.	1	2	3	4	5	6
29	Pessoas vivendo com HIV infectadas através de relações sexuais são mais culpadas por contraírem HIV do que aquelas que se infectaram através de transfusão sanguínea.	1	2	3	4	5	6

30 Eu teria dificuldade em reagir calmamente se um(a) 1 2 3 4 5 6
paciente me dissesse que vive com HIV.

ESCALA DE CONHECIMENTO SOBRE O HIV/aids

A seguir, estão descritas mais algumas frases sobre o HIV/aids. Algumas frases são parecidas, mas é importante que você responda todas. Para cada item, por favor responda se verdadeiro ou falso ou se você não sabe responder.

1. Existem medicamentos para pessoas HIV negativas tomarem antes de fazerem sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV.		
() verdadeiro	() falso	() não sei responder
2. Uma pessoa infectada pelo HIV e que está tomando medicamento para HIV/aids têm menor risco de transmitir o vírus para outra pessoa.		
() verdadeiro	() falso	() não sei responder
3. Uma mulher grávida infectada pelo HIV que recebe medicamento para HIV/aids durante o pré-natal e no parto terá menor chance de transmitir o vírus para o bebê.		
() verdadeiro	() falso	() não sei responder
4. Existem medicamentos para o tratamento do HIV/aids para serem usados após uma situação de risco de infecção (sexo sem preservativo, violência sexual, etc).		
() verdadeiro	() falso	() não sei responder
5. Uma pessoa pode pegar o HIV se compartilhar talheres, copos ou refeições.		
() verdadeiro	() falso	() não sei responder
6. Uma pessoa pode pegar o HIV se usar banheiros públicos.		
() verdadeiro	() falso	() não sei responder
7. Uma pessoa pode pegar o HIV se for picada por um inseto, como pernilongo ou mosquito.		
() verdadeiro	() falso	() não sei responder
8. Se uma pessoa tiver relações sexuais somente com um parceiro fiel, não infectado pelo HIV, o risco de pegar o vírus é menor.		

<input type="checkbox"/> verdadeiro	<input type="checkbox"/> falso	<input type="checkbox"/> não sei responder
9. Existe cura para o HIV.		
<input type="checkbox"/> verdadeiro	<input type="checkbox"/> falso	<input type="checkbox"/> não sei responder
10. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV.		
<input type="checkbox"/> verdadeiro	<input type="checkbox"/> falso	<input type="checkbox"/> não sei responder
11. Uma pessoa pode pegar o HIV se compartilhar com outras pessoas instrumentos para o uso de drogas, tais como seringa, agulha, cachimbo, latinha, canudo etc.		
<input type="checkbox"/> verdadeiro	<input type="checkbox"/> falso	<input type="checkbox"/> não sei responder
12. Uma pessoa pode pegar o HIV se não usar preservativos em relações sexuais.		
<input type="checkbox"/> verdadeiro	<input type="checkbox"/> falso	<input type="checkbox"/> não sei responder

ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE

Leia dos itens abaixo e assinale a alternativa que melhor corresponde a sua realidade:

1. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?					
<input type="checkbox"/> Mais que uma vez por semana	<input type="checkbox"/> Uma vez por semana	<input type="checkbox"/> Duas a três vezes por mês	<input type="checkbox"/> Algumas vezes por ano	<input type="checkbox"/> Uma vez por ano ou menos	<input type="checkbox"/> Nunca
2. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?					
<input type="checkbox"/> Mais de uma vez ao dia	<input type="checkbox"/> Diariamen te	<input type="checkbox"/> Duas ou mais vezes por semana	<input type="checkbox"/> Uma vez por semana	<input type="checkbox"/> Poucas vezes por mês	<input type="checkbox"/> Rarament e ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

3. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

() Totalmente verdade para mim	() Em geral é verdade	() Não estou certo	() Em geral não é verdade	() Não é verdade
--	---------------------------	------------------------	----------------------------------	----------------------

4. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

() Totalmente verdade para mim	() Em geral é verdade	() Não estou certo	() Em geral não é verdade	() Não é verdade
--	---------------------------	------------------------	----------------------------------	----------------------

5. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

() Totalmente verdade para mim	() Em geral é verdade	() Não estou certo	() Em geral não é verdade	() Não é verdade
--	---------------------------	------------------------	----------------------------------	----------------------

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Para finalizar, assinale a alternativa que corresponde aos seus dados sociodemográficos:

1. Identidade de gênero

() Homem cisgênero	() Homem transgênero	() Mulher cisgênero	() Travesti
() Mulher transgênero	() Não binário	() Outro.	Qual?

2. Orientação sexual

() Assexual	() Bissexual	() Homossexual	() Heterossexual
() Panssexual	() Outro. Qual: _____		

3. Idade

**4.
Naturalidade**

5. Raça					
<input type="checkbox"/> Asiático(a)	<input type="checkbox"/> Branco(a)	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Pardo(a)	<input type="checkbox"/> Preto(a)	<input type="checkbox"/> Não sei ou não quero responder

6. Religião			
<input type="checkbox"/> Católica	<input type="checkbox"/> Evangélica	<input type="checkbox"/> Espírita	<input type="checkbox"/> Umbanda ou Candomblé
<input type="checkbox"/> Não tenho	<input type="checkbox"/> Ateu	<input type="checkbox"/> Outro.	Descreva:

7. Curso de graduação		8. Ano de ingresso na Ufes	
-----------------------	--	----------------------------	--

9. Recebe algum auxílio social da Universidade?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
---	------------------------------	------------------------------

10. Já testou positivo para o HIV?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------------	------------------------------	------------------------------

11. Possui familiar ou conhecido que vive com o HIV?	<input type="checkbox"/> Sim. Especifique abaixo	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> 1º grau (pais/filhos)	<input type="checkbox"/> 2º grau (avós/netos, irmãos)	<input type="checkbox"/> 3º grau (Tios/sobrinhos)
<input type="checkbox"/> 4º grau (tios-avós, primos)	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos	<input type="checkbox"/> Outros

12. Já teve contato com a temática do HIV durante a graduação?	<input type="checkbox"/> Sim. Especifique abaixo.	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Estágio	<input type="checkbox"/> Disciplina	<input type="checkbox"/> Projeto de extensão
		<input type="checkbox"/> Outros



Anexos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO ESTIGMA DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV

Pesquisador: Dyego Carlos Souza Anacleto de Araújo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 59670422.8.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.995.451

Apresentação do Projeto:

JUSTIFICATIVA: O estigma em relação às pessoas vivendo com HIV (PVHIV) é uma potencial barreira para a promoção do acesso a serviços de saúde mais humanizados. No Brasil, a ausência de instrumentos que avaliam o estigma de estudantes da área da saúde em relação a PVHIV impossibilita conhecer a extensão dessa problemática.

OBJETIVO PRINCIPAL: Nesse contexto, objetiva-se avaliar o estigma de estudantes da área da saúde em relação às pessoas vivendo com HIV.

LOCAL DO ESTUDO: o instrumento será respondido por estudantes de graduação da área da saúde, maiores de 18 anos, da Universidade Federal do Espírito Santo, Campus de Maruípe, Alegre e São Mateus.

INTERVENÇÃO/PROCEDIMENTOS: A amostragem será realizada por conveniência e a coleta de dados ocorrerá de forma presencial, durante o horário das aulas dos estudantes. Os horários para aplicação serão previamente agendados com os professores das disciplinas.

BENEFÍCIOS: Os resultados desse projeto possibilitarão disponibilizar uma escala adaptada à

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES



Continuação do Parecer: 5.995.451

realidade brasileira para avaliação do estigma de da área da saúde em relação às PVHIV e conhecer a extensão da problemática no Brasil, de modo a propor intervenções direcionadas a esse público-alvo.

*Trata-se de uma emenda solicitada pelo pesquisador. A análise está no tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:"

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o estigma de estudantes de graduação da área da saúde em relação às PVHIV.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador, os riscos e benefícios do projeto são:

-RISCOS: Riscos mínimos são esperados para os participantes desse estudo, como sentir desconforto pelo tempo gasto para responder aos instrumentos, constrangimento por revelar aspectos pessoais ou sentimento de ansiedade ou estresse. Para minimização desses riscos, o participante poderá responder o questionário em um local reservado, sendo garantido a plena liberdade para recusar-se a responder perguntas que lhe causem desconforto. O pesquisador manterá sigilo da identidade do participante e, caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade por eles.

-BENEFÍCIOS: Os resultados desse projeto possibilitarão disponibilizar uma escala adaptada à realidade brasileira para avaliação do estigma de estudantes da área da saúde em relação às PVHIV e conhecer a extensão da problemática no Brasil, de modo a propor intervenções direcionadas a esse público-alvo.

De acordo com a Res. CNS nº466/12, "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados."

Desta forma, os riscos e benefícios, conforme descritos pelo pesquisador, atendem as exigências da Resolução CNS nº 466/12.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES



Continuação do Parecer: 5.995.451

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa potencialmente relevante, com benefícios previstos prevalecendo sobre os riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No projeto constam os seguintes documentos:

- Folha de rosto: apresentada
- Projeto detalhado: apresentado
- TCLE: apresentado
- Termo de Assentimento: dispensado
- Termo de Sigilo e Confidencialidade: dispensado
- Termo de anuência da instituição onde a pesquisa será realizada: folha de rosto
- Cronograma: apresentado
- Orçamento: apresentado

Os termos de apresentação obrigatória estão em conformidade com a Resolução CNS 466/12.

Recomendações:

Antes de submeter ou ressubmeter seu projeto de pesquisa para o CEP verifique as recomendações abaixo:

Alguns projetos encaminhados ao CEP têm apresentado problemas que tem dificultado a apreciação dos mesmos, atrasando a emissão do parecer e sobrecarregando o colegiado com o grande número de projetos com pendências. Desta forma, o CEP, vem por meio desse encaminhar algumas recomendações, baseadas na RESOLUÇÃO CNS Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 a serem observadas para agilizar a avaliação dos projetos.

1. De acordo com a referida resolução, XI.2 "Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa", ou seja, **NENHUMA ETAPA DA PESQUISA QUE ENVOLVA QUALQUER CONTATO COM OS PARTICIPANTES OU SEUS DADOS PODE SER INICIADA ANTES DA APROVAÇÃO DO CEP.**
2. A res. CNS 466/12 dispõe: "V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS; Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados", portanto o pesquisador deverá prever quais

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 5.995.451

situações poderão atingir física ou mentalmente um sujeito. Questionários, por exemplo, podem demandar tempo, causar constrangimento, fazer a pessoa a reviver experiências que podem causar sofrimento psíquico, causar ansiedade, expor informações de um grupo ou comunidade específica, etc. Assim o pesquisador deverá, em todo tipo de projeto, relatar os possíveis riscos mesmo que mínimos, e também as providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir os riscos citados.

3. O cronograma deve prever o tempo para os trâmites no CEP. Deve-se considerar a possibilidade do projeto não ser aprovado na primeira avaliação e possuir pendências, além do calendário de reuniões. Dessa forma, o projeto depois de adaptado terá que ser novamente avaliado. Isso pode acarretar em atrasos. Assim, nunca deixe para submeter o projeto, contanto com a aprovação na primeira avaliação.

4. Cumprir com rigor as exigências da Res. CNS 466/12, IV, que trata do Consentimento Livre e Esclarecido. Foi disponibilizado um modelo de TCLE pelo CEP – CCS/UFES a fim de auxiliar na elaboração do referido documento.

5. Verificar se o projeto está sendo vinculando ao CCS, pois caso contrário o projeto pode ser encaminhado para outro CEP/UFES.

6. A Folha de Rosto que deverá ser digitalizada e anexada ao protocolo será gerada pela plataforma. Não usar o modelo disponível no site do CONEP.

7. Caso tenha alguma dificuldade em utilizar a Plataforma Brasil (como inclusão de anexo, etc), sugerimos mudar de navegador.

8. Informar e comprovar a existência de Biorrepositório ou Biobanco. A não comprovação inviabiliza a aprovação do projeto.

9. Caso o acesso aos participantes ocorra em local diferente da instituição proponente, uma carta de anuência assinada pelo responsável por este local precisa ser apresentada — por exemplo, hospital, unidade de saúde, escola, asilo, creche, etc.

10. Caso no projeto conste o uso de dados secundários, como prontuários médicos ou outros bancos de dados do tipo, uma carta de anuência assinada pelo responsável pelos dados precisa ser apresentada. Neste caso, ainda é obrigatório a apresentação de um termo de sigilo, privacidade e confidencialidade assinado pelo pesquisador responsável pelo projeto proposto.

11. O orçamento detalhado precisa ser apresentado, independentemente se o projeto caracteriza-se como “financiamento próprio” ou não.

ALGUNS DOCUMENTOS IMPORTANTES

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 5.995.451

- Resolução CNS nº 466/12 — diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Resolução CNS nº 441/11 — armazenamento e utilização de material biológico humano com finalidade de pesquisa (Biorrepositório ou Biobanco): <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2011/Reso441.pdf>
- Modelo para elaboração do TCLE preparado pelo CEP/CCS/UFES: https://www.ccs.ufes.br/sites/ccs.ufes.br/files/field/anexo/roteiro_para_elaboracao_do_tcle.pdf

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Esta emenda objetiva:

1. Solicitar a inclusão do pesquisador abaixo relacionado como membro da equipe de pesquisa: Dr. Thiago Silva Torres

2. Solicitar alteração nos critérios de inclusão do estudo. A projeto submetido previa a inclusão apenas de estudantes de graduação da área da saúde da Ufes. Com essa emenda, solicita-se alterar para “estudantes de graduação de cursos da área da saúde, maiores de 18 anos, vinculados à Universidade Federal do Espírito Santo (Campus de Maruípe, Alegre e São Mateus)”.

3. Solicitar aumento do número de participantes do estudo de 600 estudantes de graduação em Farmácia para 1000 estudantes de cursos de graduação da área da saúde.
A solicitação da emenda é justificada pelo fato de, durante a revisão da literatura, os pesquisadores terem percebido a ausência de estudos que avaliam o estigma de outros estudantes da área da saúde em relação às pessoas vivendo com HIV. Ao ampliar nossa amostra para outros cursos, será possível compreender o fenômeno mais amplamente e, se necessário, propor intervenções (como programas de treinamento) que possam ser utilizadas além do ensino farmacêutico. Destaco que não há alteração metodológica e os riscos e benefícios permanecem os mesmos elencados na versão original do projeto.

Conforme solicitado, o pesquisador incluiu uma nova Folha de Rosto, com o novo título, foi devidamente assinada e incluída na Plataforma. Além disso, foram realizadas as alterações de título nos campos específicos de submissão, bem como nos demais documentos, como o Projeto

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 5.995.451

Detalhado e o TCLE.

Todas as pendências foram adequadas e o projeto está de acordo com as exigências do sistema CEP/CONEP e Resolução do CNS 466 de 2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2065839_E1.pdf	28/03/2023 08:49:19		Aceito
Outros	Carta_Resposta_EstigmaHIV_E1.pdf	28/03/2023 08:49:00	Dyego Carlos Souza Anacleto de Araújo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto_EstigmaHIV.pdf	28/03/2023 08:42:38	Dyego Carlos Souza Anacleto de Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_E1.pdf	28/03/2023 08:41:20	Dyego Carlos Souza Anacleto de Araújo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa_EstigmaHIV_E1.pdf	28/03/2023 08:41:05	Dyego Carlos Souza Anacleto de Araújo	Aceito
Outros	Emenda_Estigma.pdf	21/12/2022 15:35:31	Dyego Carlos Souza Anacleto de Araújo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 11 de Abril de 2023

Assinado por:

**Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com